



ORIGINAL ARTICLE

REASON OF THE DISPLACEMENT BETWEEN REGIONS OF WOMEN FOR THE ACCOMPLISHMENT OF PAPANICOLAOU'S EXAM

MOTIVO DO DESLOCAMENTO INTRA-REGIÕES DE MULHERES PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU

MOTIVO DEL DESPLAZAMIENTO INTER-REGIONAL DE MUJERES PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Aparecida Virgínia Soares Teles¹, Aniele Moura de Oliveira Cavalcanti², Isabela Macêdo Alves², Estela Maria Leite Meirelles Monteiro³, Waldemar Brandão Neto⁴

ABSTRACT

Objective: to identify the determinative factors of the displacement of female users from the city of Recife and other cities for the accomplishment of Papanicolaou's exam. **Methodology:** this is about an exploratory descriptive study, from qualitative boarding. It was applied a form by the interview technique for 30 women from January to February 2008. The depositions had been recorded and transcribed. Results analysis was based on the Collective Citizen Speech, after study has been approved by the Ethics Committee of the Integrated Health Center Amaury de Medeiros (protocol number 087/07). **Results:** it had been presented in six Central Ideas: the delay of the results in the UBS, to know the professionals that realize the exam, exposition of the body to a men professional, inadequate access to the basic attendance, lack of information in health education, unprepared techniques and fragility in the relation between the same ones and the users. **Conclusion:** this study evidenced the need of the practical of integral and humanized attendance to women who submit to the Papanicolaou's exam, in a way that the nurses tuts into practice participative actions in Health Education participative, propitiating bond between the professional and the female users of the health services. **Descriptors:** women's health; health promotion; health education; vaginal smears; nursing.

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores determinantes do deslocamento de usuárias da cidade do Recife e de outros municípios para a realização do Papanicolaou. **Metodologia:** estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Aplicado formulário de entrevista com 30 mulheres entre os meses de janeiro e fevereiro de 2008. Os depoimentos foram gravados, transcritos e analisados mediante o Discurso do Sujeito Coletivo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (número de protocolo 089/07). **Resultados:** os depoimentos foram apresentados em seis Ideia Centrais: A demora para se obter os resultados nas UBS, O acesso inadequado ao atendimento básico, Conhecer os profissionais que realizam o exame, Exposição do corpo ao profissional do sexo masculino, Falta de informação em educação em saúde, Despreparo técnico desses profissionais e Fragilidade na relação de vínculo entre eles e as usuárias. **Conclusão:** foi evidenciada a necessidade de atendimento integral e humanizado às mulheres que se submetem ao exame de Papanicolaou, de modo que, os enfermeiros realizem ações de educação em saúde participativas, propiciando vínculo entre os profissionais e as usuárias dos serviços de saúde. **Descritores:** saúde da mulher; promoção da saúde; educação em saúde; esfregaço vaginal; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores determinantes del desplazamiento de usuarias de la ciudad de Recife y de otros municipios para la realización de la prueba de Papanicolaou. **Metodología:** estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo. Fue aplicado un impreso de entrevista con 30 mujeres en los meses de enero y febrero de 2008. Las declaraciones fueron gravadas, transcritas y analizadas mediante el Discurso del Sujeto Colectivo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Integrado de Salud Amaury de Medeiros (numero de registro 089/07). **Resultados:** las declaraciones fueron presentados en seis Ideas Centrales: el retraso para obtener los resultados en las UBS, el acceso inadecuado a la atención básica, conocer a los profesionales que realizan la prueba, exposición del cuerpo al profesional de sexo masculino, falta de información en educación en salud, falta de preparación técnica de estos profesionales y fragilidad en la relación de vínculo entre ellos y las usuarias. **Conclusión:** quedó evidenciado la necesidad de atención integral y humanizada a las mujeres que se someten al examen de Papanicolaou, de forma que, los enfermeros realicen acciones de educación en salud participativas, propiciando vínculo entre los profesionales y las usuarias de los servicios de salud. **Descriptor:** salud de la mujer; promoción de la salud; educación en salud; muestra vaginal; enfermería.

