

A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas

Communication in the Prevention of Cervix Uteri Cancer: the importance of historical cultural influences and of feminine sexuality in the adhesion to campaigns

Luciana Maria Britto da Cruz

Psicóloga. Especialista em Psicooncologia pela PUC/RS.
Colaboradora da REDEPSO - Rede de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social. PPGP/UFES - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal do Espírito Santo.
Endereço: Av. Fernando Ferrari 514, CEP 29075-910, Campus Goia-beiras, Vitória, ES, Brasil.
E-mail: lucianabrittocruz@yahoo.com.br

Regina Pimentel Loureiro

Doutora em Ciências Médicas / Epidemiologia, Epidemiologista da seção de controle DST/Aids. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.
Endereço: Av. Borges de Medeiros 1501, 5 andar, sala 01, CEP 90119-900, Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: regina-loureiro@saude.rs.gov.br

Resumo

Considerando que o câncer cérvico-uterino ainda se apresenta como problema de saúde pública no Brasil e que os programas governamentais de prevenção existentes para esse câncer não alcançaram a meta estimada, visto que a cobertura e o número de atendimentos nas campanhas não atingiram um quarto do estimado na primeira campanha; e, na segunda, o alcance foi inferior à primeira, este artigo se propôs a levantar questões referentes a não adesão de muitas mulheres às campanhas. Para isso, foram ressaltadas a relevância epidemiológica para a abordagem do tema; a importância do corpo para a mulher; e as influências histórico-culturais no comportamento preventivo das mulheres. Dessa forma, foi realizado um estudo teórico descritivo, usando como fonte principal de informações dados do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e como fonte de apoio livros, artigos científicos, periódicos e dissertações que abordam a temática proposta. A fim de discutir possibilidades estratégicas que possam ser eficazes para uma maior adesão feminina às campanhas preventivas, foi considerada a importância da forma de abordagem dos profissionais de saúde, salientando para que atuem correspondendo aos valores culturais apresentados pelas mulheres. Além disso, ressaltou-se a linguagem utilizada nas campanhas de prevenção do câncer do colo do útero, atentando para o fato de que conceitos transmitidos podem endossar valores culturais de abordagem do feminino que dificultam a identificação e a adesão de muitas mulheres.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino; Campanha de prevenção; Sexualidade; Influência histórico-cultural.

Abstract

Cervix uteri cancer is still a public health problem in Brazil, but the governmental prevention programs that exist for this type of cancer have not reached the estimated index of covering. The number of people assisted in the campaigns has not reached one quarter of what was estimated in the first campaign and in the second one the number was even inferior. In light of this situation, this article has the objective of raising questions related to the non-adhesion of many women to the campaigns. In order to do that, the article emphasizes the epidemiologic relevance to approach the subject; the importance of the body for the woman; and the historical and cultural aspects that influence the preventive behavior of women. Therefore, a descriptive theoretical study was carried out, using as primary information source data from the Ministry of Health and from the National Institute of Cancer (INCA), and as supportive sources, books, scientific articles, journals and dissertations that worked with the proposed theme. In order to discuss strategic possibilities that can be effective to promote a higher adhesion of women to the preventive campaigns, the importance of the kind of approach of the health professionals was considered, pointing out that they should act in accordance with the cultural values presented by the women. Furthermore, the language used in the campaigns for the prevention of cervix uteri cancer was highlighted, as the transmitted concepts can endorse some cultural values related to approaching the women that make more difficult for many of them to identify and adhere to the campaigns.

Keywords: Cervix Uteri Cancer; Prevention Campaign; Sexuality; Historical Cultural Influence.

Introdução

O Câncer do Colo do Útero é um câncer com mortalidade elevada, que, mesmo com as campanhas e programas governamentais de prevenção, ainda continua sendo um problema de Saúde Pública no Brasil, embora já apresente conhecimentos técnicos de prevenção suficientes para fornecer um dos mais altos potenciais de cura. Esta poderia ser a inquietação inicial para a realização deste artigo. Contudo, uma inquietação ainda maior emergiu quando, por intermédio de um curso de especialização, surgiu a oportunidade de produzir um “folder” para uma possível divulgação em prevenção de câncer. Escolhido o “Câncer do Colo do Útero” como tema, partiram os estudos para a elaboração do material. Porém, enquanto este era preparado, interrogações e inquietações se intensificaram. Percebia-se que, apesar de o material estar sendo preparado baseado em normas de prevenção divulgadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), várias indagações surgiam: Que mulher receberá esse material? Qual seria a forma de essa mulher considerar e valorizar o seu corpo? Será que esta linguagem aborda as necessidades e interesses da mulher que o lerá? Ou ainda, será que essa mulher sabe ler? A forma de abordagem do tema respeita as diferenças culturais e religiosas? Assim, partindo das indagações intensificadas naquela oportunidade, iniciou-se este texto.

Pretende-se, aqui, não trazer as respostas às inquietações citadas, mas, possivelmente, provocar algumas reflexões sobre as formas de abordagem das campanhas de prevenção do Câncer do Colo do Útero.

A fim de contribuir para as reflexões propostas, serão apresentados alguns tópicos considerados merecedores de relevância para uma abordagem de campanha em Saúde da Mulher, mais especificamente em saúde ginecológica na prevenção do Câncer do Colo do Útero. Para tanto, serão focalizados temas que abordam o câncer cérvico-uterino, como problema de saúde pública; a importância do valor do corpo para a mulher; a relevância da atenção em campanhas para as questões culturais; a necessidade de conhecimento dos profissionais e a importância de uma abordagem para prevenção mais direcionada e contextualizada ao público pretendido.

