

“PENSO QUE NÃO TEM MAIS JEITO”: HISTÓRIA DE VIDA DE UMA MULHER ACOMETIDA DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Bernadete de Lourdes André Gouveia⁸
Maria do Socorro Loureiro Cavalcanti⁹

RESUMO

Este trabalho reflete sobre o tema saúde da mulher, abordando a neoplasia de maior frequência na população feminina, o câncer do colo do útero. Procurei pesquisar esta problemática na perspectiva real de aproximação do cotidiano de uma mulher acometida de câncer cérvico-uterino, embasada na história oral como método de trabalho. A escolha da colaboradora deu-se pelo fato dela encontrar-se internada para tratamento em uma instituição em que presto serviço. Utilizando o recurso da história oral de vida, procurei seguir os passos da transformação do texto oral em linguagem escrita pelas fases de transcrição, textualização e transcrição da narrativa adquirida após entrevistas. Para tanto, segui as seguintes questões de corte: Fale sobre sua história de vida?: Que tipo de assistência você procura nos serviços de saúde?; O quanto sua doença modificou sua vida familiar?; O eixo apresentado na narrativa da colaboradora está presente no seguinte “tom vital”: “Penso que não tem mais jeito” [...]. Com esta frase observo o desânimo e a falta de esperança da narradora na perspectiva de cura de sua doença. Ainda foi destacado a demora e o tipo de tratamento recebidos, bem como a desumanização dos profissionais de saúde por onde ela passou. Assim, este trabalho visa a registrar a trajetória de mulheres que tenham sido acometidas de câncer cérvico-uterino, de forma a recompor aspectos da vida individual, possibilitando ampliar a visão de quem atua na área da saúde, frente às condições desfavoráveis de trabalho e suas implicações para a saúde da clientela.

Palavras-Chave: Neoplasia. Câncer cérvico-uterino. História oral de vida.

⁸ Especialista em Saúde Coletiva e Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

⁹ Orientadora. Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

1 CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: IMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O câncer do colo do útero é uma doença que tem geralmente o desenvolvimento insidioso e lento. Constitui-se na segunda localização anatômica mais comum do câncer na população feminina, responsável por 20,1% de todos os tumores malignos em mulheres brasileiras.

A grande prevalência do câncer invasivo do colo uterino nos países do terceiro mundo reflete o grau de desenvolvimento econômico e cultural dessas regiões, os hábitos, a higiene sexual e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a estas populações.

Com algumas exceções estaduais ou regionais, a taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino não mostrou variação importante nesta última década, e os programas preventivos realizados em nosso País, até o momento, foram muito pouco efetivos, como apontam Pinotti, Carvalho e Nisida (1994).

Existem programas de qualidade implantados em algumas regiões do País, no entanto, esses programas não conseguem se espalhar. São trabalhos isolados que pouco interferem no panorama geral de saúde do País (PINOTTI, CARVALHO E NISIDA, 1994).

Alguns esforços têm sido envidados para minimizar esta situação. No entanto, esse continua sendo um problema sério de saúde pública no Brasil.

A literatura aponta aspectos relevantes, no sentido de detecção precoce. Em artigo de Moraes (1997), o autor destaca que, embora o Brasil tenha sido um dos pioneiros na introdução da citologia de Papanicolau como meio de detecção do câncer do colo uterino, o coeficiente de mortalidade dessa doença, nas mulheres, denota o quanto continua a ser um sério problema de saúde pública. Tal destaque é apresentado como sendo resultante da falta de organização e continuidade dos programas até então estabelecidos. Aponta, ainda, que esses “não costumam assegurar o tratamento adequado de casos diagnosticados e nem contam com uma avaliação adequada das várias etapas e dos resultados finais”. (Moraes, 1997, p. 103)

O estudo desenvolvido por Karan, Horta e Ghelling (1996) sobre a prevenção do câncer do colo uterino, apresenta as controvérsias que persistem a respeito do intervalo de rastreamento. Enquanto o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia apregoa que o

exame deve ser repetido a cada ano, a Sociedade Americana do Câncer preconiza o início do rastreamento coincidindo com o início da vida sexual, ou a partir dos 18 anos, e que após 2 anos consecutivos com resultado negativos, esta periodicidade deve ser estendida para três anos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o controle deve ser anual, por dois anos consecutivos, a partir dos 25 anos de idade e, ocorrendo a negatificação, a periodicidade passa a ser trienal, até os 60 anos de idade.

No Brasil, por meio do Instituto Nacional do Câncer, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, foi elaborado um Programa Nacional de rastreamento do câncer do colo uterino, cujas estratégias para implantação incluem a adoção de projetos-piloto, um em cada região do País, com o intuito de avaliar a efetividade, para ser posteriormente expandido a outros municípios. Trata-se do programa “Viva-Mulher”.

Esse Programa tem por objetivo reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero, através de ações educativas e da melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde.

Esse programa contém as seguintes etapas:

- recrutamento da população alvo (mulheres entre 35 a 49 anos);
- coleta de material para exame de Papanicolau;
- análise laboratorial de citopatologia;
- tratamento de casos diagnosticados;
- avaliação.

Nessa última, contempla-se a avaliação de processo e avaliação de resultados. Tais avaliações propiciarão correções e expansão do Programa.

O Viva Mulher assume o compromisso de trabalhar para a reversão do quadro sombrio de morbi-mortalidade no Brasil, e muito mais, prevenir a doença, promovendo saúde, qualidade e dignidade para a vida de milhões de mulheres brasileiras.

São várias as barreiras encontradas para a realização de um programa como este. Destacamos alguns, segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA:

- desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero e dificuldades pessoais, especialmente devido às limitações econômicas, culturais e infra-estruturais;
- falta de conhecimento do próprio corpo e vergonha em fazer o exame;

- influência familiar negativa, em especial por parte dos homens;
- medo do resultado.

Mediante os problemas encontrados, o programa Viva Mulher elaborou algumas ações:

- desenvolvimento de ações educativas para a população – alvo que devem ser realizadas respeitando-se a realidade das mulheres, seus limites, potencialidades, receios e conhecimentos;
- transmitir às mulheres a idéia de que o preventivo é um procedimento simples e sem riscos, demonstrando ainda que esta é uma ação para a saúde e não uma busca da doença.