¹Enfermeira. Discente do Programa de Residência de Enfermagem em Infectologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz/HUOC da Universidade de Pernambuco/UPE. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: vickinhaaa@hotmail.com; ²Enfermeiras. Egressas do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/FENSG/UPE. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mails: animoura@yahoo.com.br; belli_alves@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB, nível Mestrado, e da FENSG/UPE. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Enfermagem na Promoção a Saúde de Populações Vulneráveis (GEPEV) CNPq/UPE. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: estelapf2003@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro. Mestrando do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual Paraíba. Bolsista CAPES. Membro do GEPEV/CNPq/UPE. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: brandaonetow@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo do Útero é considerado, atualmente, o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, sendo responsável por cerca de 471 mil novos casos por ano e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. No Brasil, estimaram-se para 2008, 234.870 casos novos de câncer para o sexo feminino, onde o cérvico-uterino ficaria no segundo lugar (19 mil casos), antecedido pelo de mama.¹

Como há variações de ocorrência do câncer de colo do útero nos diferentes grupos ou comunidades e fatores de risco a que a população é exposta, a estimativa para o Nordeste foi de 4.720 casos novos em 2008, e em Pernambuco, foi estimado 1.020; destes, pelo menos 250 no âmbito da capital.¹

A alta taxa de mortalidade associada a esse câncer em países pouco desenvolvidos provavelmente está relacionada ao perfil epidemiológico desses países, em geral marcados pela precariedade nas condições de vida, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ausência ou ineficácia das estratégias de educação comunitária, dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras.²

O Ministério da Saúde recomenda que toda mulher com idade entre 25 e 59 anos, ou que iniciou sua atividade sexual anteriormente a essa faixa etária, deve realizar o exame de Papanicolaou anualmente. Caso obtenha dois resultados negativos consecutivos (com intervalo de um ano entre eles), o controle pode se dar a cada três anos. Nos casos de resultados alterados, a mulher deve ser encaminhada para colposcopia, sendo orientada sobre o tratamento no centro especializado em câncer.³

O pico de incidência desse câncer situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos. Porém, o mesmo apresenta alto potencial de cura, se diagnosticado precocemente, podendo chegar perto de 100% quando a prevenção envolve não só mudanças no estilo de vida da mulher como também políticas públicas, qualidade profissional e participação da população.²

A introdução do *Programa de Assistência Integral à Mulher* (PAISM), em 1983 em cinco capitais brasileiras, objetivou a implantação e ampliação das atividades de diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino e promoção de ações educativas na prevenção da doença.

⁴

No contexto atual, as Unidades Básicas de Saúde constituem a porta de entrada das usuárias na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como responsabilidade o desenvolvimento de estratégias e ações para a garantia do atendimento, inclui também treinamento de recursos humanos e ampliação do sistema de coleta de material para detecção do câncer cérvico-uterino. É, ainda, de sua competência distribuição e posterior recolhimento das planilhas de coletas a serem enviadas ao nível estadual e acompanhamento de todas as mulheres com resultado positivo de exame até a conclusão do tratamento.⁵

A ampliação das experiências com as estratégias saúde da família no cenário nacional e a mobilização pelo fortalecimento do SUS vêm regulamentar, por meio da Portaria nº. 648, de março de 2006, a reestruturação do processo de trabalho na atenção básica, estabelecendo, entre as macroprioridades, promoção, prevenção e recuperação da saúde de determinada população adscrita, facilitando o acesso à assistência básica e, conseqüentemente, maior cobertura e qualidade no atendimento.⁶

Apesar da atenção à saúde da mulher constituir uma das estratégias de atuação em todo território nacional e de o exame de Papanicolaou ser um método para prevenção e diagnóstico de baixo custo, a incidência do câncer cérvico uterino ainda revela um quadro alarmante da saúde pública do País.⁷