Considerando que as campanhas de prevenção ao câncer cérvico-uterino ministradas pelo Ministério da

Saúde ainda não conseguiram uma adesão espontânea significativa, acredita-se que poderá haver maior contribuição para o envolvimento das mulheres nas campanhas, se as questões abordadas aqui forem mais contempladas em programas de prevenção.

Câncer Cérvico-Uterino e seu Contexto na Saúde Pública

O Câncer de Colo do Útero apresenta-se como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres no mundo, sendo responsável, aproximadamente, por 471 mil novos casos e por cerca de 230 mil óbitos de mulheres por ano. A faixa etária para a incidência do câncer cérvico-uterino evidencia-se de 20 a 29 anos, aumentando o risco e atingindo seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos. Os países em desenvolvimento são os que apresentam maiores índices de casos novos, um número aproximado de 80%. Destaca-se ainda que, como nesses países os casos são encontrados em estágios avançados, a sobrevida média estimada em cinco anos apresenta índices menores em relação aos países desenvolvidos, pois enquanto esta média varia de 59 a 60% em países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento é estimada em 49% (INCA, 2005).

No Brasil, o câncer de colo uterino vem apresentando crescente incidência que se contrapõe à tendência declinante observada em países desenvolvidos (Risi Junior e Nogueira, 2002). Estimativas do Ministério da Saúde apontam para a ocorrência de 19 mil novos casos desse câncer para o ano de 2006, com risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres, estando esta neoplasia entre as mais incidentes para o sexo feminino (INCA, 2005).

A maioria dos casos apresenta evolução lenta, havendo fases pré-clínicas tanto detectáveis quanto curáveis, e o potencial de cura para o câncer de colo do útero chega a 100% quando é diagnosticado e tratado inicialmente ou em fases precursoras (INCA, 2004).

Considerando que as estatísticas de mortalidade são indispensáveis para a construção de indicadores de saúde populacional, note-se que: em 1999, a mortalidade por este câncer apresentou a terceira colocação entre as brasileiras, com o índice de 7,39% das mortes; enquanto que no período de 1979 a 1999, essas taxas de mortalidade foram de 3,44 para 4,67 óbitos por 100 mil mulheres, representando uma variação de

35,7% no período (Risi Junior e Nogueira, 2002). Em um período de 20 anos, de 1979 a 1999, as taxas de mortalidade por câncer de colo do útero apontam aumento de 30%, destacando o aumento de taxas em mulheres acima dos 50 anos de idade. Dados ainda mostram que, entre 1996 e 1998, 92,9% dos óbitos por câncer de colo do útero ocorreram em mulheres com 35 anos ou mais (INCA, 2002b).

Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são estratégias capazes de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos enfermos. Contudo, apesar de estas estratégias serem utilizadas para a prevenção e o controle de doenças e agravos não transmissíveis, ainda é um desafio para os países em desenvolvimento a definição e implementação de estratégias efetivas (INCA, 2004).

Vários fatores de risco são identificados para o câncer de colo do útero e a grande maioria deles está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Consideram-se fatores de risco de câncer do colo do útero: multiplicidade de parceiros sexuais e a história de infecções sexualmente transmitidas entre os parceiros, multiparidade, idade precoce na primeira relação sexual. Outros fatores, em estudos epidemiológicos ainda não conclusivos, sugerem também o tabagismo, a alimentação pobre em alguns micronutrientes e o uso de anticoncepcionais (INCA, 2002a).

O principal agente apontado como causador do câncer cérvico-uterino é o Vírus do Papiloma Humano (HPV). O exame citopatológico (Papanicolau) permite que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas contribuindo para a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. O exame preventivo também se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo. Apesar de esse método de rastreamento ter sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame. A prioridade etária para a detecção precoce do câncer cérvico-uterino é de 35 a 49 anos, tendo em vista que esse é o período correspondente ao pico de incidência das lesões precursoras e que antecede ao pico de mortalidade por este câncer (Brasil, 2002a). Na rede de saúde, são as mulheres com menos de 35 anos que realizam a maioria dos exames, fato que, segundo o Instituto Nacional do Câncer (2002a), pode estar relacionado às mulheres

que procuram os postos para cuidados relacionados à natalidade, o que contribui para não ser alcançado um impacto significativo sobre a mortalidade por câncer de colo do útero.

É estimado que a redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo uterino pode ser alcançada por intermédio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos. Entretanto, para isso há necessidade de submeter as mulheres ao rastreamento através do teste de Papanicolau e garantir qualidade, organização e integralidade do programa de rastreio. Destaca-se ainda a necessidade de alcance de níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas (INCA, 2004, 2005).

Abordagem ampla e políticas públicas que enfatizam o controle de comportamentos de risco são apontadas como preconizadas no enfrentamento do problema para o controle das doenças e agravos não transmissíveis. Os fatores de risco são identificados, têm sua magnitude quantificada e sua distribuição pela população é estabelecida, enfrentando o desafio de que as ações desenvolvidas e avaliadas tenham controle/custo efetivos (INCA, 2004).

O Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis no Brasil, em 15 capitais e no Distrito Federal, nos anos 2000-2003. Nesta, constatou-se que a cobertura de exames citológicos no país mostrou níveis elevados, porém ainda não foi observada a queda na mortalidade por câncer de colo do útero. Verificou-se também que a cobertura do exame Papanicolau apresentou menores proporções na faixa etária de 50 a 59 anos, o que supõe uma menor procura por serviços de saúde das mulheres acima da faixa etária reprodutiva. Outro destaque foi o nível de escolaridade da clientela poder estar relacionado ao menor acesso à informação sobre cuidados de saúde, fato que também pode repercutir diretamente na demanda pelos exames preventivos pesquisados, tendo em vista que grupos de mulheres de baixa escolaridade apresentaram menores índices de cobertura. O local de realização do exame Papanicolau, se na Rede SUS ou Rede não-SUS, apresentou resultados que relacionam a escolha do local utilizado para o exame ao contexto e diferenças socioeconômicas entre as capitais envolvidas no estudo. Ressalta-se na investigação que, para quase todas as

estimativas apresentadas, não havia no Brasil dados recentes que poderiam ser padronizados, permitindo a comparação de resultados para as diferentes regiões do país, sugerindo que, apesar de as políticas públicas definidas pelo Ministério da Saúde apresentarem bons resultados, estes indicam a necessidade de ampliação e cobertura do SUS (INCA, 2004).

Apesar de conhecimentos sobre a prevenção e diagnóstico da doença, no Brasil o câncer cérvico-uterino continua sendo um problema de saúde pública. Dados disponibilizados pelos Registros Hospitalares de Câncer mostram que cerca de 50% dos casos da doença são diagnosticados em fases avançadas. Nos anos 1980, o Brasil assumiu o controle desse câncer como prioridade nas políticas que atendem a saúde da mulher (INCA, 2004).

Foi reconhecendo o controle do câncer do colo do útero como um dos grandes desafios para a saúde pública, juntamente com uma carência de política nacional que permitisse a articulação de diferentes etapas de um programa de prevenção adequado e equitativo no território nacional, que possibilitasse impactos maiores sobre a incidência e mortalidade desse câncer no País, que em 1995 o Governo Brasileiro investiu em uma rede nacional de detecção precoce dessa doença. Para isso, foi criado o programa “Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero” cujo objetivo é, por intermédio da oferta de serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação das mulheres, “reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira.” (INCA, 2002a, p. 23). As ações deste programa visam “garantir o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa” (INCA, 2002a, p. 23).

Por duas vezes, a primeira em 1998 e a outra em 2002, ocorreu mobilização nacional para a detecção precoce do câncer de colo do útero no Brasil. Denominada “Primeira Fase de Intensificação do Programa Viva Mulher”, a campanha de 1998 teve como alvo 10.185.894 mulheres de 30 a 49 anos, o que representaria 70% das mulheres brasileiras nessa faixa etária. Baseando-se em registros, estima-se que foram realizados 2.291.468 exames na faixa etária mencionada, equivalendo a uma cobertura de 22,5%. Já na campa-

nha de 2002, baseando-se no monitoramento de coleta, a cobertura foi equivalente a 16,2% do estimado (INCA, 2002b). Nota-se então que a cobertura e o número de atendimentos nas campanhas não atingiram um quarto do estimado e, na segunda campanha, o alcance foi inferior à primeira.

O Programa “Viva Mulher de Controle do Câncer do Colo do Útero”, assim como os demais programas de prevenção primária e detecção precoce de doenças e agravos não transmissíveis, tem o sentido de alcançar os grupos mais vulneráveis, direcionando ou redirecionando para estes, orientando o enfoque de políticas e ações educativas a fim de aumentar sua eficiência e efetividade (INCA, 2004).

Em todas as regiões do mundo, o câncer de colo do útero apresenta característica associada com o baixo nível socioeconômico, em grupos com maior vulnerabilidade social (INCA, 2002a). Considera-se que nesses grupos estão concentradas “as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para a detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros” (INCA, 2002a, p. 10). Quanto à abordagem da mulher para a detecção e tratamento no Brasil, o Ministério da Saúde (INCA, 2002b) identifica as barreiras referentes às dificuldades da mulher e da organização dos serviços de saúde. Dentre as dificuldades identificadas, incluem-se o desconhecimento da mulher sobre o câncer, o baixo nível de escolaridade, a falta de conhecimento sobre o próprio corpo, a vergonha e o medo de fazer o exame, que incluem o medo dos resultados, a falta de privacidade nos exames e de humanização no atendimento, dessensibilização profissional para rotina de exames e baixa prioridade do profissional no atendimento integral das mulheres. Nesse sentido, apesar dos conhecimentos epidemiológicos e das campanhas governamentais executadas e programadas, por que as barreiras de acesso à rede de serviços no Brasil ainda não estão sendo ultrapassadas?

Feminino, Sexualidade e Influências Histórico-Culturais

Tendo em vista que o homem é um ser biopsicossocial, as diversas formas de compreendê-lo vislumbradas ao

longo dos séculos não podem ser desconsideradas. Ao abordar questões que lidam com o feminino, por muitas vezes a história da mulher na sociedade é pouco lembrada. O conhecimento e a compreensão da história da sexualidade feminina, por exemplo, podem auxiliar na busca de várias respostas às questões atuais que envolvem práticas e medos ainda verificados na mulher, principalmente quando estão relacionadas ao seu corpo. Assim, é relevante considerar a dimensão cultural do corpo, tendo em vista que, como sugere Heilborn (2003), a prática e o saber sobre o corpo não se encontram isentos de historicidade.

