



ORIGINAL ARTICLE

PRIMARY HEALTH CARE OF WOMEN: AN EDUCATIONAL-PREVENTIVE
APPROACH TO COMBAT CANCER CERVICALATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER: UM ENFOQUE EDUCATIVO-PREVENTIVO NO
COMBATE AO CÂNCER DE COLO DE ÚTEROATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA MUJER: UN ENFOQUE PREVENTIVO-EDUCATIVO PARA COMBATIR EL
CÂNCER DE CUELLO UTERINO*Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado¹, Carmen Lúcia Paiva Silveira²*

ABSTRACT

Objective: analyzing the acceptance of women in the Polyclinic Dr. Evaristo Pereira de Carvalho for performing the Pap examination, linked to SUS (Health Unique System), in Muriaé, Minas Gerais. **Method:** quantitative research, which had the object of the study 76 women. The criteria for inclusion in the study were: having a cervical smear with the nurse researcher, participation in the waiting room, accompanied by a period of one year. It was used for the data collection a questionnaire administered to participants after the educational lectures in the waiting room. The study was approved by the Ethics Committee on Faminas Muriaé under protocol number 007/2008. **Results:** we could see the influence of the practices of health education in the accession of women to take preventive and return in range for carrying out further tests. **Final considerations:** There was the importance of educational practices that affected women, which had the positive consequence of the accession of all the Pap test. **Descriptors:** education's health; primary health care; women's health; papanicolau exam.

RESUMO

Objetivo: analisar a adesão ao exame Papanicolau das mulheres da Policlínica Dr. Evaristo Pereira de Carvalho, em Muriaé, Minas Gerais, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** pesquisa quantitativa, que teve como objeto do estudo 76 mulheres. Os critérios para inclusão no estudo foram: realização do preventivo com a enfermeira pesquisadora; participação na sala de espera, acompanhamento por um período de um ano. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário aplicado às participantes após as palestras educativas na sala de espera. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na FAMINAS de Muriaé sob o protocolo de aprovação 007/2008. **Resultados:** pôde-se verificar a influência das práticas de educação em saúde na adesão das mulheres ao exame preventivo, e o retorno no intervalo indicado para a realização de novos exames. **Conclusão:** observou-se a importância das práticas educativas que sensibilizaram as mulheres, as quais tiveram como consequência positiva a adesão de todas ao exame de Papanicolau. **Descritores:** educação em saúde; atenção primária à saúde; saúde da mulher; exame papanicolau.

RESUMEN

Objetivo: examinar la adhesión a la Policlínica de Papanicolaou de la Mujer Dr. Evaristo Pereira de Carvalho, en Muriaé, Minas Gerais, vinculada a la del SUS. **Método:** la investigación cuantitativa, que tenía por objeto el estudio de 76 mujeres. Los criterios para su inclusión en el estudio fueron: tener una citología cervical con la enfermera investigadora, la participación en la sala de espera, acompañado por un período de un año. Se utilizó como un instrumento de recolección de datos de un cuestionario aplicado a los participantes después de las charlas educativas en la sala de espera. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Muriaé hambre bajo la aprobación del protocolo 007/2008. **Resultados:** se pudo ver la influencia de estas conferencias en el cumplimiento de estas mujeres para que tomen medidas preventivas cuando regresaban de un intervalo de aproximadamente un año para llevar a cabo exames. **Consideraciones finales:** nuevo destacó la importancia de las prácticas educativas que las mujeres afectadas, que tuvo la consecuencia positiva de la adhesión de todas las pruebas de Papanicolaou. **Descriptores:** educación salud; atención primaria de salud; salud de la mujer; prevención de cáncer de cuello uterino.