Há três anos, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, desenvolveu o *Pacto pela Saúde do Brasil*. Entre as prioridades desse pacto está a redução do número de mortes por câncer de colo de útero e de mama, estabelecendo compromissos e metas a serem alcançados pelas Secretarias Municipais e Estaduais, pelo Distrito Federal, Ministério da Saúde e por órgãos vinculados, proporcionando mais anos de vida para a população feminina.⁸

No entanto, a adesão ou não ao exame Papanicolaou está relacionada a uma multiplicidade de motivos de ordem psicológica, social, cultural, econômica, política, ações profissionais e à própria organização do serviço público de saúde.⁹

Apesar do crescimento quantitativo de *Programas Saúde da Família*, que ofertam realização do exame preventivo nas unidades básicas de saúde (UBS) próximas à residência das usuárias, foi observado durante a vivência do estágio curricular no campo de prática grande demanda de mulheres que se deslocam de regiões da capital de Pernambuco e até

mesmo de outros municípios do Estado para realizarem o exame de Papanicolaou em um centro de referência à saúde da mulher, localizado na cidade do Recife-PE.

Esse deslocamento requer que as mulheres deixem suas atividades, saindo de casa de madrugada, a fim de garantir uma ficha para o cumprimento do exame de Papanicolaou em um Centro de Referência na cidade do Recife-PE. Com base na constatação deste dado empírico, foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais os motivos que levam as mulheres a não realizarem o exame de Papanicolaou na sua UBS? Assim, o desenvolvimento deste estudo enseja contribuir com o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero nas UBS mais eficientes e coerentes com as necessidades do público feminino na área técnica e educacional.

Desse modo, o presente estudo objetivou identificar os fatores determinantes do deslocamento de usuárias da cidade do Recife e de outros municípios para a realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino em um centro de referência a saúde da mulher na cidade de Recife.

METODOLOGIA

Diante da natureza deste estudo, optou-se por uma pesquisa descritiva exploratório com abordagem qualitativa, acreditando-se ser esta a mais adequada forma de se alcançar os objetivos traçados. Utilizou-se uma amostragem por conveniência destituída de qualquer rigor estatístico, visto que o pesquisador seleciona elementos a que tem acesso, admitindo que os mesmos possam de alguma forma, representar o universo.¹⁰

O estudo foi realizado em um Centro Integrado à Saúde da Mulher localizado na cidade de Recife-PE, referência no Estado de Pernambuco no atendimento à mulher, em setor específico para o exame de Papanicolaou, contendo três boxes equipados com todo material necessário para este procedimento. O atendimento é realizado por livre demanda e funciona em horário integral, disponibilizando sessenta fichas pela manhã e vinte à tarde.

A coleta de dados teve um corte temporal nos meses de janeiro e fevereiro de 2008 e encerrada por exaustão das falas. A saturação ou exaustão ocorre quando, passado certo número de entrevistas, o pesquisador observa que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças e as entrevistas passam a não trazer novidades em relação aos dados já obtidos.¹¹

As entrevistas ocorreram em sala de espera, assegurando a privacidade das participantes, para tanto foi aplicado um formulário semi-estruturado previamente testado contendo perguntas abertas e fechadas, utilizando-se a técnica de gravação para registrar as falas abordando as seguintes questões: condições de acesso às UBS para realização do exame de Papanicolaou, conhecimento e sentimentos das mulheres relacionados com o procedimento descrito e a relação com os profissionais dos serviços de saúde, fatores estes condicionantes para o deslocamento intra-regiões para realizar o exame de Papanicolaou em um Centro de Referência na cidade do Recife-PE.

A seleção das participantes da pesquisa teve como critérios de elegibilidade: idade entre 25 e 59 anos, ter realizado anteriormente este exame, apresentar condições físicas e psíquicas e aceitar participar do estudo. Para tanto, as mulheres foram orientadas quanto ao objetivo e procedimento para coleta de dados deste estudo, solicitando anuência formal para sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em consonância com a Resolução 196/96.¹²

A autorização para desenvolvimento do estudo deu-se através do CAEE 0057.0.250.000-07, resultante de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco (CISAM-UPE).

