

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: ADEÇÃO DE ENFERMEIROS E USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

UTERUS CANCER PREVENTION: ADHERENCE OF NURSES AND USERS TO THE PRIMARY CARE

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO: ADHESIÓN DE ENFERMEROS Y USUARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Francisco Antonio da Cruz Mendonça¹, Luis Rafael Leite Sampaio², Roberta Jeane Bezerra Jorge³, Raimunda Magalhães da Silva⁴, Andrea Gomes Linard⁵, Neiva Francenely Cunha Vieira⁶

Estudo qualitativo que objetivou analisar a compreensão de enfermeiros e usuárias da atenção primária sobre a adesão da prevenção do câncer de colo uterino. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, de setembro a novembro de 2008, com sete enfermeiros e 17 usuárias de Uruburetama-CE, Brasil, sendo analisados pelo método da análise de conteúdo. Observou-se a adesão dos enfermeiros e das usuárias relacionada ao autocuidado como motivo para busca da prevenção. Os enfermeiros apontaram deficiência na organização, do suprimento de insumos e da manutenção de materiais na atenção primária, como fatores que dificultavam a realização do exame, enquanto que para as usuárias, a vergonha, medo e nervosismo eram variáveis que retardavam a procura pelo atendimento. Os resultados do estudo apontam para a importância da prevenção como recurso importante para manutenção da saúde feminina, embora encontrem entraves para realização destas ações.

Descritores: Enfermagem; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Neoplasias do Colo do Útero; Atenção Primária à Saúde.

It's a qualitative study whose objective was to analyze the understanding of nurses and users of the primary care about the adherence to uterus cancer prevention. The data were collected through a semi-structured interview, in the period of September to November, 2008, with seven nurses and 17 users from Uruburetama, Ceara, Brazil, who were analyzed according to the content analysis method. The findings showed that the adherence of the nurses and the users was due to searching for prevention. The nurses point out some difficulties to supply the raw material for uterus prevention such as deficiency in the organization, limited supplements and materials for maintenance in the primary health care, whereas the users' barriers were shame, fear and nervousness which made them delay to search for cancer prevention. As a conclusion, this study shows the importance of prevention as main resource for women health, although they face some obstacles to do it.

Descriptors: Nursing; Cervix Neoplasms Prevention; Uterine Cervical Neoplasms; Primary Health Care.

Estudio cualitativo, que analizó la comprensión de enfermeros y usuarias de la atención primaria sobre la adhesión de prevención del cáncer de cuello uterino. Para recoger datos se utilizó la entrevista semiestruturada, de septiembre a noviembre de 2008, con siete enfermeros y 17 usuarias de Uruburetama-CE, Brasil, y analizados por el método del análisis de contenido. Se observó la adhesión de enfermeros y usuarias relacionada con el autocuidado como motivo para buscar la prevención. Los enfermeros señalaron deficiencia en la organización, en el suministro de insumos y en el mantenimiento de materiales en la atención primaria, como factores que impedían realizar el examen médico, mientras que para las usuarias, la vergüenza, el miedo y el nerviosismo eran variables que retrasaban la búsqueda de asistencia médica. Los resultados del estudio señalan la importancia de la prevención como recurso importante para preservar la salud femenina, aunque encuentren obstáculos para realizar estas acciones.

Descritores: Enfermería; Prevención de Câncer de Cuello Uterino; Neoplasias del Cuello Uterino; Atención Primaria de Salud.

¹ Enfermeiro do Hospital Municipal de Umirim-CE. Especialista em Saúde da Família. Professor da Graduação em Enfermagem da FANOR. Tutor da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Brasil. E-mail: fmendonca@fanor.edu.br

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Clínica. Bolsista CNPq. Mestrando em Farmacologia pela UFC. E-mail: sampaiolrl@hotmail.com

³ Enfermeira. Bolsista CNPq. Mestranda em Farmacologia pela UFC. Brasil. E-mail: robertajeane@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq — Nível 1C. Brasil. E-mail: rmsilva@unifor.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Coordenadora do PET-SAÚDE/UFMA. Brasil. E-mail: linard72@gmail.com

⁶ Enfermeira. PhD em Educação em Saúde. Diretora da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem e Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq. Brasil. E-mail: nvieira@ufc.br

Autor correspondente: Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Rua Antonio Gomes Guimarães, 150 Bairro: Papicu, Fortaleza-CE, CEP: 60.191-195. Brasil. E-mail: fmendonca@fanor.edu.br

INTRODUÇÃO

A Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU), ainda hoje, representa um sério problema de saúde pública. As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre elas a própria organização da saúde pública, a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência dos profissionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram 471 mil casos novos de câncer do colo do útero a cada ano, o que o torna o segundo câncer mais comum entre as mulheres no mundo. Quase 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento, onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres. A prevenção primária do câncer do colo do útero está principalmente relacionada à prevenção da infecção pelo HPV (*human papillomavirus*). A infecção crônica e persistente por alguns tipos oncogênicos deste vírus, sobretudo os do tipo 16 e 18, é o principal fator de risco para o câncer do colo do útero. Outros fatores de risco são multiparidade, tabagismo, coinfeção por outras doenças sexualmente transmissíveis e uso prolongado de contraceptivos orais⁽¹⁾.