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); pós-graduada em Formação Pedagógica dos Profissionais de Saúde área Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública; mestrado em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente pelo Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI). Atualmente é Professora da Universidade Federal de Viçosa. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde da Família. Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: enfermeiramara@yahoo.com.br; ²Possui graduação em Farmácia/Bioquímica pela Universidade Federal Fluminense, mestrado em Química de Produtos Naturais pela UFRJ, doutorado em Ciências pela UNICAMP e pós-doutorado em Farmacologia, Toxicologia e Síntese de Fármacos pelas Universidades de Maryland e de Mississippi (Estados Unidos), respectivamente. Professora titular do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: enfermeiramara@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A história natural do câncer do colo do útero é descrita, classicamente como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos, o que permite à mulher chances de uma detecção precoce da patologia, tratamento e inclusive a cura.¹

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. Essas transformações são denominadas neoplasias intra-epitelial cervical, que podem ser descritas como desordenação e desarranjo das células epiteliais pavimentosas. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas. Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero.²

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero, a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas da mulher e de seu parceiro, principalmente o Papiloma Vírus Humano (HPV), a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.²

A relação entre HPV e o câncer do colo do útero é cerca de 10 a 20 vezes maior do que o tabagismo e o câncer de pulmão.¹

Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais representa o

principal fator de risco para o desenvolvimento da doença.²

A infecção pelo HPV é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns em todo o mundo. O Brasil é um dos líderes mundiais em incidência de HPV. As vítimas preferenciais desse vírus são mulheres entre 15 e 25 anos.

No Brasil, segundo INCA, o câncer de colo uterino representa a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas para a população feminina nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste.¹ O INCA estima que parte das mulheres acometidas por essa patologia virá a óbito, devido ao tratamento tardio, visto que a mesma pode levar anos para manifestar sintomatologia.³

O câncer do colo do útero de forma geral, corresponde a cerca de 15% de todos os tipos de cânceres femininos. Em alguns países em desenvolvimento, é o tipo mais comum de câncer feminino, enquanto que em países desenvolvidos chega a ocupar a sexta posição. Na América Latina e no Sudeste Asiático, as taxas de incidência são geralmente altas, enquanto na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu, são consideradas baixas. As taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam elevadas no Brasil e, do ponto de vista temporal, vem aumentando.²

Baseado nesses conceitos e definições o profissional enfermeiro deve buscar práticas educativas em saúde para prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida das mulheres. A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinado ao desenvolvimento humano.⁴

No Brasil, instituiu-se a educação em saúde no âmbito da saúde pública, orientando novas práticas, e só mais tarde constituiu-se em área de estudo e pesquisa. Verifica-se que, dentre várias, duas dimensões dessa disciplina se destacam e persistem atualmente. Uma primeira envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. A outra tendência, caracterizada como promoção da saúde pela Organização Mundial da Saúde, inclui os fatores sociais e ambientais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar é construído socialmente.⁵

Os profissionais de saúde costumam pensar a educação como um meio capaz de modificar comportamentos da população no nível individual e, assim, de criar uma cultura da saúde ou de vida saudável.⁶

A Enfermagem desempenha papel importante no processo saúde-doença, porque atua nos diferentes níveis de prevenção. Suas ações preventivas não devem ser estáticas ou isoladas, mas formar um elo contínuo na história natural de qualquer distúrbio. Os programas e serviços curativos são importantes, mas é fundamental procurar meios para reduzir a necessidade de sua utilização.⁷

No Brasil as taxas de câncer de colo de útero são elevadas, segundo o Ministério da Saúde, baseado nessa afirmativa, o foco da pesquisa foi trabalhar a prevenção desse tipo câncer.¹ Facilitar o acesso da mulher na realização do preventivo do câncer de colo de útero na Policlínica Dr. Evaristo Pereira de Carvalho em Muriaé, Minas Gerais, através da busca ativa do serviço de enfermagem, assim como, de torná-lo um procedimento efetivo na rotina destas mulheres é que se originou a relevância dessa pesquisa, já que no município nem todos os serviços de atenção básica existe a coleta de preventivo pelos enfermeiros.

OBJETIVO

- Analisar a adesão ao exame de Papanicolau (preventivo) das mulheres da Policlínica Dr. Evaristo Pereira de Carvalho, em Muriaé, Minas Gerais.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na FAMINAS de Muriaé sob o protocolo de aprovação 007/2008, cumprindo os princípios éticos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado na Policlínica Dr. Evaristo Pereira de Carvalho, em Muriaé, Minas Gerais, a qual é vinculada ao SUS, esta funciona como referência para outras unidades de saúde do município. A pesquisa foi desenvolvida de agosto de 2007 a agosto de 2008. Do universo de 400 mulheres atendidas na Policlínica, 150 mulheres realizaram o preventivo com a enfermeira, as outras foram atendidas pelo único ginecologista que atende no local. Foram selecionadas 76 mulheres como participantes. Os critérios para inclusão no estudo foram: (1) mulheres que optaram em realizar o preventivo com a enfermeira pesquisadora; (2) participantes da sala de espera; e acompanhamento durante o período de um ano.