Algumas dificuldades também são encontradas pelo programa no que se refere aos serviços de saúde, como:

- dificuldades na marcação da consulta;
- falta de informações e ausência de um atendimento humanizado;
- desorganização do serviço.

O trabalho em equipe, a participação e a responsabilidade de todas as pessoas que compõem o Sistema de Saúde no Brasil são elementos estratégicos para a busca de soluções dessas barreiras.

A meta do Programa, em cinco anos, é incluir 12 milhões de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. Isto certamente reverterá o ainda sombrio quadro epidemiológico do câncer do colo uterino no Brasil.

2 O MÉTODO – HISTÓRIA ORAL DE VIDA

Contrapondo-me às idéias do INCA, quando atribui ao desconhecimento das mulheres sobre o câncer como barreira aos Programas, e entendendo que outros fatores pessoais, familiares e culturais são freqüentemente colocados em planos hierárquicos inferiores pela mulher, é que procurei me respaldar na história oral como método que leva à reflexão de fatores biológicos, econômicos e culturais, que dão sentido às existências humanas. Dessa

forma, acatamos o pensamento de Santos (1998), quando afirma em seu livro sobre os depoentes da Marcha dos Sem Terra, que sua reflexão buscou “garantir a totalidade e essência de conteúdos revelados a experiências registradas”.

Segundo Meihy (1998), “a história oral é um recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamentos e estudos referentes à vida social de pessoas” (p. 17). Ela é uma história do tempo presente, conhecida como história viva. O projeto de história oral tem a entrevista como ponto de partida. Possibilita a narrativa e aproximação de pessoas e instituições preocupadas com três aspectos importantes da vida:

- o registro, arquivamento e a análise da documentação recolhida através de relatos com testemunhos realizados com tecnologia moderna;
- a inclusão de histórias conhecidas pela população, muitas vezes ocultadas e desprezadas por vários motivos;
- muitas interpretações diferem das oficiais na sociedade atual, Meihy (1998).

No entendimento do autor, pode-se fazer história oral “a partir de uma pessoa, de algumas pessoas ou de um conjunto grande de entrevistas”. (p. 14)

Para colher a narrativa do colaborador, termo adotado aos indivíduos que se dispõem a contar sobre suas experiências, o diretor do projeto define previamente as seguintes etapas:

- escolha de pessoas a serem entrevistadas;
- planejamento da condução das gravações;
- período de transcrição;
- a autorização para uso, arquivamento e publicação.

Para a escolha das pessoas a serem entrevistadas, seguem-se alguns critérios para estabelecer quem deve ser entrevistado ou não, tomando-se por base a experiência do narrador com o tema pesquisado. Neste sentido, Meihy (1998), coloca a dificuldade em estabelecer prioridades e, diante do exposto, sugere que a narrativa seja iniciada a partir do “ponto zero”.

O ponto zero é um depoente que conhece a história do grupo ou a pessoa com quem se quer fazer a entrevista central. É a pessoa que mantém ou manteve contato com o depoente principal, que é conhecedora da história e/ou foi referida por terceiros.

Em alguns casos “o ponto zero se transforma na primeira entrevista”, tornando-se em guia no encaminhamento das narrativas. O depoente, narrador ou colaborador, como também é denominado na história oral, assume papéis significativos no andamento do processo, decorrente de sua participação, desde a etapa inicial do relato, passando pela transcrição, revisão do texto, até a autorização para publicação de parte ou do todo da narrativa.

No tocante ao planejamento da condução das entrevistas, alguns cuidados foram observados, com, por exemplo, no ato da entrevista, feita com auxílio de recurso tecnológico, de um gravador com microfone embutido; devem-se seguir algumas recomendações, a saber: marcar a entrevista de acordo com o entrevistado; comparecer ao local na hora marcada; trazer consigo gravador montado, com fita e pilhas, testados previamente; fornecer um ambiente de solidariedade, confiança e respeito e, por último, solicitar consentimento para gravar.

Antes de iniciada a entrevista, registrar dados do narrador e do interlocutor (nome, data, hora); nome do projeto e local da entrevista, se possível na ausência do narrador. São prestados alguns esclarecimentos, como: a conferência da entrevista; compromisso de publicação apenas dos dados que forem consentidos previamente pelo colaborador. Para não deixar o entrevistado sob expectativas imediatas, deve-se alertar para o tempo de transcrição que é demorado. Nas entrevistas de história oral de vida, as perguntas devem ser amplas; apresentadas em grandes blocos e numa seqüência cronológica da trajetória do entrevistado.

A transcrição, tão importante quanto qualquer outra etapa do processo de história oral, é a passagem da gravação para o escrito.

Em suas considerações sobre a transformação do relato oral em texto, Meihy (1998) recomenda as fases de:

- transcrição;
- textualização;
- transcrição.

Muitas pessoas e grupos defendem a transcrição completa e absoluta com sons e diálogos. No entanto, esse posicionamento tem sido contestado pelos que tem na história oral o compromisso com o tema que dá visibilidade ao problema, desprezando trechos que fogem da realidade do tema narrado, ou introduzindo aspectos que são acrescentados em momentos informais nos contatos sociais.

O que deve chegar ao alcance do público é um trabalho com interferência do autor visando a melhoria do texto, como aponta Meihy (1998): “editar uma entrevista equivale a tirar os andaimes de uma construção depois de pronta”. Portanto, retirar as palavras repetidas, conservando o “acervo fraseológico e a caracterização vocabular de quem contou a história”, torna o texto mais receptivo.

A transcrição da entrevista é iniciada após escuta de toda a fita, transformando o relato oral em linguagem escrita, seguindo o ritmo da narrativa, o conteúdo fraseológico e as características vocabulares do narrador da história, mostrando-se fiel ao acontecido. “Expressões repetidas devem manter-se em dose suficiente para o leitor sentir o tipo de narrativa”, Meihy (1998, p. 66), tornando-a convidativa para leitura.