Os discursos obtidos foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC's), um procedimento de tabulação de depoimentos verbais que extrai de cada uma das respostas as Ideia Centrais e/ou Ancoragens e suas correspondentes Expressões Chaves (ECH's) — fragmentos contínuos ou descontínuos do discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo. O DSC estabelece uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa, proporcionando resgatar toda fala sobre determinado assunto em um dado universo. Os discursos, após transcritos, foram submetidos a uma análise de conteúdo, sendo os mesmos decompostos individualmente nas principais Ancoragens ou Ideia Centrais, reunidos e sintetizados visando a constituição discursiva da representação social.¹³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Categorização dos sujeitos

As trinta mulheres que procuraram um centro de referência de saúde da mulher espontaneamente para realização da citologia

oncótica estavam na faixa etária entre 25 e 59 anos. Quinze casadas; dez, solteiras; duas, viúvas; e três em união consensual. Quanto ao nível de escolaridade das depoentes, nove com Ensino Fundamental I incompleto; dez com Ensino Fundamental I completo; quatro com Ensino Fundamental II completo; cinco estudaram até o Ensino Médio; e apenas duas estavam cursando o Ensino Superior. A renda familiar variou entre um e três salários mínimos. Treze trabalhavam em suas próprias casas, cinco domésticas, quatro agricultoras, três professoras e as demais exerciam uma das seguintes profissões: costureira, cabeleireira, telefonista, secretária e confeitadeira.

Os resultados foram apresentados em seis Ideia Centrais, acompanhadas dos DSC's correspondentes. Foram obtidas as seguintes Ideias centrais (IC): I - demora para se obter os resultados dos exames nas UBS, II - dificuldade de acesso nos serviços de atenção básica, III - conhecer os profissionais que realizam o exame, IV - exposição do corpo ao profissional do sexo masculino, V - carência de ações de educação em saúde, VI - despreparo técnico dos profissionais de saúde e fragilidade na relação de vínculo dos mesmos com as usuárias.

Ideia Central I - As UBS demoram para disponibilizar o resultado do exame.

Discurso do Sujeito Coletivo: (...) três - quatro meses não tinha saído o resultado ainda (...) Esperei tanto o resultado e até agora nada. Por isso que vim fazer aqui, inclusive até atrasou (a prevenção), que geralmente eu faço de seis em seis meses. Tive que fazer de novo, pra ver o que é que vai dar. Se for ficar esperando lá quando sair, vou ter que fazer de novo. É um processo (...). A menina marcou para me dar o resultado com 15 dias, mas quando eu voltei não tava. Ai depois eu voltei, disseram que tava lá, aí eu peguei e não fiz mais lá não. Aqui o resultado sai mais rápido (...).

Foi evidenciado, nos discursos, um descontentamento das mulheres que já haviam realizado a coleta de material cérvico uterino em suas UBS quanto à demora para o recebimento do resultado. Essa situação contribuiu para que as usuárias vivenciassem um sentimento prolongado e desconfortante de apreensão e expectativa quanto ao resultado do exame, com também, quebra na programação dessas mulheres quanto à periodicidade com que se submetem ao exame de Papanicolaou.

Em avaliação do Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino em um município do Estado de São Paulo, quanto a análise das condições físicas materiais, equipamentos e instrumentais disponíveis, foi evidenciado a

necessidade de adaptações que permita atender às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde relacionado à saúde da mulher. Foi destacado neste estudo, que a ausência de um protocolo de atendimento dificulta a assistência e sua continuidade, podendo resultar no diagnóstico tardio do câncer.¹⁴

Já a ocorrência de falhas no suporte laboratorial gerou desconfiança das participantes do estudo quanto à seriedade da proposta de atenção às mulheres pelas UBS, visto que essas mulheres buscaram outro serviço que lhes oferecesse maior rapidez na liberação do exame de esfregaço vaginal, mesmo que para isso fosse necessário deslocamento para um serviço da região metropolitana do Recife.