As participantes do estudo possuíam idade entre 16 a 72 anos, divididas em mulheres em idade fértil, no período da menopausa e pós-menopausa. A escolha da faixa etária deu-se

desde a mais a jovem até a mais idosa da amostra selecionada.

O método proposto para o estudo foi de uma pesquisa quantitativa, que é muito utilizado no desenvolvimento das pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos/causas e efeitos.⁸

Foi elaborado um questionário com 21 questões para coleta dos dados. Os sujeitos participantes deste estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário foi aplicado após a realização das palestras na sala de espera da unidade, antecedendo o procedimento da coleta de preventivo pela enfermeira. Foi ministrado um total de 12 palestras, perfazendo uma média de uma palestra/mês durante o período de realização da pesquisa. Esse momento tornou-se um espaço fundamental na sensibilização das mulheres em aderir ao preventivo como rotina, pois as práticas teóricas-educativas aconteciam no momento em que antecedia a coleta do exame.

O prontuário de cada paciente foi fundamental para o estudo, pois serviu como um registro seguro para anotações sobre a coleta do preventivo, até a entrega do resultado e a possível conduta realizada com este. Além de ter sido importante para analisar a amostra estudada com relação ao retorno destas no período orientado.

Posteriormente, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com medidas de frequência simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados quantitativamente, referentes à distribuição das mulheres segundo as variáveis: demográfico-sócio-culturais e os fatores de risco que predispõem o aparecimento do câncer cérvico uterino; a distribuição das mulheres deu-se segundo as variáveis obstétricas; utilização de métodos contraceptivos e amamentação; variáveis sintomatológicas associadas à relação sexual e potencial de infecção ginecológica e a distribuição das mulheres segundo as variáveis ginecológicas com enfoque no exame preventivo.

Do universo de 76 mulheres que responderam o questionário, a faixa etária predominante abrangeu a idade entre 16 e 30 anos, representada por 39,5%, seguido da faixa etária de 41 a 60 anos totalizando 36,8% das entrevistadas, observa-se ainda que 15,8%

Prado MPMC do, Silveira CLP.

estão na faixa etária de 31 a 40 anos e 7,9% das participantes maiores de 60 anos, conforme tabela 1.

De acordo com o Ministério da Saúde, o pico de incidência de câncer de colo de útero situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos.² Apesar da baixa incidência dessa doença nessa pesquisa, pode-

Primary health care of women: an educational-preventive...

se observar a preocupação das mulheres mais jovens em prevenirem-se contra o câncer. Um achado muito significativo foi a procura das mulheres de 40 a 60 anos, que representa o segundo maior grupo das participantes do estudo, e é importante enfatizar a adesão destas sobre o acompanhamento mais estreito nesta faixa, devido aos riscos de câncer de colo de útero.

Tabela 1. Distribuição das mulheres por variáveis demográfico-sócio-culturais e fatores de risco que predispõem o aparecimento do câncer cérvico uterino. Viçosa, 2007/2008.

Variáveis	N	%
Idade (Anos)		
16 - 30	30	39,5
31 - 40	12	15,8
41 - 60	28	36,8
Mais de 60	06	7,9
Total	76	100
Escolaridade	N	%
Nenhuma	03	3,9
Primário	52	68,5
Secundário	20	26,3
Universitário	1	1,3
Total	76	100
Estado Civil	N	%
Casada	56	73,7
Solteira	16	21,1
Viúva	03	3,9
Não respondeu	01	1,3
Total	76	100
Fumante	N	%
Sim	20	26,3
Não	56	73,7
Total	76	100
Casos de câncer na família	N	%
Sim	42	55,3
Não	34	44,7
Total	76	100
Grau de parentesco do portador de câncer	N	%
Mãe	08	19,1
Tia	15	35,7
Irmã	06	14,4
Prima	05	11,9
Avó	08	19,1
Total	42	100