Na fase de textualização, as perguntas são incorporadas, ficando fundidas às respostas. “O texto passa ao domínio exclusivo do narrador, que assume uma personagem única e exclusiva na primeira pessoa”, conforme Meihy (1998, p. 67). Ainda nesta etapa, há definição de palavras-chave, que devem ser grifadas, propiciando uma lógica ao texto, privilegiando algumas idéias em detrimento do discurso. Durante a textualização, o “tom vital” deverá ser escolhido, correspondendo à frase ou frases que funcionam como um farol a guiar a recepção do trabalho, dando um melhor entendimento ao texto.

Na última etapa, a da transcrição, constitui-se na finalização do texto. Deverá ser recriado em sua plenitude, como sugere Meihy (1998), considerando e obedecendo acertos aprovados pelo colaborador, que vai legitimar o texto no ato da conferência.

Conferência é o momento que se chega, depois de trabalhado o texto, supondo-se estar em sua versão final, o autor entrega a entrevista ao colaborador para ser conferida e autorizada. Com hora marcada e de maneira afável, deve haver uma conversa inicial para eventuais acordos.

Meihy (1998) recomenda, ainda, o uso do Caderno de Campo como indispensável na entrevista. Nele é anotado o andamento do projeto e todas as observações importantes, como: data de entrevistas, contatos feitos, passos para se chegar à pessoa entrevistada, como se deu a gravação e ou eventuais incidentes de percurso. O Caderno de Campo funciona como um diário que lhe acompanha até o final do projeto.

3 A JORNADA DA PESQUISA

Na fase inicial deste estudo, procurei respaldo na literatura, para visualizar as modalidades de abordagens que tratam deste tema. Percebi que havia uma variedade ampla de abordagens, sem, entretanto, esgotar as dúvidas e controvérsias sobre o mesmo. Este trabalho buscou, no entanto, realizar uma trajetória embasada na história oral, segundo Meihy (1998), cujos princípios fundamentais colocam o narrador como sujeito da própria história.

Procurei seguir todas as instruções de Meihy (1998), de como deveria proceder num projeto dessa natureza.

Para tanto, convidei a senhora Jacinta para ser colaboradora neste trabalho. Tal convite se deu pelo fato dela estar interna no hospital em que trabalho, acometida de câncer cérvico-uterino e realizando, naquele momento, tratamento de radioterapia, num hospital específico de tratamento de câncer.

Depois de lhe explicar o que pretendia com sua história de vida, ela concordou em colaborar.

3.1 AS DIFICULDADES

No dia seguinte, quando cheguei ao hospital para a entrevista, grande foi minha surpresa ao saber que a paciente, colaboradora do projeto, havia pedido alta e voltado para casa com a certeza de não mais voltar, abandonando pela segunda vez o seu tratamento. Combinou com o marido, que concordou em assinar o termo de responsabilidade, e retornou para sua residência, em Cachoeiras-PB, após sua permanência no hospital por quase dois meses.

Apesar da notícia, não desanimei. Procurei a direção do hospital e pedi permissão para utilizar o seu prontuário, de onde retirei informações, como, endereço, telefone de contato, ponto de referência, dentre outros. Em seguida, fui ao Hospital do Câncer Napoleão Laureano, e solicitei acesso à sua ficha. Percebi que o tratamento de radioterapia havia se encerrado; contudo, outro devia ser iniciado na segunda-feira seguinte. Esperei por uma semana que ela retornasse e, como isso não aconteceu, fui ao seu encontro.

No dia 16 de maio de 1999, no sábado pela manhã, juntei o material: com o gravador emprestado, comprei pilhas e fitas k7. Viajei para Cachoeiras, pela via de acesso à BR 230, onde cheguei por volta das 10h30. Daquele lugar não sabia que direção seguir, e pedi informação de como chegar ao município. Um senhor prontamente ensinou-me a direção a ser

seguida. Estrada longa, de difícil acesso, cheia de pedras, buracos e por isso levamos mais de hora para chegar ao local desejado.

Em busca da residência de Jacinta, pedi informações aos moradores da cidade, que iam me ensinando à medida que ia perguntando.

Chegando em sua casa, ela não se encontrava e o marido assustou-se ao me reconhecer, e perguntou: - “Como conseguiu chegar aqui? Como nos encontrou? Quem informou?”. Após responder todas as questões, ele também concordou com a entrevista e me disse onde se encontrava sua mulher: na casa de sua mãe (a sogra dela). Saí para lá. Grande foi sua surpresa quando me viu e indagou: - “Mas você veio me encontrar aqui? Como conseguiu? É, deve ser coisa importante pra você vir bater aqui?”. Ela pediu que eu entrasse.

Fui bem recebida na casa de sua sogra, onde lá conversamos por mais de duas horas, conheci seus filhos, a sogra, cunhados e duas irmãs, enfim, quase toda família.

3.2 SOFRENDO JUNTAS

Antes de Jacinta iniciar seu relato, confessou-me que só ia concordar em colaborar porque era pra mim, que já me conhecia como enfermeira, pois eu havia cuidado dela no hospital. Ela confessou que confiava em mim e que concordava com a entrevista, uma vez que tinha por finalidade a conclusão de um curso.

Entre seus familiares, na cozinha da casa da sogra, com algumas interrupções por parte de seus filhos, intervenção de sua sogra, que vinha em seu socorro para ajudá-la nas lembranças de algumas fases importantes de sua vida, realizei a entrevista com a narradora, que tentou colocar toda sua trajetória de vida e sofrimento em busca da cura para sua doença, guiada por algumas perguntas de corte, que iam sendo feitas em momentos oportunos, no início e no decorrer da entrevista.

Ao final da entrevista, quando ela disse: “Não tenho mais nada pra falar”. Eu ainda me demorei por alguns instantes, pedindo-lhe que retornasse ao hospital e retomasse o tratamento em uma última tentativa de reanimá-la para a vida.

Retornando para minha residência, iniciei o processo de transcrição, textualização e transcrição que já foram anteriormente explicados. Ouvi toda a fita que continha a

entrevista, com relato da vida de Jacinta, e após trabalhada, a inseri no meu trabalho de monografia, com prévia autorização da colaboradora.