• Ideia Central II - Dificuldade de acesso nos serviços de atenção básica

Discurso do Sujeito Coletivo: (...) É por este motivo, não to confiando muito não (...) Porque a gente faz lá e não é toda vez que sai o resultado assim(...) tem vez que a gente ta com alguma coisa e sai dizendo que ta tudo ok e aqui não, quanto a gente ta, ta. Se a gente tiver algum problema sério a gente se trata. E lá não, fica tapeando, só passando remédio. E você sabe que posto assim de interior, os povo é tudo (...) não sabe bem fazer as coisas é só pra pegar o emprego. É muito desorganizado, você não consegue falar com ninguém. Pra tirar ficha é uma mão de obra, tem que ir de madrugada para conseguir. Aqui você vem, você sabe que faz, e lá poderia perder o dia de trabalho.

Os discursos acima evidenciaram que a pouca resolutividade e descontinuidade nas ações das UBS – devido à desorganização de serviço, à falta de material e à equipe de saúde com pouco empenho – concorrem para a propagação de uma avaliação negativa dos serviços realizados pelas UBS e, conseqüentemente, para o seu deslocamento à procura de outros serviços.

No Brasil, desde 1997, a estruturação da rede de serviço objetivou reduzir as desigualdades de acesso da mulher ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero, sendo uma das estratégias adotada pelo *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. Entretanto, é necessário haver integração entre essa rede de serviços e a adesão da mulher à realização do exame, já que o mesmo tem uma longa fase assintomática.¹⁵

Além das questões intrínsecas das mulheres observou-se que o acesso inadequado ao atendimento nas UBS pode levar às mesmas a não procurarem os serviços oferecidos.¹⁶

Apesar de as UBS ficarem próximas de suas residências, as mulheres preferem optar por deslocar-se para a capital, pela dificuldade no acesso ao exame de Papanicolaou, visto que, além do número de profissionais ser reduzido, estes assumem atividades variadas, passando por questões gerenciais, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, procedimentos de saúde e ações educacionais com grupos da comunidade.

Cada equipe de Saúde da Família formada por um enfermeiro, um médico, um odontólogo e até doze agentes comunitárias de saúde é responsável por até 4 mil habitantes, enquanto o recomendável é 3 mil.⁶

• Ideia Central III - Conhecer os profissionais que realizam o exame

Discurso do Sujeito Coletivo: (...) *Lá tem prevenção, só que eu não faço lá não que tem muita gente conhecida e eu não gosto(...), por causa que é um exame que faz vergonha, né? Você lá tudo conhecido, você faz hoje amanhã tá vendo as caras tudo conhecido. As pessoas conhecidas de lá vem tudo fazer aqui, minha irmã veio fazer aqui. Eu gostava da enfermeira, mas dava vergonha pelo fato de conhecê-la, ela era de lá e todo mundo conhecia, então por mais que o profissional trabalhe bem, mas a pessoa acaba ficando com vergonha (...)*

A vergonha é a não-aceitação de ser pego em flagrante, sentimento decorrente do receio de apresentar comportamentos considerados fora dos padrões estabelecidos pela sociedade. De modo que a presença de outras pessoas, como fiscal ou juiz, é determinante no processo de sentir vergonha.¹⁶

No discurso composto nesta ideia central expressa os tabus e mitos que envolvem as questões da sexualidade e, mais precisamente, da exposição de seus órgãos genitais, expondo a mulher a uma situação de insegurança e medo diante das dificuldades de conciliar seus sentimentos de vergonha em realizar o exame. É verificado que a proximidade quanto à localização da UBS, ainda, pode concorrer para uma não adesão da população feminina aos seus serviços. Dessa forma seus profissionais precisam estabelecer relação de respeito e de confiança com as mulheres.