Consoante ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, o câncer do colo do útero ocupa o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de quase 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos⁽²⁾.

No Brasil, para 2010, foram esperados 18.430 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, estima-se a ocorrência de 860 casos novos e, 260 em Fortaleza. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (23/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupa a segunda posição mais frequente e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000) a terceira posição⁽²⁾.

Conforme o INCA, o impacto esperado das ações de controle dos cânceres de mama e do colo do útero depende do alcance das ações do rastreamento. No Brasil, ainda é baixa a cobertura do rastreamento dessas duas patologias. A oferta de exames de Papanicolau para uma cobertura de 80% da população-alvo pode ser estimada

pela razão entre exames citopatológicos nesta população e número total de mulheres desta faixa etária⁽²⁾. O rastreamento, ainda que uma vez na vida, com aplicação de ácido acético pode levar a uma redução de 25% no risco de câncer cervical em países em desenvolvimento⁽³⁾.

Em decorrência desta situação epidemiológica, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a saúde da mulher como uma das prioridades e, ao reportar o câncer de colo uterino como um dos principais problemas de saúde pública por sua magnitude no Brasil e em todo mundo. Assim, foi elaborado o Caderno de Atenção Básica, específico sobre o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, destacando-se como documento orientador das competências e dos conhecimentos necessários para este nível de atenção.

Vale ressaltar que o governo do Brasil e de outros países, por meio de políticas sociais, tem se empenhado para reduzir esse quadro de implementação de programas de assistência à saúde da mulher. Assim, como resultado dessas políticas sociais, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o processo de implantação e implementação na década de 1990.

Dessa maneira, as peculiaridades dessa nova política de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), receberam influências pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. A existência desses programas e a gravidade dos fatos, contudo, evidencia que o câncer cérvico-uterino, ainda constitui um sério problema de saúde pública no país, apesar da necessidade de uma simples tecnologia, baixo custo para a prevenção e diagnóstico precoce do exame citopatológico⁽⁴⁾.

Surgiu o Pacto pela Vida como compromisso das quatro esferas de governo — federal, distrital, estadual e municipal. Dentre as prioridades deste pacto, está o controle do câncer, o qual prevê ações de rastreamento para o câncer de colo de útero e mama, os mais incidentes entre mulheres no Brasil⁽⁵⁾. As metas do Pacto pela Vida estão inseridas em um sistema informatizado, denominado SISPACTO, significando SIS sistema e PACTO uma alusão ao Pacto pela Vida. O tratamento de mulheres diagnosticadas com lesões precursoras de alto grau de risco para câncer de colo do útero é registrado no sistema de informações do Programa do Câncer de Colo de Útero no acompanhamento e tratamento de 100% das mulheres com resultados positivos para lesão de alto grau⁽²⁾.

Sendo assim, a atenção básica se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando o dinamismo existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária⁽⁵⁾. A assistência em saúde deve estar pautada com foco na própria comunidade, assistindo as necessidades de saúde, possibilitando atenção continuada e serviços preventivos, como a PCCU.

A adesão nos programas de prevenção do câncer de colo de útero pode ser melhorada quando as mulheres se consideram em risco para o câncer cervical e quando entendem o curso da infecção pelo HPV e o processo de prevenção do câncer cervical⁽⁶⁾. Diante dos dados epidemiológicos apresentados, leva-nos a inferir que há a necessidade de uma maior cobertura da PCCU em nível de atenção básica, em especial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

O profissional enfermeiro, em sua formação acadêmica, está habilitado realizar o exame citopatológico durante a realização da consulta de enfermagem e é respaldado pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86⁽⁷⁾. O enfermeiro, integrante da equipe, no âmbito da atenção básica de saúde, tem como atribuições específicas, entre outras, realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e disposições legais da profissão⁽⁴⁾.

Nesse sentido, compreende-se a relevância desse estudo pelo fato dos enfermeiros ao atuarem no nível de atenção primária à saúde podem desenvolver um papel de protagonista na mobilização e adesão das usuárias para a prevenção de câncer de colo de útero.

Ante tais fatos, surgiu o questionamento: qual a compreensão dos enfermeiros e usuárias para a adesão da PCCU na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Uruburetama-CE? Para responder a esta questão, buscou-se realizar uma investigação a respeito dessa prática entre usuárias e enfermeiros da atenção primária.

Em face do exposto, objetivou-se analisar a compreensão de enfermeiros e usuárias da atenção primária sobre a adesão da prevenção do câncer de colo do útero.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, que analisa a compreensão dos enfermeiros e usuárias sobre a adesão a PCCU na atenção primária de saúde, partindo das experiências dos informantes sobre o tema, no sentido de contribuir para a melhoria das ações de promoção de saúde da mulher. O caráter qualitativo do estudo ancora-se no fato de busca de significado sobre o objeto do estudo envolvendo os sujeitos e o ambiente onde o fenômeno ocorre⁽⁸⁾.