3.3 DESVENDANDO UMA VIDA

Apresento a seguir a história de vida da colaboradora, como meio de trazer à tona uma complexidade de temas surgidos ao longo das entrevistas, que possivelmente ajudarão em novas reflexões sobre os fatores que interferem nos programas de saúde, em especial o de rastreamento do câncer cérvico-uterino, tantas vezes relegado. A escolha do “*tom vital*” se deu durante processo de transcrição, textualização e transcrição, emergindo de seu depoimento e confirmado pela colaboradora, denominada por Jacinta.

De aparência frágil, face de sofrimento, Jacinta conta sua história sentada ao redor da mesa da cozinha. Inicialmente, povoada de reservas acerca do meu interesse pela sua história, foi relatando sua vida como alguém que lamenta uma vida curta. Natural de Cachoeiras, de apenas 23 anos, casada, com dois filhos para criar e uma doença que não sabe ao certo do que se trata. Muito ligada ao marido e à vida no lar, Jacinta mostrou-se forte e decidida quando disse que tem esperança de cura, mas que se ela (a cura) não existe, que a morte chegue logo e lhe tire desse sofrimento, causado pela dor, que insiste em lhe perseguir. Magra e debilitada, definha a cada dia que passa – sinais claros de sua luta contra a doença. No seu pensamento ingênuo, trata-se apenas de uma inflamação. Só não entende o “porquê” de tanta dor.

“Andei muito p’ra conseguir tratamento... penso que não tem mais jeito”

“Eu me casei com quatorze anos. Antes do casamento, saí de casa para morar com o atual marido. Tive a menina entre 15 e 16 anos; depois tive outra menina, que nasceu com problema.

Eu nunca fiz pré-natal. Embora fosse magra, fazia cada buchão! Os meninos pareciam uns gigantes, era cada meninão! Isto era muita extravagância, ter um menino desse tamanho em casa, era muita extravagância!

A primeira menina que tive foi tudo normal, tudo bem; mas a outra nasceu quase [...] só arquejando! [...] Ela morreu logo! Foi muito difícil o meu parto, porque era uma menina

muito graúda. Já comecei doente, com aquela menina. Sofri muito na hora de ter a criança, porque ela não coube [...].

Depois que essa segunda menina nasceu, com quinze dias me deu uma infecção, veio muito sangramento, com mau cheiro [...] Eu fiquei uns dias internada em Sapé [Paraíba]. O meu médico tirou um negócio de dentro [resto de parto?], foi isso mesmo, tirou, aí eu fiquei boa. Depois tive problemas, era uma inflamaçãozinha. Fui pro hospital e me deram medicamento e fiquei boa. Vim embora, fiquei boa.

Logo peguei barriga desse daí, que foi o caçula. Foi logo em seguida. Era todo ano um! Deste eu liguei! Do terceiro menino, não! Não sentia nada, era saudável, só sentia era dor nos quartos, durante a gravidez, somente.

Depois fui morar em Mari [na Paraíba]. Passei lá dez meses. Daí mudei pra Sapé, morei lá bem uns seis meses. Fui pro Rio de Janeiro, morei lá dez meses, foi 10 meses só andando; depois eu virei a cabeça e vim embora.

No Rio, esse problema já havia começado. Fiz um exame lá e acusou [...]. O médico de lá passou uma pomada pra eu usar. Ele falou que eu procurasse um médico de 6 em 6 meses.

Quando cheguei aqui aumentou esse problema. Andei muito pra conseguir tratamento. Foi quando apareceu essa assistente, que se ofereceu pra cuidar de mim, mas já estava muito avançado.

Quando cheguei aqui, fui procurar o serviço, mas falaram que era só pra mulher de 40 [...] não sei por quê. Fiz o exame em Mari. Para fazer esse exame e descobrir que estava com essa ferida no útero, inventei que estava com 27 anos, mas estou com 23 anos! Quantos anos não aumentei? Fica só pra nós! Se eles descobrirem que a gente está mentindo [...].

Lá ficaram em dúvida, então eu fui pra Cajá [Paraíba], pra fazer o exame. Fiz e a moça falou que era verdade, que eu estava com ferida no útero. Dali fui pro hospital, em João Pessoa. Lá fiquei andando pro Laureano, para fazer novos exames. Com os exames, disseram que não acusou nada, não acusou nadinha, nem sangue nem nada, não acusou foi nada, então passaram só um tratamento – aplicação. Era para ficar fazendo essa aplicação, mas fiz só seis aplicações, não agüentei! Agora fui pra fazer. Terminei. Fiz dezoito aplicações.

É tanta preocupação em minha cabeça que não lembro quando iniciei o tratamento. Foi na época em que as mulheres estavam fazendo exames, parece que foi em agosto que comecei o tratamento. Eu fui em Mari e acusou, cheguei aqui muito nervosa, chorando. Me

levaram de novo pra Cajá; de Cajá, uma mulher se encarregou de me levar para João Pessoa. Foi quando bateu um nervoso, achando que ia morrer, e vim embora de vez. Chegava muito estranha, porque via coisas muito feias.

Na derradeira vez que fui, faltou dias pra fazer dois meses que passei lá.

Vim embora de vez, mas depois me botaram de novo pra lá. Eu fui. Terminei à força esse tratamento; eu não queria ir. Sabia disso, pedindo a Deus de chegar o dia de eu vir embora pra casa. Não foi porque eu quis passar o dia das mães em casa, queria vir embora, tinha que arranjar um jeito pra vir. Ali não dava pra mim, porque é tanta dor que eu sinto! Tanta dor que eu sofro! Quando eu estava no hospital, eu sentia pouca dor, mas depois que eu cheguei em casa é tanta dor, tanta dor! É grito, é tanto grito que os vizinhos de lá de casa fica perguntando: 'ô meu Deus, como é que pode aquela mulher ainda estar viva?' Tanta dor, eu estou tomando remédio, eu já gastei tanto! Meu marido já gastou tanto, ele vendeu um automóvel e até uma moto que ele tinha. É gastando, tanto com passagem quanto com remédios!

Quando voltei aqui fui procurar um homem que trata. É um tal de seu João. Ele tem curado muita gente! Esse homem mora pro lado de Samambaia. Atende em casa, na hora que você chega. Ele é procurado pelos ricões; até médico vai lá!