• Ideia Central IV - A exposição do corpo ao profissional de saúde do sexo masculino

Discurso do Sujeito Coletivo: (...) *Tinha deixado de fazer por que parece, quem tava fazendo o exame era um rapaizinho. Muitas pessoas de idade que se constrange até com mulher, imagina com uma pessoas que tem idade*

de ser filho, neto (...) Eu não tenho assim aquela segurança de ir para o posto fazer esse exame não. Na parte de Recife é um homem, é até um travesti (...)

Atualmente, ainda é presente a postura e determinação de algumas mulheres em não realizar o exame Papanicolaou com profissionais do sexo masculino devido a resquícios de uma educação machista.¹⁷ Ao longo de sua vida, essas mulheres aprenderam que só seu marido poderia tocar as zonas erógenas de seu corpo, e mesmo na fase adulta sentem-se envergonhadas, desconfortáveis e pouco à vontade ao se mostrarem para um profissional do sexo masculino.¹⁶

O discurso evidência, portanto, incorporação por parte das mulheres de uma educação machista, na qual a mulher não deverá expor seu corpo e guardar-se apenas para o esposo, considerando constrangedor a ideia de se submeter a um exame ginecológico realizado por profissional do sexo masculino. No caso da coleta do Papanicolaou por enfermeiro, pode ser considerado como fator de menor aceitação o fato da profissão ter predominância do sexo feminino.

• Ideia Central V - A carência de ações em educação em saúde

Discurso do Sujeito Coletivo: (...) *Não tem palestras. Quando eu fiz o exame de HIV, primeiro deu uma palestra e mostrou uma fita, pra depois fazer o exame. Eu acho muito importante isso. Quanto mais o povo ser mais orientado, quanto mais o povo esclarecido, mas agente faz as coisas consciente então se houver mais palestras, dentro do assunto, se houver mais esse lado educativo seria bem interessante (...) Porque eu não gosto dela me explicar, por exemplo, se você tiver sentindo alguma coisa ela pede o exame, mas eu queria saber por que tá acontecendo isso que to sentindo, aí eu perguntava a ela e ela não respondia.*

O discurso das mulheres evidencia o desejo de acesso a informações seguras e oportunidade de vivenciar ação de educação em saúde participativa, na qual possam expressar seus medos e anseios e obter esclarecimentos para suas dúvidas, expressando, ainda, o desejo de ampliar sua consciência crítica e possibilidades de optar por atitudes e comportamentos de saúde, a partir de um conhecimento mais profundo do seu corpo.

Vale ressaltar o art.5, inciso III da Portaria nº 648/2006, que destaca como característica do processo de trabalho das equipes de atenção básica o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o

controle social na defesa da qualidade de vida.⁶

Os profissionais de saúde, ao longo de sua formação, marcada por uma abordagem tradicional de ensino, reproduzem práticas educativas arcaicas em que a oferta de receitas e as imposições de conduta prevalecem sobre uma prática educativa reflexiva que propiciem participação da mulher.¹⁸ O profissional deve entender que o momento de procura da mulher ao serviço de saúde é de singular importância. Por isso, é imprescindível informações acessíveis à prevenção do câncer e se certifique de que a mulher as compreendeu.¹⁹

O enfermeiro, por também desempenhar atividades de educador, deve participar e incentivar as mudanças necessárias, para que o cuidado de enfermagem dignifique o indivíduo, nas situações de saúde e de doença. Para tanto, enfermeiros de serviços de saúde, devem interagir a partir de uma mesma filosofia de trabalho, argumentando sobre atitudes legais e éticas da profissão e articulando a construção de novos paradigmas de cuidado.²⁰

• Ideia Central VI - Despreparo técnico dos profissionais de saúde e fragilidade na relação de vínculo com as usuárias

Discurso do Sujeito Coletivo: (...) Uma vez eu estava lá no posto, de repente a enfermeira chamou uma das pacientes para realizar o exame de uma maneira bem brusca. Não tem aquele ditado que a primeira impressão é a que fica. Quando ela falou de maneira brusca, com a menina eu percebi que a educação estava em último lugar, né. Eu acho que vindo para um laboratório, em termo de atendimento a gente tem um melhor. Eu sei que aqui os funcionários ta pra tratar o paciente como paciente, e os funcionários que trabalham nestes postos de saúde da comunidade. Eles trabalham assim, como se fosse vizinhos. Teve uma vez que ela nem falou comigo ela passou pra agente de saúde, eu achei errado, ainda mais ela falou na frente de todo mundo, olha você ta com isso, isso e isso, e todo mundo ficou olhando pra minha cara, eu fiquei passada (...)