A partir do final do século XX, as mulheres podem ser consideradas profissionais bem-sucedidas, competindo, inclusive, cargos e posições com os homens. Porém, ainda desempenham diversos papéis sociais que envolvem ser mãe, ser esposa, ter aparência saudável e ser atraente para o sexo. Adquiridos ao longo da história, tais papéis apresentam-se diretamente relacionados à sexualidade feminina. Martins (2004) ressalta que a ginecologia racionalizou a sexualidade feminina, transformando seu corpo num “objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação” (Martins, 2004, p. 15). Tal gerenciamento também se apresenta no convencimento da medicina em tornar as mulheres pacientes, confiando nos especialistas e pautando suas vidas pela higiene e conselhos médicos, além de desempenharem funções maternas como sagrada e natural, tomando o corpo da mulher como “fundamento de identidade e de devir” (Martins, 2004, p. 16).

Entre os séculos XVIII e XIX a problematização do corpo feminino tornou-se objeto de conhecimento que suscitava debates e divergia opiniões sobre a diferença feminina. Perdurando até o século XIX, a construção da imagem do corpo feminino como a imagem da mulher imperfeita origina-se desde os escritos de Aristóteles e Galeno. As interpretações dadas por esses autores contribuíram inicialmente para o modelo considerado modelo do sexo único. Nesse modelo, a diferença entre o homem e a mulher consistia na noção de perfeição, em que o corpo feminino era a imperfeição do masculino, visto que os órgãos sexuais femininos eram considerados invertidos, pois, diferente do homem, a mulher não teria calor suficiente para exteriorizar seus órgãos sexuais. Uma análise feita desse modelo expõe que apenas o sexo masculino era tido

como existente, ou seja, nas relações entre homem e mulher eram as diferenças de gênero que valiam. No início do século XVIII, iniciou-se um novo modelo que embasava as diferenças sexuais no gênero e não no sexo. Tendo a Natureza como fundamentação, este novo modelo interpretava as mulheres como inferiores aos homens por serem menores, mais frágeis e sensíveis. Considerando, ainda, que as diferenças físicas entre homens e mulheres eram irreduzíveis, por estas diferenças estarem naturalmente inscritas nos corpos, constituídas de forma física e intelectual (Martins, 2004).

Com a finalidade de encontrar diferenças sexuais, nos séculos XVIII e XIX foram intensas as pesquisas científicas de método comparativo sobre o sexo, pois o corpo feminino era visto como diferente. Em pesquisas que envolviam discursos racistas e hierarquias naturais baseadas no desenvolvimento físico, a pélvis feminina passou a ser o referencial anatômico da feminilidade. A partir de sucessivos estudos científicos sobre o corpo feminino, fenômenos fisiopatológicos foram cada vez mais intensificados como fases da vida da mulher, principalmente a gravidez e o parto. Assim, ainda no século XIX e alcançando o século XX, a mulher é vista por um modelo ambíguo de construção. As funções sociais de casamento, maternidade e educação dos filhos davam-lhe uma imagem de mulher moralmente superior, contudo, esta mesma mulher teria que controlar seus desejos e não se entregar ao desregramento. Ressalta-se que esse modelo, paradoxalmente, nega o corpo feminino na sua sexualidade, sendo esta voltada para a reprodução (Martins, 2004).

Nota-se, por meio dos breves dados históricos apresentados acima, que muitos desses modelos de visão do corpo e da sexualidade feminina ainda podem estar presentes, mesmo que sutilmente, na percepção atual da mulher. As concepções da sexualidade feminina na sociedade, portanto, podem ser percebidas no enfrentamento de situações em que estas estejam envolvidas.

Pensando na possibilidade de estratégias eficazes na cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino, é preciso considerar que as influências histórico-culturais podem refletir-se na maneira de as mulheres enfrentarem o exame preventivo. Para isso, é importante que sejam investigados os sentimentos, as vivências e as expectativas das mulheres em rela-

ção ao método utilizado. Apesar de estes motivos já terem sido identificados pelo INCA como barreiras para uma melhor adesão da mulher ao exame preventivo, pesquisas que verificam relatos e experiências das próprias mulheres quanto à realização deste exame, bem como o significado que estas apresentam ao se submeterem ao procedimento, ainda são escassas. Ferreira e Oliveira (2006) expõem a relevância de investigações que apontem os motivos da não realização do exame preventivo, a fim de que possa haver maior adesão e cobertura desse procedimento. Pois, se as vivências das mulheres forem conhecidas, os significados por elas atribuídos podem servir como embasamento para planejar e adequar as orientações de prevenção.

Estudos apresentam que os sentimentos de desconforto, medo, vergonha e constrangimento são os mais expressos pelas mulheres (Paula e Madeira, 2003; Peloso e col., 2004; Cestari, 2005; Ferreira e Oliveira, 2006).

Ao investigarem o significado da submissão ao exame colpocitológico para as mulheres, Paula e Madeira (2003) verificaram que as percepções que elas trazem em relação ao preventivo interferem diretamente em seus comportamentos durante o exame. Assim, vergonha, ansiedade, medo ou tranquilidade também são, além de vividos, externalizados. As mulheres expõem o constrangimento e a vergonha, que aliados à sensação de impotência, induzida pela própria posição ginecológica, podem potencializar esses sentimentos. Concluem, ainda, que a insegurança e o medo no momento do exame podem ser reflexo de esta mulher ficar sob o olhar do profissional, pois este está diante de intimidades e segredos que, para a mulher, por vezes, são resguardados. Peloso e colaboradores (2004) consideram que o medo e a vergonha das mulheres no momento da exposição aos exames podem estar relacionados à impessoalidade do procedimento, que é invasivo, expõe o corpo e aborda a questão da sexualidade, condições que envolvem temas que ainda são tabus para a mulher, referentes à exposição de seu corpo. Destacam ainda que estes sentimentos de constrangimento e ansiedade comprometem o preventivo.