Ele disse:

- Você vai tomar esse remédio

e vai chegar aqui boa.

Além desta receita que estou mostrando, tem mais outras. É, tem mais pra comprar; só remédio de farmácia, mas é bom demais! Quem tem a sorte de viver, fica bom [...]! Eu fui de novo, mas nada, a dor continua! É tanto remédio, tanta coisa, enrolando um remédio com outro [...] Eu fui lá duas vezes e essa dor em cima.

Eu não sei se é alguma coisa da comida, que não está concordando com os remédios, porque os remédios desse homem são fortes! Eu sinto dor no pé da barriga, dando aquela pontada e depois vem pro espinhaço. Só falta me acabar! É tanto chá; chá de arruda, de tanta outras coisa!

Às vezes, acho que não tem mais nada dentro de mim. Tem hora que eu penso que não tem mais jeito!

Quando fui pro hospital, disseram que eu tinha não sei o quê no ovário [...] um cisto. Disseram lá! Fiquei incrível, como foi que eles descobriram que eu tenho esse cisto.

Então, perguntei pra João:

- Falaram que eu tenho um cisto.

- Não tem nada em você, nem os médicos sabe o que é que você tem!

Ele falou que se eu tivesse continuado com aplicação eu ia morrer; que se tivesse passado mais quinze dias no hospital, meu marido ia me trazer morta para casa. Ele disse que não tinha nada a ver. Ele falou que essa dor era por causa da inflamação, que essa infecção deve ser muito grande!

Acho que meu marido deve ter mostrado o remédio que eu estava tomando (Rarical), mas eu deixei. Agora estou tomando pra infecção, pra ver se a dor *amanera*.

É um aperreio tão grande! Eu vivo muito preocupada, não faço nada dentro de casa.

Agora, eu estou melhor, porque eu como; mas é uma dieta: não tomo café, nem suco de caju, nem nada! Só como feijão, macarrão, arroz, farinha, uma banana, o resto não posso comer, nem carne de charque! Porque os remédios são muito fortes.

Meu problema é que eu queria ficar boa dessa dor; porque se essa dor sumisse, era outra coisa na minha vida! Mas, quando eu penso que estou boa, a dor chega, não dá! O corrimento era muito e amarelo, xixi é vermelho daquela saia, mas ‘abracejou’, por causa do remédio. Eu sentia muita dor na urina, que eu ficava rangendo os dentes. Graças a Deus, desapareceu, mas eu acho que esse negócio eu botei pra fora é por causa do remédio.

Quando fui pra João Pessoa, achei bom deixar os meninos com minha sogra, porque eu não me preocupava muito. Ela tinha muito cuidado com os meninos. Eu não me preocupava não, porque estando na mão dela, está mais bem cuidado do que com a minha mãe.

Eu fiquei muito satisfeita de deixar os meninos com ela, mais do que com minha própria mãe, porque se eu deixasse com minha mãe, era mesmo que deixar no meio da rua. Eles aperreiam muito. Minha sogra é quem faz tudo: lava a roupa, faz a comida, cuida de tudo! Primeiramente ela, depois o meu marido! Se não fosse ela por mim [...] e Jesus! Primeiramente Deus, ela e meu marido. Quando eu era boa, não fazia vergonha rico ir em minha casa, porque minha casa, como pobre, não fazia vergonha a ninguém.

Tenho cinco irmãos e todos moram aqui perto. São duas irmãs e irmãos são três. As irmãs são todas mais novas: uma com 14 anos e outra com 12 dentro de treze anos. São umas mocinhas, já estão graúdas, que podiam varrer uma casa, lavar um pano, passar o pano no chão. Dava suficiente! Eu não me importo com o comer; comer minha sogra mesmo ajeita e

manda. Minha mãe é nova. Tenho mãe, tenho pai, tenho avô e avó. Minha família não vai nem lá em casa, não vai fazer nada!

Minha vida é muito aperreada. Eu só me queixo, só dessa dor, somente, nada com meu marido, meus filhos, tudo é bom.

Quando terminou o tratamento no hospital, o médico falou que eu fosse na segunda-feira de novo, que eu voltasse pra fazer outro tratamento. É esse negócio que toma anestesia e toma um soro, durante oito semanas, sendo uma aplicação por semana.

É pra fazer queimagem, já estou lascada, vou fazer queimagem!

Mas, eu não volto mais pra lá, não! Já decidi: minha vida, ou em casa, ou nada! Gosto de ficar mais em casa, porque em casa a gente fica mais à vontade e quem vem mais pra cá são as crianças.

Eu posso até voltar para o hospital, se for o caso de tirar tudo. Porque [...] não é que lá, eu não fiz nada de ultra-sonografia, não fiz nada, só fazendo os exames pra ver [...] Mas João falou, que o bicho que tem aqui só é a infecção. Meu Deus, quando cheguei em casa, me deu uma coceira, que o meu danado ficou inchado, ficou vermelho, não posso nem vestir uma calcinha!

Na vagina, com aquela comichão, aquela dor, que não agüento aquelas calcinhas em cima. Sinto dor de estômago, parece que essa dor [...] ela anda! Ela anda eu não agüento não!

O médico falou que a infecção foi de um parto. Penso que foi dessa menina que tive em casa.

Andei tanto pelos hospitais, sofri agressões por perguntas, até de quantos homem eu era! Me invoquei e não vou mais pra doutor. Se tiver de morrer, morro em casa. Isso é lá negócio pra doutor dizer!

Fui para aquele hospital, no Valentina, foram me examinar, parecia que estavam rasgando, danando o dedo pra cima, rasgando assim [...] Eu não sei quem era [...] se era uma Enfermeira ou o quê? Eu só sei que ela estava sem uniforme, estava com roupa comum. Ela ficava arreganhando o meu negócio e eu gritando! – Não, é pra ver se tem o cisto. Como é que pode, descobrir que tem um cisto desse jeito? Dá não, arreganhando todinha assim, e eu morrendo de dor! Minha sogra nunca fez exame e é saudável, como é que pode?

Tenho muita vontade de ficar boa, eu não sei não. Eu não sei o quê que eu tenho não! Não disseram o nome da doença.