Os discursos revelam que, ao procurar um profissional de saúde para realizar o exame de Papanicolaou, as mulheres desejam obter atendimento humanizado e integral. O despreparo técnico do profissional e dificuldade em estabelecer relação de confiança e respeito com as mulheres podem comprometer a percepção do trabalho de toda a equipe. A ausência de acolhimento efetivo

favorece insatisfação das usuárias e a busca de atendimento em outro local.

O atendimento humanizado dos profissionais de saúde constitui estratégia de acolhimento, pela atenção e proximidade afetiva, inerentes a um bom profissional. A ação de enfermagem faz com que o sofrimento e a dor sejam minimizados. Por meio do cuidado e do conforto, revela-se uma prática impregnada de ideias de altruísmo, de amor ao próximo. Com isso, o outro se faz semelhante e deixa de ser o diferente.²¹

Segundo Machado et al²², os profissionais de saúde, da família, por estarem mais próximos das situações familiares e dos contextos coletivos, devem estabelecer relações de vínculo, despertando confiança, noção de responsabilidade entre as usuárias em relação ao exame de Papanicolaou. Por meio do diálogo, é possível estabelecer interação entre os mesmos e construção de práticas de saúde saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF constitui uma estratégia do SUS para reorganização da atenção básica no Brasil, com ênfase nas ações de promoção à saúde, como o exame Papanicolaou, meio mais efetivo para detecção do câncer do colo de útero.

A partir da análise dos Discursos do Sujeito Coletivo, que é um instrumento imprescindível para identificar os aspectos mais importantes das representações sociais, o estudo revelou fatores favorecendo para que esta prática não seja ativa, concorrendo assim, para o deslocamento das mulheres na realização deste exame em um centro de referência localizado na cidade do Recife.

Os resultados apreendidos nos discursos foram apresentados em seis Ideias Centrais (IC), que abordaram desde questões referentes à estrutura e funcionamento das UBS; competências técnicas, comunicativas e sócio-políticas dos profissionais de saúde; como também, aspectos culturais referentes às questões de gênero.

Nas duas Ideias Centrais que abordaram as UBS, foram apresentadas situações que interferem de modo negativo na acessibilidade da população feminina quanto ao exame de Papanicolaou nesses serviços de atenção básica. Dentre os fatores identificados é destacada a demora para disponibilizar o resultado do exame; dificuldade de acesso ao serviço de saúde da UBS, pouca resolutividade e descontinuidade nos serviços de atenção básica. Esses fatores contribuem para propagação entre as

mulheres de descrença quanto à confiabilidade no resultado do exame de Papanicolaou e busca por outros serviços.

Nas três Ideias Centrais, fundamentadas nos profissionais que realizam o exame, foi evidenciada a influência das questões de gênero, gerando resistência das mulheres a serem assistidas por profissionais do sexo masculino, devido a resquícios de uma educação machista. Foi ainda destacado, que o fato de conhecerem os profissionais cria comportamento de retração e sentimento de vergonha, pela possibilidade de exposição de sua intimidade. O despreparo técnico dos profissionais de saúde e o relacionamento destes com as usuárias ainda foram evidenciados nos discursos das mulheres por estabelecerem expectativas essenciais em relação aos mesmos e a assistência realizada, com vistas a uma atenção integral e de qualidade.

Na Ideia Central que evidenciou a carência de ações em educação em saúde quanto a prevenção do câncer cérvico uterino, foi enfatizado nos discursos das usuárias o desejo de participação em grupos de educação, assegurando o acesso a novos conhecimentos, possibilidades de esclarecimentos e de trocas de experiências.