Foi desenvolvido em sete unidades de Saúde da Família do Município de Uruburetama-CE-Brasil, pertencente à 6ª Coordenadoria Estadual Regional de Saúde do Estado do Ceará. O Município possui oito equipes de ESF, sete com saúde bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Pela sua organização, a atenção primária constitui-se como o primeiro contato do usuário com o SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acesso ao serviço de saúde, vínculo e participação social⁽⁵⁾.

Participaram do estudo todos os enfermeiros, totalizando sete, que realizavam consulta de Enfermagem em saúde da mulher, no Ambulatório de Ginecologia das referidas unidades de saúde, e 17 usuárias atendidas por estes enfermeiros, que aceitaram, voluntariamente, participar do estudo, independentemente de raça, idade, religião ou condição conjugal. Quanto ao número de entrevistas, foi delimitado pelo critério da saturação.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2008, utilizando-se uma entrevista semiestruturada. Ante a entrevista, procurou-se, estabelecer clima de interação e respeito com os sujeitos da pesquisa, mas deixando-os livres para as respostas. Após o depoimento dos entrevistados, houve a explicação sobre a importância do exame e a realização correta de PCCU, na forma de contribuição para os profissionais e serviço.

Foi utilizado um consultório do ambulatório para as entrevistas, garantindo assim a privacidade e o anonimato dos informantes. As entrevistas foram gravadas com a devida permissão dos participantes e norteadas por questões abordando o perfil socioeconômico, a compreensão da adesão da PCCU, as dificuldades encontradas para a realização da PCCU e as sugestões para a melhoria do serviço.

Para a organização e análise dos dados, utilizou-se a análise categorial, processada com base num desmem-

bramento do texto, em unidades de categorias em um sistema de reagrupamentos analógicos⁽⁹⁾. Sendo assim, as categorias encontradas e que serão discutidas nos resultados foram: Compreensão sobre a adesão da prevenção do câncer de colo de útero, conforme os enfermeiros e usuárias; Dificuldades dos enfermeiros e usuárias na atenção básica para a realização do exame Papanicolaou; e Subsídios para melhoria do atendimento na prevenção de câncer de colo de útero.

Ressalta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza/CE, conforme parecer emitido Nº 107/2006, obedecendo às recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde, referente à pesquisa desenvolvida com seres humanos⁽¹⁰⁾. Com a finalidade de preservar a identidade dos sujeitos, assegurando-lhes o anonimato, no decorrer do trabalho, foi adotada como referência uma denominação da letra (E) para enfermeiros e (U) para usuárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados nas seguintes: a) Caracterização dos enfermeiros e usuárias; b) Compreensão sobre a adesão da prevenção do câncer de colo de útero, conforme os enfermeiros e usuárias; c) Dificuldades dos enfermeiros e usuárias na atenção básica para a realização do exame Papanicolaou; e d) Subsídios para melhoria do atendimento na prevenção de câncer de colo de útero.

a) Caracterização dos enfermeiros e usuárias

O perfil de faixa etária dos enfermeiros variou entre 27 e 32 anos, o que representa serem profissionais jovens. Predominou o sexo feminino, com cinco enfermeiras. A religião predominante foi a católica com seis representantes. Quanto ao estado conjugal, observou-se que cinco eram solteiras.

Estudo realizado no Município de Floriano-PI⁽¹¹⁾, envolvendo enfermeiros que trabalhavam na ESF, revelou que a faixa etária predominante foi entre 31 e 40 anos, com 87,7% dos sujeitos pertencentes ao sexo feminino. Esse dado não foge à caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em maioria, por mulheres.

Quanto à renda familiar, essa variou de 5,5 a 8,4 salários mínimos, na época em que o estudo foi realizado o salário mínimo era de R\$ 415,00. Em uma pesquisa pu-

blicada em 2007 foi verificado que todos os enfermeiros vinculados a atenção primária recebiam por volta de oito salários mínimos⁽¹¹⁾, este dado vem a corroborar com os resultados encontrados em nosso estudo. Ainda em relação aos resultados de nossa pesquisa constatamos que o tempo de serviço na atenção básica, variou entre sete meses e nove anos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, sendo que 57,0% tinham em média três anos de serviço.

Ainda em relação a pesquisa oriunda de 2007 o em relação ao tempo de serviço em atenção primária, 58,3% dos profissionais tinham mais de quatro anos de formados, 66,0% cursaram especialização⁽¹¹⁾. Em nosso estudo, todos os enfermeiros possuíam especialização em áreas diversificadas de conhecimentos, tais como saúde pública, saúde da família, formação pedagógica, auditoria e acupuntura.