Era pra ter feito um exame de ultrasson. Eu só fiz exames de urina, fezes e sangue, e nem o de fezes e urina, mas nem resultado eu sei. Não me disseram nem se deu infecção! Não sei não, minha vontade é ficar boa, só [...]

O meu marido concorda, se eu quiser voltar para fazer o tratamento. Se eu voltar, ele concorda. Tudo com ele é combinado. Aqui não tem esse negócio de fazer uma coisa que ele não saiba não, tenho que combinar.

Danado é que uma mulher, que também estava fazendo aplicação, ficou desse mesmo jeitinho de mim e até fedia, mas ela falou que [...].

É isso [...] eu não quero falar mais nada não!”

4 ENLAÇANDO ASPECTOS DA VIDA

Seguindo os exemplos de Santos et al. (1998) e Cavalcanti (1998), dentre outros, procurei realizar um diálogo entre a colaboradora e os estudiosos da problemática do câncer cérvico-uterino, procurando uma aproximação entre os aspectos convergentes e divergentes apontados na revisão de literatura.

Ao buscar um projeto de história oral, percebi a riqueza da narrativa por parte de Jacinta, a colaboradora e co-autora deste projeto.

Percorrendo as fases de transcrição, textualização e transcrição, propostas por Meihy (1998), identifiquei, na narrativa de sua história de vida, um eixo condutor, conhecido por “tom vital”, que pode ser assim expresso – “andei muito pra conseguir tratamento [...] [mas] penso que não tem mais jeito”. Sobre o qual busco realizar uma aproximação entre a colaboradora e os estudiosos da problemática.

Ao afirmar “andei muito pra conseguir tratamento [...]”, Jacinta coloca as dificuldades encontradas para realizar um exame de Papanicolau e, de acordo com o diagnóstico, iniciar tratamento.

“Para fazer esse exame e descobrir que estava com essa ferida no útero, inventei que estava com 27 anos, mas estou com 23 anos”! O que contraria a realidade da população, são os critérios adotados pelos programas de promoção à saúde, quando prioriza o acesso apenas às mulheres de 39 a 45 anos, onde grande parte da comunidade feminina jovem também necessita desta atenção de prevenção do câncer cérvico-uterino, principalmente em países em

desenvolvimento, que os fatores de risco afloram sempre mais cedo em decorrência das situações socioeconômica e educacional precárias prevalecer nesta população em nosso País.

Na maioria dos países subdesenvolvidos, a burocracia do sistema é tal, que a mulher tem de comparecer pelo menos três vezes à instituição para ter seu problema resolvido: uma vez para marcar consulta, outra para ser examinada (quando então são requisitados os exames laboratoriais), e outra para retirar os resultados e a receita. Sem contar que cada parte do corpo da mulher é vista em uma clínica diferente. A mulher não é vista como um ser humano, mas como um conjunto de órgãos isolados com eventuais patologias.

“[...] me casei com quatorze anos. Tive a menina entre 15 e 16 anos e nunca fiz pré-natal[...].”

Há evidências concretas de que a neoplasia cervical está relacionada com atividade sexual. Segundo Silveira e Pessini, (1996) o casamento/relacionamento sexual precoce vem sendo correlacionado enquanto fator de risco para câncer cérvico-uterino. Outros fatores vêm somar-se, concomitantemente, como o descuido que a mulher tem com a saúde. Temos dentre estes, além do início precoce da vida sexual ativa (menos de 17 anos); a multiparidade; infecções mal tratadas, como apontadas por Pinotti, (1996).

As características de uma comunidade, como o seu modo de pensar e agir influenciam bastante sobre o conhecimento ou desconhecimento, sobre os cuidados e atitudes desta população em relação à saúde.

Em população pobre, a educação é fundamental, fazendo-se perder o medo da doença (câncer) e descobrindo mais sobre ela.

Na prevenção do câncer do colo do útero, o Papanicolau é o teste de escolha com exemplo de sucesso através do rastreio de população assintomática que leva a reduções na incidência e mortalidade, porém, a precariedade dos serviços de atendimento é grande; que vão desde recursos materiais e humanos insuficientes, desarticulação dos setores do serviço de saúde, indefinição de normas e condutas, até a formação inadequada dos profissionais de saúde. Esta situação contribui muito para o abandono do tratamento por parte das mulheres que já iniciaram. Colocações desta natureza foram apontadas pela narradora quando desabafa:

“Lá ficaram em dúvida, então eu fui pra Cajá, pra fazer outro exame [...]”.

Para que os objetivos sejam alcançados é importante a efetiva participação e o envolvimento de todos que compõem o Programa de Saúde da Mulher. Mesmo sendo o teste de Papanicolau o exame de escolha para rastreio e prevenção do câncer de colo de útero,

alguns resultados podem vir com conclusão duvidosa, como foi o caso de Jacinta, que precisou repetir o exame, provavelmente devido a uma falha humana na hora da coleta, ou falha técnica na hora da realização do exame.

A incidência de resultados falsos – negativos é bastante controversa e depende da metodologia empregada na avaliação do paciente.

O Brasil é um país com grandes deficiências do ponto de vista de saúde pública. O que ocorre freqüentemente são mulheres que se submetem a cirurgias ginecológica qualquer, ou mesmo um parto normal, e sequer realizam um exame de Papanicolau. Ficando como consequência, uma lesão neoplásica pré-existente que passa despercebida.

Pinotti (1996) chama atenção para outros pontos importantes da mulher, que passa por qualquer unidade do Sistema de Saúde, com relação à educação e a seus direitos enquanto cidadã, apontando a necessidade de se eliminar uma grande falha do Sistema de Saúde que é o não-atendimento à mulher em suas necessidades globais de saúde; para tanto, destaca que se faz necessário eliminar os componentes discriminatórios do sistema, uma vez que durante as últimas décadas estigmatizou a mulher unicamente como um órgão reprodutor. Para o autor, convém que se perceba a mulher como tendo problemas que transcendem o período reprodutivo, e que geralmente estão relegados nos países subdesenvolvidos.

Segundo Pinoti (1996), o estado de saúde da mulher permanece precário e continua piorando. Poucos países desenvolveram bons programas de prevenção ao câncer de mama e de colo do útero, os quais, porém, não estão disponíveis em todo País.