Peloso e colaboradores (2004) atentam para o fato de que, no momento do exame, os profissionais parecem não compreender que a mulher encontra-se em situação de quase abandono e, assim, lidam com o even-

to de forma corriqueira e sem importância. Ressaltam ainda que a relação da postura do profissional, muitas vezes, pode caracterizar uma postura de submissão assumida pelas mulheres, e esta relação de submissão e dominação pode ser um empecilho para uma maior cobertura dos exames. Bydlowski e colaboradores (2004) apontam que muitas vezes as situações envolvendo dominação-submissão podem se apresentar naturalizadas em populações que vivem em diferentes territórios. Contudo, estas dificultam mudanças nas formas de pensar e agir, visto que as condições perduram pelo conformismo ou costume, tendo-as como naturais e não se dispendo a modificá-las. Assim, ao considerar as ressalvas das mulheres em relação aos seus sentimentos diante do preventivo, caberia aos profissionais que estão em contato com estas na realização do exame “repensarem seus comportamentos de manipulação e dominação do outro” (Fernandes e Narchi, 2002, p. 227).

Paula e Madeira (2003) expõem que, na relação com o profissional, o corpo da mulher pode se calar, estando este corpo em posição de subjugamento e submissão. Destacam que os profissionais poderiam contribuir para tornar o momento do exame menos doloroso, passando a ser não só um espaço para a mulher ser examinada, mas também com possibilidades de ser ouvida, sentir-se respeitada e protegida. As autoras consideram que para uma maior compreensão da mulher por ela mesma e pelo profissional que a atende é importante oferecer oportunidades para a mulher falar de si, a fim de que ela reflita suas experiências e se conscientize mais claramente sobre o que acontece consigo mesma. Ressaltam ainda que a mulher, durante o exame colpocitológico, é mais do que um colo uterino, ela é também “um corpo que tem sentimentos, que pulsa e vibra, que interage com o mundo, com o outro e consigo mesmo; que deixa transparecer por gestos, expressões, olhares, palavras e silêncio, como experiência esse momento” (Paula e Madeira, 2003, p. 95).

Uma ambigüidade de sentimentos em relação ao exame citopatológico relaciona-se ao medo de sua realização. O medo da doença, da dor e da morte leva as mulheres ao cuidado com o corpo, e é este medo que as move ao serviço de saúde em busca de prevenção (Paula e Madeira, 2003). Contudo, apesar de a mulher reconhecer a importância da realização do exame, ao mesmo tempo teme o resultado, podendo fugir do procedi-

mento e prejudicar sua realização (Pelloso e col., 2004). Essa ambigüidade de sentimentos pode relacionar-se também à construção histórica do câncer.

A história do câncer foi construída sob imagens de vergonha; de abrigo do mal; do castigo divino; da zona de silêncio para se falar na doença; de responsabilização do doente; de comparações às moléstias como sífilis e lepra; de flagelo; de doença que corrói como verme e de argumentos de natureza moral (Sant’Anna, 2000). Os estudos de Cestari (2005) mostraram a crença no câncer como uma doença cercada de estigmas e fatal. Assim, outra barreira a ser ultrapassada na abordagem para o exame preventivo é o estigma do câncer historicamente construído. Canella e Rodrigues (2002) alertam que, como o câncer cervical apresenta fatores de risco relacionados à atividade sexual, este pode ser visto pela sociedade como inadequações do comportamento feminino, apresentando um estigma que, por vezes, o próprio profissional endossa.

Estudos concluem que o comportamento de prevenção dos sujeitos baseia-se em suas culturas, dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar de maneira diferenciada com as mulheres. Ou seja, há necessidade de que a organização e o planejamento da prevenção não aconteçam isoladamente, nem ignorem a individualidade e a dignidade dos sujeitos, mas, sim, que sejam vinculados ao contexto social destes (Paula e Madeira 2003; Pelloso e col., 2004; Cestari, 2005); cabendo aos profissionais uma atuação de envolvimento, respeitando a intimidade, a privacidade e o direito da mulher de falar e conhecer sobre sua doença e saúde (Pelloso e col., 2004). Considerando a autonomia e reconhecendo que as mulheres, ao se submeterem aos exames, sustentam-se em crenças e valores, por vezes, diferenciados de valores socialmente dominantes, faz-se necessária uma abordagem preventiva com mecanismos e profissionais capazes de alcançar as diversidades culturais.

A Comunicação na Prevenção

Dentre as estratégias propostas pelo “Programa Viva Mulher”, que serviram como base para a campanha 2002 de prevenção do câncer do colo do útero, inclui-se a articulação de uma rede de comunicação com a mulher; além da informação, capacitação e reciclagem de pessoal do programa. As ações preparatórias para

sua execução envolveram a produção de materiais de divulgação, que incluem textos para os meios de comunicação; folhetos para a mulher; cartazes de coleta, de fluxograma e de sensibilização da mulher (INCA, 2002b). Os meios de comunicação podem ser fatores motivadores no comportamento de prevenção, desde que veiculados e incrementados para facilitar o acesso e provocar transformações nas mulheres (Fernandes e Narchi, 2002; Cestari, 2005). Assim, é importante o profissional de saúde alertar para a “necessidade de reestruturação do serviço de saúde, dos programas de prevenção e da divulgação dos comportamentos de prevenção pela mídia” (Cestari, 2005, p. 146).