Ressalta-se que o sistema organizacional de saúde deve oferecer condições para a qualificação profissional, a fim de que os profissionais possam melhor desenvolver suas atividades e, por conseguinte, beneficiar a organização, a clientela e a sociedade⁽¹²⁾.

A idade das usuárias atendidas na consulta ginecológica na ESF variou entre 19 e 54 anos, sendo a idade média de 31,4 anos. Todas se afirmaram católicas. A maioria, no total de 80,0%, era de casadas. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria cursou até o ensino fundamental. A renda familiar de oito era de até ½ salário mínimo e duas apresentaram renda familiar de ½ a um salário mínimo, retribuições provenientes de trabalhos da agricultura e dos programas do Governo federal, tais como Bolsa Família e Bolsa-Escola.

Observa-se que, no Brasil, o maior número de mulheres que realizam o exame Papanicolaou está abaixo de 35 anos de idade, enquanto o risco para a doença aumenta a partir dessa idade; e apenas 15% da população feminina acima de 20 anos realiza o exame Papanicolaou, considerando serviços públicos particulares⁽⁴⁾.

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requer a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina, investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação⁽⁴⁾. Sendo assim, a triagem citológica e colposcopia são muitas vezes mal adaptados aos países em desenvolvimento devido ao seu custo, grande necessidade de

infra-estrutura, pessoal treinado, e o longo tempo entre o momento em que o teste ocorre e quando os resultados são avaliados⁽¹³⁾.

O fato de as usuárias apresentarem baixo nível de escolaridade é um fator determinante para o profissional compreender que consulta ginecológica deve acontecer numa abordagem simples e direta, para ser captada e entendida por todas as mulheres; assim como o baixo nível socioeconômico, que constitui característica marcante na associação com o câncer de colo uterino, relacionado a grupos com maior vulnerabilidade social. Esses grupos enfrentam significativas barreiras para o acesso à rede de serviços, marcados por dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, tais como medo de realizar o exame e preconceito dos companheiros⁽⁴⁾.

b) Compreensão sobre a adesão da prevenção do câncer de colo de útero, conforme os enfermeiros e usuárias

Entre as usuárias entrevistadas, é reconhecida a necessidade de realizar a PCCU, assim como a sua periodicidade e a forma correta de fazerem tal prevenção. Elas anualmente procuram um profissional de saúde para realizar o exame de colpocitologia oncológica ou Papanicolaou: É melhor descobrir logo a doença antes que seja tarde demais, melhor prevenir do que remediar (U2). *Minha mãe sempre faz e disse que é importante fazer, também a agente de saúde que vai lá em casa manda a gente vir fazer, pois a prevenção serve para prevenir* (U3). *Sei que é bom fazer para saber se tem alguma doença, vou fazer porque tenho dor no pé da barriga e tenho medo* (U13).

Sabe-se que a cura do câncer de colo de útero é de quase 100% quando detectado em tempo hábil através do exame Papanicolaou, que faz parte do exame ginecológico de rotina, disponível em todas as unidades básicas de saúde. As mulheres entre 25 e 59 anos devem realizar o exame periodicamente. De início, é recomendado um exame por ano, e, no caso de dois exames normais seguidos, com intervalo de um ano entre eles, o exame deverá ser feito a cada três anos⁽²⁾. Pode-se notar no relato a seguir que: *sempre venho fazer esse exame, de vez em quando, acho que não passo mais de um ano sem fazer não* (U1). Este dado revela que há desconhecimento por parte da usuária, quanto a este procedimento em relação à adesão do PCCU. Sendo necessário que a usuária seja esclarecida quanto a normatização do Ministério da Saúde.

Sabe-se que o exame colpocitológico apresenta alta eficácia para o diagnóstico precoce, além de ser um método aceito pela população e comunidade científica, seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo⁽²⁾.

Acrescenta-se ainda que usuárias e enfermeiros reconhecem a importância desse exame, porém relataram o sentimento de vergonha ao realizar o PCCU: *Tenho vergonha, nunca fiz a prevenção, mas vou fazer porque é importante para evitar doença, cuidar logo, enquanto é cedo* (U7). *É pensar na vida, é preciso perder a vergonha. É preciso pensar na nossa saúde e fazer a prevenção* (U10). *Algumas mulheres apresentam vergonha, mas elas sabem da importância desse exame para garantir uma melhor saúde para ela* (E5).

Em pesquisa realizada com 14 mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, sobre as práticas de PCCU desenvolvidas nestes serviços, identificou-se que prevenção significa para elas como algo que impeça a doença de aparecer, ou seja, alguma ação que evite, interceda, até mesmo estacione o processo de adoecimento⁽¹⁴⁾.

Outro estudo realizado com usuárias de uma unidade básica de saúde citou como principais métodos preventivos a realização do exame preventivo do câncer de colo do útero e de mama, o acompanhamento médico periódico e o uso do preservativo contra doenças sexualmente transmissíveis⁽¹⁵⁾. Assim, nota-se que o exame de inspeção visual com ácido acético, seguido de tratamento imediato, demonstrou uma redução na mortalidade por câncer cervical de até 66%⁽¹⁶⁾.