“Andei muito pra conseguir tratamento”, expressão usada por Jacinta, retrata a perversidade do Sistema de Saúde, em relação à mulher. É visível que os serviços oferecidos têm pouca ou nenhuma base epidemiológica, não correspondendo à expectativa da mulher, que nunca é consultada sobre suas necessidades de saúde.

Em pesquisa realizada, as principais causas que levam a mulher a procurar um serviço de saúde são: corrimento, distúrbios menstruais e dor, dispaurenia e outros problemas sexuais, como, contracepção, nódulo ou dor mamária. Sem contar que cada parte do corpo da mulher é vista em uma clínica diferente, a mulher não é vista como um ser humano, mas como um conjunto de órgãos isolados com eventuais patologias.

Os serviços de saúde para a mulher deveriam oferecer, sem delongas, uma ampla gama de atividades, atendendo a toda demanda, reduzindo a mortalidade materna e perinatal, controlando o câncer de colo e mama, corrigindo distorções nos serviços de planejamento

familiar, transformando programas de controle da fertilidade em programas de planejamento familiar, e melhorando a prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e crônicas (diabetes e hipertensão), como aponta Pinotti (1996).

O aumento da cobertura e diminuição da morbidade e mortalidade femininas demonstram que estes conceitos podem ser aplicáveis nos países subdesenvolvidos, ainda que dispondo de recursos financeiros limitados, desde que investidos nas prioridades apropriadas, terão retorno. No entanto, o que se observa é que há uma dicotomia entre cura e prevenção. É necessário também competência técnica, desde o mais modesto serviço de saúde, até o mais alto cargo do Sistema. E para sucesso desses Programas, é imprescindível o investimento na formação dos recursos humanos.

Para Pinotti (1996), é hora de pensar na mulher pobre brasileira, na sua família e no desenvolvimento de um programa que assista à mulher como um todo. A busca pelo tratamento e o desejo de se curar foram demonstrados pela Jacinta, especialmente quando afirma: “tenho muita vontade de ficar boa”.

Uma melhor distribuição dos recursos, no contexto de uma política de saúde mais ajustada à nossa realidade, permitiria ampliar as atividades de programas e atingir o maior número de cobertura na população feminina como um todo, e não apenas àquelas expostas a fatores de risco, ou as de mais idade, prioritariamente entre 35 a 49 anos.

Não esquecendo que este se constitui em um direito das mulheres usuárias dos serviços de saúde e, portanto, garantia de qualidade e eficácia no atendimento. Um clima de respeito e cordialidade deverá existir entre profissionais de saúde e paciente. Um sistema de referência de maior complexidade e um trabalho de equipe é o que melhor favorece ao bom desenvolvimento das ações de saúde.

Quando Jacinta retornou para casa, sentindo-se bem mais doente do que antes, com dores terríveis, desacreditou da medicina científica, procurou a medicina alternativa, na esperança de encontrar a cura que, a cada dia, tornava-se mais distante. Na sua ingenuidade, acreditou que se tratava apenas de uma inflamação muito grande, quando, ao se encontrar com seu João “o homem que trata”, assegurou que ela ficaria boa da inflamação com analgésico e vitaminas.

Como Jacinta não percebeu melhora, voltou a procurar seu João, com os mesmos sintomas. Desta vez ele acrescentou um antibiótico, porém, ela não estava mais tão confiante

de sua cura, quando disse: quem tem a sorte de viver, fica boa [...]! Neste momento percebemos que ela apela pra sorte e pro destino.

De acordo com a entrevista, percebi que Jacinta pouco ou nada sabia sobre a sua doença, ou tentava se enganar. Quando retornou do hospital para casa, não tinha consciência do quanto era grave sua patologia, e que até abandonou o tratamento por duas vezes, inclusive com o apoio da família, que também desconhecia sobre o diagnóstico e importância do cumprimento do tratamento.

A falta de disponibilidade do profissional de saúde em esclarecer à sua paciente o diagnóstico e o que é a doença, faz dessa mulher uma leiga no assunto, e a seriedade que deve ser dada ao tratamento é relegada a segundo plano na primeira oportunidade.

Este último traz à tona um ponto bastante complexo, que é a desumanização dos profissionais nos serviços de saúde. Precisamos resgatar a sensibilidade dos mesmos, de maneira a aproveitar o momento da consulta para explicar e chamar a atenção da mulher quando o prognóstico for sombrio.

A mulher é um ser especial e, como tal, merece toda atenção do Sistema de Saúde quanto ao desenvolvimento de ações para seu bem estar bio-psico-social.

5 TECENDO COMENTÁRIOS

No momento final deste trabalho, revendo a entrevista e tecendo comentários sobre a mesma para conclusão, percebo e compreendo o desespero, angústia e a falta de esperança de Jacinta, por tanta demora e dificuldades que enfrentou para receber atenção de promoção e prevenção de saúde, nas poucas vezes que precisou buscá-la em prol de sua saúde.

Jacinta nunca havia se preocupado antes com assistência médica, porque, segundo ela, não sentia nada, era saudável, acreditava, e até engravidou por três vezes sem fazer um pré-natal se quer, não achava necessário e seus filhos nasciam de parto normal, em casa, sem assistência médica. Ao menos com as duas primeiras foi assim. Entendo que estas foram atitudes arriscadas que comprometeram a sua saúde.

Jacinta, como tantas outras mulheres, teve pouca escolaridade, casou-se cedo, teve filhos e manteve sua atenção voltada a eles, seu marido e a casa. Embora tenha procurado fora de casa ajuda para sua doença, recebeu tratamento inadequado, que culminou num câncer de colo de útero.

A literatura freqüentemente aponta a baixa escolaridade e início das atividades sexuais, em idade precoce, como importante fator de risco. No entanto, outros fatos chamam a atenção, no caso de Jacinta, as freqüentes buscas que fez aos Serviços de Atenção à Saúde. Sem conseguir um atendimento esclarecedor, fez verdadeiras peregrinações.

De maneira geral, tudo nos leva a crer que o insucesso no atendimento a esta mulher esteve direta ou indiretamente relacionado à qualidade no atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Relegar seus fatos de vida, provavelmente contribuíram para o desfecho desta história.