A atuação do enfermeiro enquanto educador é essencial na consolidação do arcabouço legal que propõe a re-estruturação do processo de trabalho na atenção básica, por dar visibilidade a uma ação educativa participativa com ênfase no desenvolvimento da consciência crítica do grupo em relação a sua saúde e da sua coletividade. O processo educativo alicerçado nos princípios da educação popular em saúde vem estreitar o vínculo do profissional de saúde e usuárias ampliando as possibilidades de tomadas de decisões e de controle social das mulheres nas ações de saúde das UBS.

COLABORADORES

Cavalcanti AMO, Teles AVS, Alves IM participaram na concepção e desenho do estudo, pesquisa bibliográfica, coleta e análise dos dados e escrita do artigo; Monteiro EMLM participou na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão crítica do artigo; Brandão Neto W participou na pesquisa bibliográfica, análise dos dados, escrita e atualização final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil.

[homepage da internet; atualizada em 2008 Nov 10]. 1996/2010. [acesso em 2008 Nov 20]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793

2. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher [homepage da internet; atualizada em 2008 Nov 10]. 1996/2010. [acesso em 2008 Nov 20]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234

3. Pelosso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico uterino. Acta Scientiarum Health Sciences [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2007 Ago 20];26(2):319 - 24. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1582/935>

4. Pinho AA, França JI, Schraiber LB, Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2008 Mar 10];19(Supl2):303-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico: profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM em 28 de Março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [acesso em 2008 Out 10]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

7. 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 [periódico na internet]. 2007 Jan/Mar [acesso em 2009 Set 05];7(1):31-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a04v07n1.pdf>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão

Participativa. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. Brasília; 2007.

9. Chubaci RYS, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo. Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [periódico na internet]. 2005 Out/Dez [acesso em 2008 Fev 15];5(4):471-81. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27766.pdf>

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

11. Freire JRC, Tavares MFL. A saúde sob olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2005 Fev; 9(16):147-58.

12. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

13. Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para organização da assistência a saúde no programa saúde da família. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2005 Jul/Ago [acesso em 2008 Mar 10];21(4):1036-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/06.pdf>

14. Canido RE, Carvalho, GM, Merighi MAB, Martins AA. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranapanema - SP. Rev Enferm UFPE On Line [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2010 Jun 27];1(1):54-62. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/12/12>

15. Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 Mar/Abr [acesso em 2008 jan 05];19(2):571-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15423.pdf>

16. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva 2007 Maio/Jun; 12(3):733-42.

17. ariotti SR. O perfil e as representações das mulheres com alterações do Papanicolaou. Curitiba [Dissertação Mestrado]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2006.

18. Monteiro EMLM, Vieira NFC. (Re) Construção das ações de educação em saúde a partir de Círculos de Cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF de Recife-PE. Recife: EDUPE; 2008. 196p.

19. Holanda EA, Silva RM, Reis PED, Gomes IP. Cervical cancer in health professionals: preventive practice and of self-care. Rev Enferm UFPE On Line [periódico na internet]. 2009 Out/Dez [acesso em 2010 Abr 20];3(4):231-38. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/113/113>

20. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia Saúde da Família. Rev Latino-am Enfermagem [periódico na internet]. 2007 Maio/Jun [acesso em 2007 Nov 20]; 15(3):426-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a10.pdf

21. Monteiro EMLM, Rolim KMC, Machado MFAS, Moreira, RVO. A visão ecológica: uma teia na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [periódico na internet]. 2005 Maio/Jun [acesso em 2008 set 05]; 58(3):341-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a17v58n3.pdf>

22. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2007 Mar/Abr [acesso em 2009 nov 10]; 12(2):335-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>

Sources of funding: Capes

Conflict of interest: No

Date of first submission: 20010/05/15

Last received: 2010/08/27

Accepted: 2010/08/28

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro
CEP: 50100-130 — Recife, Pernambuco,
Brasil