Por vezes, os materiais de divulgação na abordagem da mulher para campanhas preventivas exploram conceitos que, apesar de terem o intuito de motivá-las, podem propor questões que não contribuem para que elas se envolvam na campanha. No material de divulgação que serviu como ação preparatória para a “Campanha 2002”, a sensibilização da mulher era realizada sob a frase: “Declare seu amor por você mesma”. A estratégia de comunicação da campanha foi utilizada procurando mobilizar o público para a questão do câncer do colo do útero, além de mobilizar as mulheres para ir às unidades. A idéia criativa a ser transmitida nesse projeto usou como símbolo as “rosas”, visando que as mulheres valorizassem a auto-estima e despertassem o sentimento de amor próprio “colocando o ato de realizar o exame como uma prova de amor por elas mesmas. (...) Trabalhar o ato de se dar uma rosa, como a expressão de um gesto de carinho, preocupação e amor próprio” (INCA, 2002b, p. 58). A princípio, talvez, a primeira leitura dessa estratégia de comunicação pode parecer muito bonita, romântica, e cheia de boas intenções. Porém, com olhares mais atentos, poderíamos indagar se, nesta estratégia de comunicação, o “amor próprio” não estaria trazendo uma mensagem de culpabilização e responsabilidade na mulher, desvinculando-a de todo um contexto sociohistórico e econômico; e, ainda, se o belo simbolismo das “rosas” não estaria, sutilmente, reforçando estigmas sociais de fragilidade feminina, por exemplo.

Ao abordar a mulher para campanhas preventivas, nota-se que não há referências aos seus companheiros, ou seja, estes são praticamente excluídos do processo. Alguns autores (Fernandes e Narchi, 2002; Ferreira e Oliveira, 2006) expõem que a submissão

das mulheres a seus maridos as afasta do procedimento preventivo, tendo em vista que muitos não permitem que realizem o exame. Assim, incluí-los no processo educativo poderia ser uma estratégia facilitadora, principalmente devido a “subalternidade histórica das mulheres em relação aos seus companheiros sexuais” (Fernandes e Narchi, 2002, p. 227). Essa abordagem também poderia contribuir para diminuir a culpabilização feminina por suas doenças ginecológicas.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002b), para organizar a assistência na prevenção do câncer de colo do útero há que se prever facilidades na abordagem da mulher, que incluem: desenvolver métodos oportunistas de captura das mulheres que freqüentam os postos por outros motivos; expor cartazes que demonstram as técnicas utilizadas nos exames; fornecer informações para o momento da coleta; criar espaços de privacidade para a mulher durante o exame; identificar e treinar profissionais sensibilizados para convencer as mulheres que estão na sala de espera para realizarem o exame; incentivar adoção de hábitos saudáveis pela mulher, que envolvem alimentação e exercícios físicos. Destacam-se, aqui, como apontam Zeferino e Galvão (1999), a deficiência e a relevância de pesquisas que considerem as necessidades locais, tendo em vista que estas investigações avaliem tanto a percepção quanto o conhecimento das mulheres sobre o câncer de colo uterino, bem como os fatores socioculturais que afetam seus comportamentos na procura pelos serviços. E, ainda, a importância de que tais pesquisas investiguem maneiras apropriadas para o recrutamento das mulheres em maior risco, como também o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde no controle e prevenção do câncer de colo uterino também devem ser considerados. Contudo, os mesmos autores ressaltam que, para atingir a população ainda não alcançada, revisar normas existentes não é o bastante, mas é necessário romper com as dificuldades concernentes ao alcance: “é necessário elaborar planos específicos em função das características das dificuldades existentes, que variam entre diferentes populações e ao longo do tempo” (Zeferino e Galvão, 1999, p. 355).

Mulheres que apresentam maior risco de desenvolver o câncer não estão sendo alcançadas pelos programas de prevenção (INCA, 2002a; Hackenhaar e col.,

2006). Através de uma estratégia de monitorização criada durante a “Campanha 2002” do Ministério da Saúde, dentre os problemas identificados na campanha, encontra-se a grande procura de mulheres fora da faixa priorizada (INCA, 2002b). Uma influência para essa constatação pode estar ligada ao fato de muitas mulheres freqüentarem as Unidades de Saúde por motivos que não estão relacionados diretamente ao exame preventivo. Assuntos condizentes à reprodução e outras doenças ginecológicas são verificados como motivadores para a ida às unidades. Considerando a construção social de que a mulher “é mulher” enquanto pode reproduzir, destaca-se que motivos relacionados à reprodução estimulam ou não a adesão das mulheres aos exames preventivos. Segundo o INCA (2002a), mulheres abaixo da faixa etária priorizada nas campanhas fazem os exames por procurarem o serviço por motivos de natalidade, estando em fase reprodutiva. Por outro lado, de acordo com Peloso e colaboradores (2004), pelo fato de estarem despreocupadas com reprodução, muitas mulheres não realizam o preventivo. Não se deve desconsiderar ainda que “a maior concentração de exames em mulheres jovens sugere que o controle do câncer do colo uterino está vinculado às consultas ginecológicas e obstétricas e, conseqüentemente, ocorre de forma oportunística” (Zeferino e Galvão, 1999, p. 359). Cestari (2005) constatou que a ida das mulheres ao ginecologista tinha o objetivo de detectar problemas ginecológicos não relacionados ao preventivo para câncer de colo uterino. Estudos de Hackenhaar e colaboradores (2006) demonstraram que as mulheres mais jovens, apesar de consultarem o ginecologista, não estão realizando os exames como o esperado, o que sugere que procuram o profissional por outros motivos, tais como infecções que impedem a realização do exame preventivo no dia da consulta. Ressaltam que estas deveriam ser orientadas e estimuladas a retornar à consulta para realização do exame. Nota-se, aqui, que estas mulheres em algum momento consultam os profissionais de saúde, portanto, tais oportunidades também merecem ser aproveitadas pelos profissionais, não apenas para orientar e estimular o retorno à consulta para o exame, mas também para eventuais esclarecimentos e orientações a estas mulheres na identificação de lesões precursoras do câncer ginecológico.