A PCCU deveria ser discutida em primeira instância no próprio domicílio das mulheres, durante as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), envolvendo e mobilizando inclusive todas as mulheres da casa e suas famílias. As falas a seguir mostram como as visitas dos ACS e o apoio social da rede familiar tem sua contribuição para ajudarem na autonomia das mulheres: outra relatou: *Ela (ACS) deu um exemplo, na época em que ficou doente, não tinha prevenção no posto. Fez queimação em Fortaleza, pois não tinha a facilidade que tem hoje* (U14). Um enfermeiro reforçou a ideia: *contamos com o apoio da agente de saúde que incentiva as usuárias a procurarem o serviço de saúde, uma vez que esse exame é de extrema importância para a saúde da mulher* (E3).

Observa-se que na prática, o ACS é o profissional da equipe de Saúde da Família que vai rotineiramente às casas das famílias acompanhadas. É ele quem faz a comunicação entre as famílias e os demais profissionais da

equipe e estabelece a relação famílias/unidade de saúde; e o mesmo deve orientar as pessoas quanto aos cuidados de saúde, sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, para uma integralidade na atenção.

O ACS possui um papel importante no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, pois atua como elo entre a comunidade e os demais membros da equipe, principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, o qual pode proporcionar confiança, solidariedade e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde⁽¹⁷⁾.

c) Dificuldades dos enfermeiros e usuárias na atenção básica para a realização do exame Papanicolaou

As dificuldades apontadas pelas usuárias deste estudo variaram desde vergonha, medo, nervosismo e até mesmo pelo fato de ser um profissional de saúde do sexo masculino quem está realizando a PCCU, podendo-se observar nos relatos a seguir: Às vezes, tenho um pouco de vergonha, medo, de dar alguma coisa séria no exame (U11). *Também porque é feito por um doutor (enfermeiro)* (U4). Outra usuária referiu: *tenho vergonha de fazer a prevenção. A auxiliar de enfermagem conversou comigo e me acalmou* (U8).

Vale ressaltar, ainda, que existe uma questão cultural que deve ser valorizada, pois a percepção de mundo de cada ser humano é influenciada por seus valores, sua cultura, sua raça, suas experiências vividas, suas crenças, suas expectativas de vida e ideias pre-concebidas e elaboradas ao longo de sua vida. Este modo de ser, viver, sentir e perceber o mundo traduz-se nos comportamentos observáveis de um indivíduo ou de uma coletividade perante as diversas situações cotidianas, entre elas, as que envolvem o processo saúde-doença⁽¹⁸⁾.

Considerando que a promoção da saúde ocorre pelo autocuidado, algumas usuárias não relataram dificuldades em realizar a PCCU: *Não tenho dificuldades em realizar a prevenção* (U5). *Eu não venho fazer por descuido, a prevenção do câncer do útero não é um caso de vergonha, a saúde da gente é mais importante* (U12).

Na fala a seguir pode-se observar, por exemplo, o aparecimento da educação em saúde, seja ela por meio da mídia, ou mesmo pela família contribuem para o êxito da PCCU: *Minha mãe conversou comigo, ela sempre fazia a prevenção, hoje está bem melhor, tem cartaz, televisão que incentiva*

(U4). Depois da palestra, fiquei mais tranquila e resolvi fazer o exame (U8).

Estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não-atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estão relacionadas às questões culturais, medo de dor, vergonha, religião, desconhecimento do exame e parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo⁽⁴⁾.

Sobre este assunto, no depoimento a seguir, um parceiro que não permite a sua mulher realizar o exame de PPCU, e isso denota uma questão cultural em que a masculinidade pretende sobrepor a feminilidade: *o único problema é meu marido que não deixa fazer esse exame, quando venho fazer, digo que vou me consultar de dor de cabeça* (U3).

Nesta mesma linha de raciocínio, um profissional identificou também: *a adesão de algumas pacientes, a vergonha de fazerem o exame, o medo, a preocupação, a dor, a não aceitação por parte de alguns maridos e companheiros da realização do exame e o próprio medo gerado pelas mulheres quanto ao resultado do exame* (E3). Estes achados corroboram uma pesquisa realizada em Fortaleza-CE, uma vez que algumas usuárias relataram ao realizar o primeiro exame preventivo, sentimentos como vergonha, medo, tensão e desconforto⁽¹⁹⁾.

Nos depoimentos dos enfermeiros pesquisados, destaca-se a importância da organização, do suprimento e da manutenção de materiais na Estratégia Saúde da Família para a realização da PCCU. As falas a seguir evidenciam claramente: *Falta de espécimen descartável para realizar o exame* (E4). *Demora do resultado dos exames* (E3). *Contra-referência das unidades de referências*. (E5). Outro profissional abordou outros empecilhos como: *no serviço há falta de estrutura, sala inadequada, fluxograma e logística inadequada* (E7).