A idade das mulheres está intrinsecamente ligada à busca por um serviço ginecológico. As mulheres apresentam, em cada fase da vida, particularidades que exigem um acompanhamento ginecológico regular, tais como a menarca, a primeira relação sexual, as gravidezes e os partos, a contracepção, a menopausa, além de doenças que passam a ser mais presentes em algum momento da vida, exigindo, assim, um maior ou menor acesso à necessidade de consulta ginecológica ao longo do ciclo de vida. Há um aumento significativo na média de consultas por ano, a partir dos 50 anos de idade.⁹ Esta tendência é reafirmada, já que as chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos ficam mais velhos e não acumulam anos de estudo.¹⁰

No entanto, no que se refere à consulta ginecológica, esta tendência é inversa. Quanto à realização de consulta ginecológica no último ano, nota-se uma diminuição significativa de sua prevalência à medida que

a idade aumenta. No caso das mulheres menopausadas, portanto mais velhas, nota-se também uma menor prevalência de consultas ginecológicas.¹¹

Em relação à escolaridade observa-se que 68,5% das participantes possuem o ensino fundamental em que sugere a associação destas ao baixo poder aquisitivo. Para o Ministério da Saúde, uma marcante característica do câncer de colo de útero é a consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico e escolaridade, ou seja, com os grupos que tem vulnerabilidade social.² É nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoces da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, com medo e preconceito dos companheiros. Apesar da população mais pobre precisar mais dos serviços de saúde, a proporção de indivíduos

Prado MPMC do, Silveira CLP.

Primary health care of women: an educational-preventive...

que procuram o serviço tende a aumentar ao longo da distribuição de renda.¹⁰

No que tange à consulta ginecológica, um estudo sobre os fatores associados à realização de exames preventivos para cânceres femininos por mulheres brasileiras, relata que as mulheres com renda mais baixa realizaram menos o exame preventivo do que aquelas numa faixa de renda mais alta.¹²

Quando abordadas acerca do estado civil identificou-se que 73,7% delas são casadas 21,1% são solteiras. As evidências epidemiológicas sugerem que o câncer de colo se comporta como uma infecção sexualmente transmissível.¹³ Pacientes com início precoce das atividades sexuais ou com múltiplos parceiros, bem como aquelas cujos parceiros possuem grande número de parceiras, apresentam uma maior incidência dessa doença. O estado conjugal também deve ser considerado quando se faz referência ao acesso aos serviços de saúde. Um estudo feito no Sul do Brasil, em 2000, indicou que as

mulheres divorciadas procuram mais a consulta médica do que as casadas, solteiras ou viúvas, isto ficou evidenciado pelo relato destas, sobre a proibição que os parceiros fazem com relação à procura da consulta ginecológica.¹⁴

Outro fator investigado foi o tabagismo, nesse caso observou-se que 73,7% das pacientes não são fumantes e 26,3% destas são fumantes. Há uma relação direta do câncer uterino com a duração e a intensidade do tabagismo, pois, concentrações elevadas de nicotina e metabólitos do cigarro têm sido detectadas no muco do canal cervical. Sugere-se que essas substâncias exerçam um efeito carcinogênico direto, além de desempenhar um papel imunossupressor, modificando de maneira acentuada os mecanismos de defesa imunológica do colo por alteração das concentrações de linfócitos T4 e T8. Torna-se relevante o papel do profissional de saúde em discutir e alertar as pacientes sobre este fator de risco que é o cigarro.¹⁴

Tabela 2. Distribuição das mulheres atendidas segundo as variáveis obstétricas. Viçosa, 2007/2008.

Variáveis	N	%
Paridade		
Sim	61	80,2
Não	15	19,8
Total	76	100
Número de Filhos	N	%
1	12	19,7
2	19	31,1
3	15	24,6
Mais de 3	13	21,3
Não responderam	02	3,3
Total	61	100
Tipo de Parto	N	%
Normal	48	68,6
Cesárea	22	31,4
Total	70	100
Aborto	N	%
Sim	03	3,9
Não	69	90,8
Não respondeu	04	5,3
Total	76	100
Tipos de Aborto	N	%
Espontâneo	02	66,7
Não respondeu	01	33,3
Total	03	100