Entendo que houve por parte de Jacinta uma negação à doença, mas esta negação foi favorecida pela não confiança nos profissionais que fazem a assistência à saúde da mulher no País. A busca por uma “medicina alternativa” reforça essa colocação.

É preciso que, ao se implantar os Programas de Atenção à Saúde, em especial aqueles voltados para a mulher, se busque conhecer as experiências de vida, a visão de mundo de cada grupo populacional, para que esses Programas possam efetivamente contribuir para a reversão do quadro de morbi-mortalidade existente no País.

Trabalhar com um projeto de história oral me fez refletir sobre a qualidade da assistência prestada à mulher, principalmente pelo fato de estar diretamente relacionado à assistência de enfermagem.

A aproximação com a narradora, suas fortes expressões ao se referir à vida e à saúde-doença, e o desânimo, demonstrado pelo seu “tom vital”, assim expresso – “Penso que não tem mais jeito” – levaram-me a pensar que para a melhoria da qualidade da assistência, os recursos econômicos e tecnológicos avançados não são determinantes, mas de profissionais mais humanos, que valorizem a vida daquelas que buscam ajuda.

ABSTRACT

This work focuses on the theme women's health, dealing with the most frequent neoplasia in the female population cervical cancer. I tried to investigate this problem in the real perspective of approaching the everyday life of a woman suffering from cervical cancer, based on the oral history as a method of work. The choice of the collaborator was caused by the fact that she was in hospital for treatment in the same institution where I work... By using the virtue of the oral history of life, I tried to follow the steps of transformation of the oral narrative into written language by the phases of transcription, textualization and transcreation of the text acquired after the interview. To do this, I organized a questionnaire, using interrupted questions such as: talk about your life history, what kind of assistance do you look

for in the health services? How much did your disease change your family life? The axis presented in the collaborator's narrative is present in the following "vital tone": "*I think there is no hope*"... With this sentence I noticed the narrator's dejection and hopelessness towards the cure of her disease. It was also pointed out the delay in the type of treatment received, as well as the inhumanity of the health care professional she went through. Thus, this work aims at registering the course followed by the women who have been suffering from cervical cancer, so as to recompose aspects of individual life.

Key Words: Neoplasia. Cervical cancer. Oral history the life.

REFERÊNCIAS

- CAVALCANTI, M. do S. L. "Gosto de ser mulher": Representação da Sexualidade Feminina em uma comunidade rural. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal de São Paulo – USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998, 130p.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER e Coordenação de Programas do Câncer – Programa "VIVA MULHER": Manual para profissionais de saúde, Rio de Janeiro, 1997.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER e Coordenação de Programas do Câncer – Programa "VIVA MULHER": Guia para Agentes Educativos, Rio de Janeiro, 1997.
- KARAN, S. M.; HORTA, B. L.; GHELING, C. R. Prevenção do carcinoma do colo uterino em uma unidade sanitária da UF de Pelotas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 42, n. 2, p. 87-91, abr./jun. 1996.
- MEIHY, J. C. S. B. *Manual de história oral*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86p.
- MORAES, M. F. Programa Viva Mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 43, n. 2, p. 103-105, abr./jun. 1997.
- PINOTTI, J. A. Controvérsias em Serviços de Saúde para a Mulher. *Revista do Centro de Referência*, v. 1, n. 1, p. 46 – 51, 1996.
- PINOTTI, J. A.; CARVALHO, J. P.; NISIDA, A. C. T. Controle do Câncer Cervical no Brasil. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 5, a. 5, n. 1, p. 5-10. jan. 1994.
- SANTOS, A. P.; RIBEIRO, S. L. S.; MEIHY, J. C. S. B. *Vozes da Marcha pela Terra*. São Paulo: Loyola, 1998. 254p.
- SILVEIRA, G. P. G.; PESSINI, S. A. Câncer de colo uterino: condutas diagnósticas e terapêuticas. *Revista Médica da Santa Casa*, a. 7, n. 14, p. 1395-1399, jul. 1996.
- ASSIS; J. S. Aspectos colposcópicos e histológicos do colo do útero, vagina e vulva em mulheres com colpocitologia oncológica alterada. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, a. 7, n. 3, p. 145-158, jul./set. 1996.
- CANARY, P. C.; ALMEIDA, C. E. A radioterapia do colo do útero no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 44, n. 2, p. 101-107, abr./jun. 1998.
- COELHO, F. R. G. A prevenção do câncer ginecológico. *Âmbito farmacêutico*, a. 12, n. 150, p. 11-13, abr. 1998.
- DERCHAIN, S. F. M. et al. Neoplasia intra-epitelial cervical grau III: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 3, a. 3, n. 2, p. 78-84, abr. 1992.
- DIETZ, J. et al. Mortalidade por câncer de colo uterino no Rio Grande do Sul. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 39, n. 3, p. 146-150, jul./set. 1993.

DREZETT, J. et al. Avaliação, colpocitologia, colposcópica e histologia de 379 colos uterinos com teste de Schiller Positivo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, a. 7, n. 3, p. 139-144, jul./set. 1996.

FONSECA, A. M.; MOTTA, E. V.; ASSIS, J. S. Pacientes climatéricas atendidas em ambulatório de ginecologia preventiva: perfil epidemiológico. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, n.1, a. 7, p. 8-12, jan./mar. 1996.

INSTITUTO da Mulher da USP. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 6, n. 4, p. 166. out./dez. 1995.

LOPES, R. L. M. Repensando na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Ginecologia*, v. 42, n. 4, p. 219-225, out./dez. 1996.

MOTTA, E. V. et al. Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, a. 7, n. 4, p. 213-225, out./dez. 1996.

PIOLI, E. R.; OLIVEIRA, N. M.; REZENDE, A. G. Caracterização da demanda de pacientes com carcinoma de colo uterino no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 4, p. 421-427, out./dez. 1993.

SILVEIRA, G. P. G., PESSINI, S. A. Câncer de colo uterino: condutas diagnósticas e terapêuticas. *Revista Médica da Santa Casa*, a. 7, n. 14, p. 1395-1399, jul. 1996.