Dessa forma, pode-se observar o valor atribuído pelos profissionais entrevistados, advindos dos relatos quando questionados sobre as dificuldades para a realização da PCCU, e, nesse sentido, existe outra dificuldade relatada quanto ao fato de serem enfermeiros do sexo masculino que realizam o exame, e em outras unidades básicas de saúde, a demanda de mulheres é significativa: *a resistência também pelo fato de alguns postos ser o enfermeiro que realiza o exame, pois a demanda é grande, ou seja, tem muitas mulheres que querem fazer o exame e procuram outra unidade* (E1).

Estudo realizado com 16 enfermeiros, no Município de Juiz de Fora-MG, sobre a consulta de enfermagem

na atenção básica, identificou o fato de que as principais dificuldades foram o excesso de atividades burocráticas e deficiências na estrutura física da unidade de saúde⁽²⁰⁾. Para diminuir as dificuldades e aumentar as possibilidades de atuação do enfermeiro, devem ocorrer melhoria das Unidades Básicas de Saúde, reconhecimento dos trabalhadores e garantia de acessibilidade de toda a população aos serviços. Ressalta, ainda, que o enfermeiro da atenção básica tem oportunidade de ultrapassar o conhecimento biológico e estabelecer as relações entre o processo saúde-doença, tendo como base os dados epidemiológicos que fornecem subsídios para viabilizar ações capazes de causar um impacto positivo na saúde da população.

Outro profissional comentou a importância da atividade de educação em saúde nas ações no contexto da atenção básica, no entanto, existem dificuldades que impedem a realização desse ato, como se pode observar a seguir: *para realizar a PCCU, a dificuldade que encontro está, principalmente, em reunir as pacientes para realização de palestras educativas. As pacientes da zona urbana não valorizam a educação em saúde* (E7).

Sob tal aspecto, os profissionais de saúde carecem buscar estratégias inovadoras de abordagem da clientela para motivar as mulheres a comparecer às palestras educativas. Na busca destas estratégias, se faz necessário direcionar atividades clínicas para além do rastreamento dos fatores de risco, manifestando na conduta profissional atitudes preventivas e de promoção de saúde que envolvam a educação para a saúde na óptica da qualidade de vida.

Por conseguinte, entende-se que a educação se faz necessária no esclarecimento da população feminina sobre seus direitos na esfera do Sistema Único de Saúde, inclusive no que concerne ao direito de se prevenir contra o câncer cérvico uterino.

Para que ocorra a integralidade das ações, deve-se enxergar o ser humano como um todo, nos seus aspectos biopsicossociais, bem como constituir e fortalecer uma rede de atenção à luz desse princípio e da hierarquização nos diversos níveis de atenção à saúde⁽²¹⁾. É preciso, também, reforçar a importância das atividades de Educação em Saúde para uma consciência crítica e reflexiva quanto a PCCU.

Sendo assim, ficou evidenciado pelos enfermeiros a responsabilidade, como profissional de saúde: *a importância de prevenir a população, a prevenção do câncer de colo*

(E6). Outro acrescentou: *sabemos que o câncer de colo de útero é uma das principais causas de morte em mulheres no Brasil. O exame tem baixo custo e alto valor de diagnóstico precoce, portanto tem grande importância no combate ao câncer de colo de útero* (E3).

Existe outro profissional que, no entanto não encontra dificuldades para a realização da PCCU, assim como a usuária do serviço: *não tenho dificuldades em relação ao serviço* (U9). *Na verdade não encontro dificuldades, pois sempre falta vaga para as mulheres realizarem a prevenção* (E2).

Faz-se necessário os profissionais de saúde recordarem os comportamentos e atitudes que permeiam o pensar e o sentir da mulher sobre a realização desse exame⁽¹⁹⁾. No que diz respeito aos profissionais da Saúde da Família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, passam a desenvolver relações interpessoais, reforçando, assim, a confiança para discutir as representações sociais/individuais/culturais sobre a sexualidade e a importância da prevenção contra o câncer do colo uterino.

d) Subsídios para melhoria do atendimento na prevenção de câncer de colo de útero

Pode-se observar o valor atribuído pelos profissionais entrevistados, por intermédio dos seus relatos suscitados pelo questionamento quanto às sugestões para a realização da PCCU: *seria bom que tivesse espéculo descartável* (E1). *Um médico ginecologista no município para encaminhar os casos mais complicados.* (E5). *Capacitação dos profissionais que atuam na atenção básica* (E6). *O município comprar um colposcópio* (E1).