Quanto à paridade observou-se que 80,2% das entrevistadas vivenciaram a maternidade e que 45,9% delas com 3 ou mais filhos. O número elevado de partos é um fator que predispõe o câncer cervical em mulheres que possuem DNA do HPV, devido inclusive as alterações hormonais. O fator de risco dobra nas que tiveram 4 filhos quando comparado as que tiveram 1 filho ou nenhum.¹⁵ As imunossupressão e as alterações hormonais durante a gravidez aumentam a suscetibilidade a infecção pelo HPV ou à sua capacidade oncogênica, com isto facilitando a mutação celular que provavelmente leva ao câncer cervical.¹⁶

Quanto ao tipo de parto 78,7% das entrevistadas tiveram Parto Normal e 36% parto por Cesárea. Existe uma associação entre o número de partos vaginais ou normais e a displasia de alto grau (lesão precursora do câncer de colo de útero).¹⁴ Lembrando também que apesar de todas as vantagens do parto normal não podem deixar de dizer sobre a má assistência obstétrica a que está exposta a nossa população carente, e é a responsável por muitas das alterações morfológicas cervicais.¹⁷ Sem uma assistência obstétrica adequada, o colo uterino poderá ficar com sequelas que muito contribuirão para que se desenvolvam processos inflamatórios e neoplásico.¹⁷

Tabela 3. Distribuição das mulheres atendidas segundo as variáveis métodos contraceptivos e amamentação. Viçosa, 2007/2008.

Varáveis	N	%
Método Contraceptivo		
Não Utiliza	04	5,3
Anticoncepcional oral	33	43,4
Anticoncepcional injetável	3	3,9
Métodos naturais	12	15,8
Laqueadura	07	9,2
Pós menopausa	13	17,2
Vasectomia (marido)	01	1,3
Histerectomia	01	1,3
Não respondeu	02	2,6
Total	76	100
Amamentação		
Sim	54	71
Não	07	9,2
Não se adequa	15	19,7
Total	76	100
Tempo de Amamentação		
Menos de 6 meses	42	77,8
6 a 11 meses	06	11,0
12 a 23 meses	04	7,4
Mais de 24 meses	01	1,9
Não responderam	01	1,9
Total	54	100

Quanto aos métodos contraceptivos, o anticoncepcional oral é o mais utilizado na população estudada representado por 43,4% da amostra. O uso prolongado dos anticoncepcionais orais aumenta o risco de desenvolver carcinoma cervical. Essas pílulas contêm hormônios como dexametasona, progesterona e estrógenos que intensificam a expressão genética do HPV, favorecendo assim a mutação celular e consequentemente o aparecimento do câncer.¹⁸

Em relação à amamentação foi identificado que 88,5% das participantes amamentaram seus filhos. Porém a maioria, 77,8%

amamentaram menos de seis meses, apesar deste tipo de prática não ter ligação na proteção contra o câncer uterino, por outro lado protege contra outros tipos de câncer que estão ligados diretamente aos órgãos sexuais da mulher e, que durante as palestras de orientação pode ser enfatizada a importância desta prática educativa. A questão do tempo de amamentação influencia na proteção quanto ao câncer de mama e ovário.¹⁹

Tabela 4. Distribuição das mulheres segundo as variáveis sintomatológicas associadas à relação sexual e potencial de infecção ginecológica. Viçosa, 2007/2008.

Variáveis	N	%
Dor durante à relação sexual		
Sim	41	53,9
Não	33	43,5
Não responderam	02	2,6
Total	76	100
Sangramento nas relações sexuais		
Sim	16	21,1
Não	60	78,9
Total	76	100
Corrimento vaginal		
Sim	63	82,9
Não	12	15,8
Não responderam	01	1,3
Total	76	100
Características do corrimento vaginal		
Esbranquiçada	13	18,4
Amarelada	50	70,4
Sanguinolenta	06	8,4
Esverdeado	02	2,8
Total	71	100

Nas variáveis sintomatológicas notou-se que 53,9% das mulheres sentem dor à relação sexual, observou-se também que 21,1% das participantes apresentam sangramento nas relações sexuais; ademais 82,9% apresentarem corrimento vaginal. Em relação a este sintoma

certificou-se que 100% dos relatos dos tipos de coloração do corrimento vaginal apresentam infecção ginecológica, demonstrando fatores importantes na predisposição ao aparecimento do câncer de colo de útero.