Nas orientações fornecidas pelo Ministério da Saú-

de (Brasil, 2002b) aos profissionais que realizarão o exame citopatológico, estes são atentados para explicar à mulher a importância da realização do exame para a manutenção de sua saúde, fornecendo maiores detalhes sobre em que consiste o exame, sanando as dúvidas manifestadas pela mulher e, ainda, após a coleta do material, deverá enfatizar o retorno. Essas orientações aos profissionais estão inseridas nas diretrizes do programa “Viva Mulher”, que consistem em “motivar a mulher a cuidar da sua saúde; melhorar a qualidade do atendimento à mulher” (INCA, 2002a, p. 22). A escolha por um serviço de atendimento pode ser influenciada pela ação do profissional, sendo este importante para informar e educar a comunidade. Portanto, na orientação, é necessário que sejam utilizadas estratégias que envolvam diálogo, sensibilidade e empatia (Paula e Madeira, 2003; Peloso e col., 2004; Cestari, 2005; Ferreira e Oliveira, 2006). Porém, o diálogo utilizado na abordagem deve ser contextualizado às vivências da mulher, atentando para que o olhar direcionado a estas não esteja cheio de conceitos pre-estabelecidos.

É interessante perceber que, de uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames, porém “cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado” (INCA, 2002a, p. 29). Entretanto, não basta apenas que a mulher conheça os métodos, é preciso que se envolva no processo, que suas práticas sejam incorporadas em seus cuidados cotidianos. Baseando-se em estudos realizados (Fernandes e Nachi, 2002; Paula e Madeira, 2003; Peloso e col., 2004; Ferreira e Oliveira, 2006), pode-se destacar que o fator primordial que leva as mulheres para a realização do exame não é a conscientização de que precisa ser realizado, tendo em vista que muitas mulheres apresentaram esse reconhecimento, mas, sim, “é preciso uma disposição e uma convicção pessoal, uma vontade interior capaz de sobrepujar a insegurança e outros bloqueios e que possibilite o ato voluntário de ir ao encontro da prevenção” (Peloso e col., 2004, p. 322). Assim, pode-se considerar que uma boa estratégia para que as ações preventivas envolvam mulheres ainda não alcançadas nas campanhas é tornar os programas de prevenção mais próximos das crenças e valores culturais destas mulheres. Cestari (2005) verificou que a não adesão

aos programas de prevenção relaciona-se às crenças dos sujeitos a serem abordados, estando, portanto, o comportamento de prevenção baseado na cultura.

Desde que respeitados os valores e as crenças, os profissionais podem influenciar a mudança de comportamento quanto à prevenção. Para isso, os profissionais não devem agir fornecendo informações baseadas apenas em seu conhecimento (Cestari, 2005). A fim de atingir objetivos que melhorem a qualidade de vida, é importante que os profissionais implantem medidas e ações educativas que apresentem impacto eficiente, caso contrário, estarão apenas executando programas preestabelecidos, sem alcançar soluções integradoras. A educação em saúde não deve ser apenas uma transmissão de orientações que despreza o conhecimento de quem as recebe, ou pouco acredita na sua capacidade de aprender ou modificar-se (Fernandes e Narchi, 2002). Educação em saúde deve ser uma forma de exercer a cidadania, com “ações generalizadas que provoquem transformações nos indivíduos, para que estes passem a atuar como sujeitos dentro da sociedade, tendo a capacidade de atuar no controle das situações a que são submetidos” (Bydlowski e col., 2004, p. 19).

A menção aos fatores de risco, principalmente nos meios de comunicação, merece uma observação especial na abordagem preventiva para o câncer do colo do útero. Como muitos desses fatores envolvem comportamentos sexuais, é relevante que sejam cuidadosamente abordados. Cestari (2005) avalia que os meios de comunicação são considerados incentivadores para a prática de prevenção, principalmente a televisão, mas, por outro lado, ressalta a grande influência que a televisão apresenta, e, com isso, as informações que muitas vezes, no intuito de aumentar a audiência, são sensacionalistas e não educativas. Bydlowski e colaboradores (2004) destacam que condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir para gerar, em diferentes grupos, situações de vida consideradas iníquas entre grupos populacionais, o que proporciona diferentes condições de vida que podem ser evitáveis; sendo estas situações julgadas injustas quando comparadas aos demais grupos sociais. Dessa forma, ressaltam que a livre escolha dos comportamentos de risco não deve ser considerada causa da iniquidade, pois se caracteriza quando o comportamento de risco ocorre por falta de opção ou há inadequação dos servi-

ços de saúde. Os indivíduos que se encontram nessa situação, além de não terem oportunidade de escolha, ainda não apresentam controle sobre a situação vivenciada. Nesse caso, portanto, é importante atentar para que não ocorra uma “estratégia assistencial pautada no ‘campanhismo’ inconseqüente, dirigido por táticas de *marketing* descomprometidas com a vida e com a saúde da população” (Reis e col., 2003, p. 100).