O Ministério da Saúde recomenda que, para a realização do exame ginecológico, além da preocupação com o acolhimento, e o fornecimento das informações pertinentes às ações do controle do câncer do colo do útero, o consultório deve estar devidamente equipado com mesa ginecológica, escada de dois degraus, mesa auxiliar, foco de luz com cabo flexível, biombo ou local reservado para troca de roupa, cesto para lixo e espaço físico adequado. Quanto ao material para coleta, são necessários espéculos de tamanhos variados, devendo ser preferencialmente descartáveis, balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável, lâminas de vidro com extremidade fosca, espátula de Ayres, escova endocervical, par de luvas para procedimento, pinça de Cherron, solução fixadora, álcool a 96% ou polietilenoglicol líquido, gaze, recipiente para acondicionamento das lâ-

minas, formulários de requisição do exame citopatológico, fita adesiva de papel para a identificação dos frascos, lápis grafite preto nº 2, lençóis, avental ou camisola para a mulher, de preferência descartável⁽⁴⁾.

Sabe-se que a colposcopia apresenta alta sensibilidade, em torno de 96%, e baixa especificidade, com 48%, que causa elevada taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento, sendo um método desfavorável. Se em dois exames citopatológicos subsequentes semestrais, na Unidade Básica de Saúde, o resultado de alguma citologia de repetição for sugestiva de lesão igual ou mais grave a células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, a mulher deverá ser referida à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata⁽⁴⁾.

Assim, a recomendação dos enfermeiros que atuam na ESF acerca do uso de espéculos descartáveis está em consonância com o que propõe o Ministério da Saúde. Em relação ao emprego do colposcópico apontado por três enfermeiros da atenção primária à saúde, não está em acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Um estudo realizado em Santa Catarina com 16 enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde, entre as questões abordadas pelas enfermeiras como precárias, foram indicadas os meios para o desenvolvimento de práticas educativas, a falta material e suporte técnico-financeiro, a não disponibilização de espéculos descartáveis para a realização dos exames e a falta do colposcópico⁽²¹⁾.

Muitas vezes a falta desses materiais pode decorrer de um descompasso da relação entre a previsão de uso, a licitação pública pela Secretaria e o repasse para as necessidades das Unidades. Estas, dentre outras, são questões necessárias para serem definidos os instrumentos de trabalho adequados para alcançar a finalidade de prevenir o câncer ginecológico. Portanto, há necessidade de modificar o enfoque que está sendo dado para distribuição de espaço, material e qualificação de pessoal.

Em estudo com objetivo de avaliar a precisão da inspeção visual combinando com o uso do Ácido Acético e Lugol realizado por enfermeiros, do programa de PCCU implantado em áreas de baixos recursos em toda a América Latina. Observou-se que esta estratégia representa uma excelente opção para o controle do câncer do colo do útero. No entanto, estas estratégias devem ser consideradas primeiramente para populações de alto risco e com baixo acesso ao acompanhamento contínuo. Dessa forma, o máximo benefício poderia ser conseguido, ques-

tões básicas tais como o fornecimento do teste, treinamento profissional, controle da qualidade, e a integração com atividades rotineiras devem ser considerados como limitações possíveis para programas bem sucedidos⁽²²⁾.

Outros profissionais apontaram a necessidade de sensibilização por parte dos gestores para a melhoria da atenção à saúde da mulher: *Para melhorar o serviço, primeiramente deve-se sensibilizar os gestores e os profissionais quanto à importância do exame, da estrutura adequada para a realização deste (E2). Reciclagem dos profissionais envolvidos, a equipe do Programa Saúde da Família, laboratório, etc. a cada dois anos (E4). Melhorar o fluxograma e a logística do transporte das lâminas (E7).*

Evidenciou-se o fato de que o êxito no rastreamento do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais de saúde, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, respeitando as diferenças culturais entre as mulheres e focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos⁽²¹⁾.

Estudo realizado com 14 usuárias em Ribeirão Preto, São Paulo, relacionou o atendimento integral dos profissionais com características do acolhimento, do vínculo, escuta, atenção e da proximidade afetiva (tecnologias leves), sugerindo que o conhecimento popular reconhece essas tecnologias como características inerentes ao bom profissional⁽²³⁾. Portanto, as práticas humanizadas com responsabilização profissional/equipe favorecem cuidado integral fortalecendo o vínculo das usuárias com os serviços de saúde e a promoção da saúde.

Percebe-se a sugestão pela agilidade dos resultados dos exames de PCCU, conforme relatos a seguir: *a não demora pelos resultados dos exames (U10). Se fosse uma enfermeira (U4). Essa sugestão pode estar atrelada a uma questão cultural, em que as mulheres tem vergonha de se expor intimamente para a realização da PCCU; entretanto, existe também usuária preocupada com a sua saúde: é pensar na vida, pois vale tudo, é preciso perder a vergonha para ajudar a pessoa a resolver algum problema que possa ter, mas não tem problema se é doutor ou doutora. É preciso aceitar a fazer, e deixar a vergonha e pensar na saúde da gente (U1).*

É importante que os profissionais de saúde se lembrem das elaborações que permeiam o pensar e o sentir da mulher sobre a realização desse exame, e que devem

ser considerados⁽²⁰⁾. Sendo assim, o enfermeiro que atua nas ações básicas e desenvolve ações coletivas com o objetivo de orientar a população sobre medidas preventivas, promove a consulta de enfermagem, amplia o vínculo e o compromisso entre profissionais de saúde e usuários, procurando seguir as recomendações do Ministério da Saúde e estudos baseados em evidências científicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que na atenção primária à saúde há necessidade de tomadas de decisões gerenciais e assistenciais para promover uma melhor adesão das usuárias e dos profissionais de saúde no PCCU, no sentido de co-responsabilização no compromisso do Pacto pela Vida.