Sabe-se que todos os fatores de risco para o câncer cérvico-uterino estão voltados para as agressões do epitélio cervical, entre elas as infecções genitais, por esse motivo são fundamentais o tratamento adequado e precoce das mesmas.²⁰ No entanto, observou-se neste estudo que, dos 82,9% das mulheres que referiam queixas ginecológicas (corrimento), apenas 15,8% buscaram assistência médica para o tratamento das mesmas, fato que mostrou mais uma vez, a necessidade da atuação da enfermeira nesta comunidade, tanto no desenvolvimento de atividades assistenciais de enfermagem como nas ações de educação em saúde.

As mulheres com câncer cérvico-uterino podem apresentar alguns sinais e sintomas, principalmente as que se encontra em um estágio mais avançado da doença, sendo que os mais comuns são: sangramento vaginal especialmente após as relações sexuais ou a

ducha vaginal, corrimento vaginal fétido, dor em baixo ventre, fraqueza, anorexia e emagrecimento.²¹

Quando investigadas em relação à coleta de preventivo, 85,5% das participantes já haviam realizado (Tabela 5); porém, quando abordadas a respeito do intervalo da realização do mesmo, 33,9% relatam mais de 5 anos, 43,1% entre 2 e 5 anos; 4,6% entre 1 e 2 anos e apenas 18,4% delas retornaram no período indicado de 1 ano ou menos. A periodicidade do exame citopatológico (Papanicolau) a ser adotada nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero será de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.² Vale ressaltar que a análise nos prontuários da Policlínica Dr. Evaristo Pereira de Carvalho, confirmou que estas clientes efetivamente não possuíam relatos de resultados anteriores.

Tabela 5. Distribuição das mulheres segundo as variáveis ginecológicas com enfoque no exame preventivo. Viçosa, 2007/2008.

Variáveis	N	%
Realização de exame de preventivo		
Sim	65	85,5
Não	11	14,5
Total	76	100
Intervalo da realização do exame	N	%
Menos de 1 ano	03	4,6
1 ano	09	13,8
Mais de 1 e menos de 2 anos	03	4,6
Mais de 2 e menos de 5 anos	28	43,1
Mais de 5 anos	22	33,9
Total	65	100
Sabe informar o resultado	N	%
Não souberam	36	47,4
Normal	05	6,6
Inflamação	07	9,2
Infecção	15	19,7
DST	01	1,3
Neoplasia	01	1,3
Não se adequa	11	14,5
Total	76	100
Realizou tratamento após resultado	N	%
Sim	15	21,1
Não	10	14,1
Não responderam	35	49,3
Não se adequa	11	15,5
Total	71	100
Frequência com que vai ao ginecologista	N	%
Uma vez ao ano	08	10,5
Mais de uma vez ao ano	04	5,2
Somente quando sente alguma coisa	53	69,8
Nunca vai	11	14,5
Total	76	100

Quanto ao resultado do exame realizado anteriormente, preocupa-nos dizer que 47,4% das mulheres não souberam informar, 5% relatam resultado normal e 31,5% descrevem alguma alteração, variando entre inflamação, infecção, DST e neoplasia.

A pesquisa constatou que somente 21,1% das mulheres que apresentaram alterações foram submetidas a tratamento, 14,1% não trataram, e 49,3% não responderam a questão em relação ao tratamento após o resultado.

O fato destas mulheres não ter realizado o tratamento invalida essa prática de saúde, uma vez que pode ter havido a detecção da lesão precursora do carcinoma invasivo, através do resultado do exame, mas não foi possível o tratamento da mesma. Com isto há uma descontinuidade da assistência favorecendo ainda mais as possibilidades de detecção de células cancerígenas.²²

Organização Pan-Americana de Saúde afirma que o principal objetivo dos programas de prevenção do câncer cévico-uterino é prevenir o carcinoma invasivo por meio da

Prado MPMC do, Silveira CLP.

detecção, diagnóstico e tratamentos precoces da patologia quando a cura ainda pode ser alcançada.