Considerações Finais

Um tipo de câncer que, se detectado e tratado inicialmente ou em fases precursoras, pode chegar a um índice de 100% de cura e, ainda, pode ter suas estatísticas de mortalidade reduzidas em 80% se houver um rastreamento eficiente, merece uma abordagem preventiva mais eficaz. Verificou-se neste texto que os fatores de risco para o câncer de colo uterino são identificados; os métodos de rastreamento para prevenção são conhecidos; programas governamentais de rastreamento são ofertados às mulheres gratuitamente; pesquisas realizadas identificam as barreiras que contribuem para a não adesão de mulheres aos programas e quais os fatores que dificultam o alcance da cobertura prevista nas campanhas. Portanto, apesar do empenho do Ministério da Saúde e dos profissionais em alcançar o público pretendido, podemos considerar que a abordagem de comunicação para com as mulheres almejadas pelos programas de prevenção ainda se mostra deficiente. Talvez porque esta abordagem possa estar sendo efetuada numa linguagem em que muitas mulheres não se identificam ou se sentem constrangidas por não terem suas histórias, vivências e valores contextualizados.

O receio que muitas mulheres apresentam ao se expor aos exames não deve ser apenas identificado e comunicado aos profissionais para que estes o realize em ambientes físicos de privacidade. É preciso muito mais. É preciso que os significados do corpo, da sexualidade, do feminino e do “ser mulher” sejam relevantes. É preciso perceber que a mulher, quando submetida ao exame, leva consigo mais do que um corpo. Ela leva sua história, seus valores, seus sentimentos, suas angústias, suas vivências, suas carências, seus medos, seu conhecimento e o seu desconhecimento. Portanto, a vivência de um procedimento, que pode parecer simples e comum para os profissionais, para mui-

tas mulheres pode ser uma experiência difícil e constrangedora. Cabe ao profissional facilitar a abordagem às mulheres. Contudo, para isso, mais do que a sensibilidade dos profissionais na percepção das necessidades femininas, é importante que estes se percebam. Ou seja, que percebam se sua atitude, seu gesto, sua forma de abordagem, sua linguagem e seu olhar não endossam conceitos preestabelecidos que não condizem com a realidade do público trabalhado.

No intuito de sensibilizar a mulher para a realização dos exames preventivos, a comunicação utilizada como estratégia de abordagem nas campanhas mereceria ter o cuidado de não transmitir mensagens que reforcem alguns valores historicamente construídos com respeito à sexualidade feminina, como os que as fragilizam e responsabilizam apenas as mulheres por suas práticas sexuais e de cuidados com o seu corpo.

Devido às questões culturais e históricas de submissão das mulheres aos seus parceiros, há que se considerar ainda que, em se tratando de doenças ginecológicas, pode haver grande dificuldade de diálogo entre estes; fator que também foi verificado como possível afastamento de mulheres das Unidades de Saúde. Assim, uma boa estratégia poderia ser a inclusão destes homens nos programas governamentais que envolvem as campanhas de prevenção para o câncer do colo uterino. Afinal, enquanto as estratégias forem pensadas de tal forma que apenas as mulheres sejam responsabilizadas, e que se estas não comparecerem aos exames estão “dizendo” que não possuem amor por elas mesmas, pode continuar difícil atingir as metas pretendidas nos programas de prevenção para o câncer do colo do útero.

Os fatores que desestimulam as mulheres, principalmente as que se encontram em grupos de maior vulnerabilidade social, a se envolverem nas campanhas preventivas para o câncer cérvico-uterino podem estar muito além de suas dificuldades econômicas e de seu desconhecimento sobre a importância de realização dos exames. Portanto, os projetos que pretendem incluir essas mulheres nas campanhas deveriam considerar as questões culturais que as envolvem. Para isso, é importante que a linguagem utilizada seja menos tecnicista e mais adequada aos seus interesses e necessidades. Então, cabe a pergunta: Será que os cartazes e panfletos, distribuídos nas campanhas para todo o Brasil, não deveriam passar as informa-

ções técnicas necessárias de forma adequada às diversas necessidades culturais, econômicas e sociais dos muitos “Brasis”?

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do câncer do colo de útero: manual técnico: profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do câncer do colo do útero: organizando a assistência: manual técnico*. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manua_assistencia.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2006.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CANELLA, P.; RODRIGUES, L. H. M. Sexualidade e câncer do colo uterino. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 311-316, 2002.

CESTARI, M. E. W. *A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Interinstitucional da USP, UEL e UNOPAR, Londrina, 2005.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2002.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-111, 2006.

- HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro, 2002a.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Viva mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro, 2002b.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro, 2004.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2005.
- MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (Coleção história e saúde).
- PAULA, A. F.; MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.
- PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004. Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_2/o8_298_04_Pelloso%20et%20al_Conhecimento%20das%20mulheres.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2006.
- REIS, A. C. et al. Quando as campanhas viram uma mania: avaliação da eficácia da campanha de controle do câncer de colo uterino realizada em Santos em 1998. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 93-100, maio/ago. 2003.
- RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FIEKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 117-234.
- SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G.; FAVERO, M. H. (Org.). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Livro Pleno, 2000. p. 43-70.
- ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Population Council, 1999. p. 346-365.

Recebido em: 26/03/2007

Reapresentado em: 13/03/2008

Aprovado em: 26/03/2008