As dificuldades apontadas pelos enfermeiros para a adesão do PCCU foram: a deficiência da organização, do suprimento e da manutenção de materiais na ESF, enquanto, para as usuárias, estão a vergonha, medo, nervosismo e até mesmo pelo fato de ser um profissional do sexo masculino que realizava esse exame. Quanto às sugestões para melhorar o serviço, os profissionais apontaram uma melhor logística do serviço de saúde, gestão em saúde e capacitação dos profissionais. Em relação às usuárias, foram indicadas a não-demora pelo resultado do exame, uma profissional do sexo feminino para realizá-lo e receber orientações para o autocuidado.

Percebeu-se que, por meio das falas, a maioria dos enfermeiros e das usuárias envolvidas neste estudo apresentou um conhecimento popular bastante elaborado do conceito de prevenção. Para que haja uma qualificação das práticas da PCCU, devem ser reforçadas as práticas de Educação em Saúde pela ESF com as usuárias para reduzir a vergonha, o medo e a tensão das mulheres, não apenas na realização da coleta do material, mas também, na consulta de retorno para apresentar o resultado, contribuindo, dessa forma, na PCCU, e de outras patologias ginecológicas essenciais para a promoção da saúde da mulher.

Portanto, como profissionais e educadores, é preciso trabalhar nos diversos programas da Saúde Pública, assistindo as usuárias com uma visão voltada para a integralidade da assistência, pois atualmente existe uma realidade social que necessita de ajuda.

Os achados apresentados e discutidos poderão subsidiar reflexões acerca dessa atividade assistencial

que garanta o direito da mulher à qualidade dos serviços de saúde na atenção básica. Uma vez que o problema já existe, o profissional de saúde tem a incumbência de promover a saúde, de rastreá-la precocemente, por meio das consultas comunitárias e ginecológicas e tratá-la, evitando a progressão das lesões para danos mais complexos que demandem atenção mais especializada e mais onerosa para o SUS.

Sugere-se aos gestores uma melhor logística quanto aos insumos de materiais e capacitação de recursos humanos. Assim sendo, poderá acontecer uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de PCCU; uma prática clínica com envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e de poder dialogar sobre seu processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Scarinci IC, Garcia FA, Kobetz E, Partridge EE, Brandt HM, Bell MC, et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. *Cancer*. 2010; 116(11):2531-42.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Goldie SJ, Gaffikin L, Jeremy D, Goldhaber-Fiebert AB, Gordillo-Tobar A, Levin C, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005; 353(20):2158-68.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Massad LS, Evans CT, Wilson TE, Goderre JL, Hessol NA, Henry D, et al. Knowledge of cervical cancer prevention and human papillomavirus among women with HIV. *Gynecol Oncol*. 2010; 117(1):70-6.
7. Primo CC, Bom M, Silva PC. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher No programa saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(1):76-82.
8. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3):507-14.

9. Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. *ALEA: Estudos Neolatinos*. 2005; 7(2):305-22.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl):15-25.
11. Rocha JBB, Zeitouné RCG. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(1):46-52.
12. Nascimento IJ, Leitão RER, Vargens, OMC. A qualidade nos Serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidade Básicas de Saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(3):350-6.
13. Blumenthal PD, Gaffikin L, Deganus S, Lewis R, Emerson M, Adadevoh S. Cervical cancer prevention: safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach in Accra, Ghana. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196(4):407-9.
14. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Prática e significado da prevenção do câncer de colo uterino e a saúde da família. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(4):580-3.
15. Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007; 7(1):31-8.
16. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Mowonge R, Swaminathan R, Shanthakumar S. Effect of visual screening on cervical incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet*. 2007; 370(9585):398-406.
17. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente Comunitário de Saúde: percepções na Estratégia da Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4):645-52.
18. Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Sci. Health Sci*. 2004; 26(2):319-24.
19. Sousa IGS, Moura ERF, Oliveira NC, Eduardo KGT. Prevenção do câncer de colo de útero: percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais. *Rev Rene*. 2008; 9(2):38-46.
20. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(1):124-30.
21. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl. 2):S303-13.
22. Murillo R, Luna J, Gamboa O, Osório E, Bonilla J, Cendales R. Cervical cancer screening with naked-eye visual inspection in Colombia. *Int J Gynecol Obstet*. 2010; 109(3):230-4.
23. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Potentialities in integral care: uterine cervical cancer prevention according to the users of the family health strategy. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(3):426-30.

Recebido: 04/11/2009

Aceito: 01/09/2010