No entanto, o acesso ao ginecologista está muito aquém do desejado e longe de ser universal. Assim, dada a importância da consulta ginecológica para a saúde da mulher, estudar as mulheres que têm ou não acesso a consultas ginecológicas ajuda a repensar e reformular políticas públicas, de forma que elas se voltem para o público que não está tendo acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

CONCLUSÃO

A presente investigação mostrou como são importantes ações de ensino e saúde para efetivamente promover a adesão das pacientes ao preventivo, valorizando todas as etapas desde a coleta, até a entrega do resultado, por um profissional de saúde, que realmente sensibilize, e consiga efetivamente conscientizar o público alvo. Através da observação realizada pelo pesquisador percebeu a necessidade de acolhimento em todas as fases.

A estratégia informativa com vistas à prevenção conseguiu atingir seus objetivos, fato que ficou evidenciado através dos prontuários, contendo os registros de resultados e tratamentos quando necessário, de todas as participantes da pesquisa. A consequência positiva foi a adesão de todas as mulheres pesquisadas ao exame de Papanicolau, num período de retorno destas ao posto menor que um ano para realização da próxima consulta.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Falando sobre Câncer e seus fatores de risco. 2ª ed. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer – Inca 2005.[acesso em 2010 Jan 30]. Disponível em: <http://saude.gov.br>
2. Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA/MS-2002]. [acesso em 2010 Jan 30]. Disponível em: <http://saude.gov.br>
3. Holanda EA, Silva RM da, Reis PED dos, Gomes IP. Câncer de colo uterino em profissionais de saúde: práticas preventivas e de autocuidado. Rev Enferm UFPE On Line. 2009 out/dez[acesso em 2010 Fev 10];3(4):231-38. Disponível em

Primary health care of women: an educational-preventive...

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/113/113>

4. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 2003 set/out; p.1527-534.
5. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad Saúde Pública [serial on the Internet]. [cited 2010 June 24]. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1999000600001.
6. Gonçalves R. Relação entre educação popular e saúde no programa saúde da família, em Muriaé-MG . [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica de Petrópolis; 2004.
7. Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. Enfermagem comunitária. Editora EPU, São Paulo 1995.
- 8.Oliveira SL. Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: Pioneira; 2002. 320 p.
9. Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Revista de Saúde Pública.1997;31(4):360-69.
10. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18:77-87.
11. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Revista de Saúde Pública. 2005;39(3):340-49.
12. Novaes HMD, Braga PE, SCHOUT D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(4):1023-035.
13. Camargos AF, Melo VH. Ginecologia Ambulatorial. Coopmed Editora Médica; 2001. p.570.
14. Mendonza-sassi R, Beria JU, Barros AJ. [Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Revista de Saúde Pública. 2003;37 (3):372-78.
15. Vargas RA, Brentano JE, Albring LO. Câncer do colo do útero, o papiloma humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão. RBAC. 2006; 38(2): 87-90.
16. Terreiro LM. Câncer do colo uterino: conceito, importância, incidência e fatores de risco. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. São Paulo: Roca; 1987. p.1494 -504.
17. Terreiro LM. Câncer do colo uterino: conceito, importância, incidência e fatores de

Prado MPMC do, Silveira CLP.

Primary health care of women: an educational-preventive...

risco. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca; 1987. p. 1494-504.

18. Vargas VRA, Dalla Corte EA, Amaral RG, Menezes HS. Prevalência das lesões intra-epiteliais escamosas em exame citológico numa determinada população de Santo Ângelo. RBAC. 2004;36:7-11.

19. Giugliani ER. Aleitamento materno na prática clínica. Jornal de Pediatria. 2000; p.238-52.

20. Silveira GPG. Sobre a prevenção do câncer ginecológico e mamário. Rev Med PUCRS.1989;2:69-72.

21. Pioli ER, Oliveira NM, Rezende AG. Caracterização de demanda de pacientes com carcinoma de colo uterino no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas gerais, Brasil, 1984-1988. Cad Saúde Pública. 1993;9(4):421-27.

22. Freitas SLF, Arantes SL, Barros SMO. Atuação da Enfermeira Obstetra na comunidade Anhanguera, Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. Rev latino-am enfermagem.1998;6(2):57-64.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/02/23

Last received: 2010/06/07

Accepted: 2010/06/10

Publishing: 2010/07/01

Address for correspondence

Universidade Federal de Viçosa
Avenida Peter Henry Rolfs, s/n
Campus Universitário
CEP: 36570-000 – Viçosa, Minas Gerais, Brasil