

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

User perception on the actions of Cervix Cancer Prevention of Family Health Strategy in a Health District of the municipality of Ribeirão Preto, in São Paulo, Brazil

Michele Mandagará de Oliveira ¹
Ione Carvalho Pinto ²

^{1,2} Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900. Campus Universitário. Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP: 14.040-903 E-mail: mandagara@hotmail.com

Abstract

Objectives: to analyze the perception of women seen at the Family Health Units (FHU) of the Basic Health District in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo, on the practices of cervix cancer prevention developed by these services.

Methods: a theoretical reference of primary healthcare was utilized. This is a qualitative survey of the exploratory, descriptive type. Fourteen women were interviewed. A semi-structured interview was used for data collection, data analysis oriented by thematic analysis. Data analysis was structured in three themes: Theme 1 - Women's view of the Health-Disease Process; Theme 2 - Women and Cervix Cancer Prevention; Theme 3: Cervix Cancer Prevention in Family Health Centers.

Results: the majority of women involved demonstrated a holistic concept of health and a rather elaborate concept of prevention.

Conclusions: education practices in healthcare need to be reinforced based on staff inclusion. Family Health Units have the potential to improve cervix cancer prevention practices and to further integrate primary health care programs.

Key words Uterine cervical neoplasms, Prevention, Family health, Primary health care, Women's health

Resumo

Objetivos: analisar a percepção das mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família (USF), da Área Básica de uma Distrital de Saúde do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, sobre as práticas de Prevenção do câncer do colo do útero (PCCU) desenvolvidas nestes serviços.

Métodos: utilizou-se como referencial teórico a Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Foram entrevistadas 14 mulheres. Utilizou-se para coleta de dados a entrevista semi-estruturada, procedendo à análise dos dados, orientados pela análise temática. A análise dos dados foi estruturada em três temas: Temática 1 - O Olhar da Mulher sobre o Processo Saúde-Doença; Temática 2 - A Mulher e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero; Temática 3 - As Práticas de Prevenção do Câncer do Colo do Útero nos Núcleos de Saúde da Família.

Resultados: a maioria das mulheres envolvidas apresentam um conceito holístico de saúde, tendo inclusive um conhecimento popular bastante elaborado do conceito de prevenção.

Conclusões: as práticas de educação em saúde precisam ser reforçadas a partir da inclusão de toda equipe. As USF têm potencialidades para qualificar a prática da PCCU e promover maior integralidade das ações em saúde, utilizando o conhecimento da APS.

Palavras-chave Neoplasias do colo uterino, Prevenção, Saúde da família, Cuidados primários de Saúde, Saúde da mulher

Introdução

As práticas da prevenção do câncer do colo do útero (PCCU), ainda hoje, representam um importante desafio de Saúde Pública.¹⁻⁴ As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde.

Logo, é preciso, também, atentar para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não realizar a prevenção do câncer do colo do útero. Motivos esses que em alguns casos estão ligados a tabus, valores culturais e sua própria sexualidade.

O câncer do colo uterino pode ser prevenido, se for detectado precocemente; isso quer dizer que é uma prevenção secundária, uma vez que estaria sendo interceptado, através de métodos diagnósticos, a evolução de possíveis lesões malignas.

De acordo com consensos de agências governamentais e não-governamentais dos Estados Unidos e do Canadá, existem fortes evidências, a partir de estudos epidemiológicos, e também de opiniões de pareceristas respeitados, baseados na experiência clínica, estudos descritivos ou Comitês de Especialistas, que após o rastreamento regular com o teste Papanicolaou em mulheres sexualmente ativas ou com idade superior a 18 anos, ocorreu diminuição da mortalidade por câncer de colo do útero.⁵ Sendo assim, o Ministério da Saúde do Brasil adotou esses consensos que foram adequados à realidade brasileira pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).⁵

Dessa forma, o INCA⁵ organizou um consenso sobre a PCCU no Brasil, orientando as seguintes normas: a) oferecer rastreamento com o teste de Papanicolaou a mulheres a partir dos 18 anos de idade ou com vida sexual ativa em qualquer idade; b) a periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano; c) mulheres em grupos de risco (mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente e d) mulheres histerectomizadas por outras razões, que não o câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento.

A PCCU é um tema muito amplo que pode ser idealizado ou pensado de várias formas, entre elas pela própria competência dos profissionais em realizar práticas assistenciais, em que o objeto do trabalho é o ser humano; o próprio processo saúde-doença; a organização dos serviços de saúde e a percepção/sentimentos da mulher em relação ao exame, bem como sua situação social, econômica e cultural.

Nesse momento, apresentam-se dois pressupostos: o primeiro pressuposto é que a Estratégia Saúde da Família (ESF), estando norteadas pelos princípios da APS, apresentaria potencialidades para ampliar e qualificar a PCCU em nosso país, e o segundo, mas não menos importante, é de que a educação em saúde ajudaria as mulheres a terem maior autonomia sobre seu corpo e sua saúde e com isso, acredita-se que poderiam, entre outros ganhos, trabalhar melhor a questão da vergonha, do medo^{2,3} que algumas vezes impedem muitas mulheres de procurarem os serviços de saúde.

No caso da PCCU, além de um programa de rastreamento, capacitação de recursos humanos, organização de recursos materiais e físicos, é necessário que ocorra a divulgação de informações prévias e orientação para as diferentes camadas da população, principalmente para as camadas mais simples. A desinformação é uma barreira para o sucesso de qualquer projeto que objetive contemplar grandes populações.⁶ A educação em saúde poderia estar sendo mais utilizada na divulgação e compreensão das informações, e isso poderia ser garantido tanto em grupos de mulheres, como na própria consulta individual.⁷

Também é preciso entender que ESF já trabalha com o conceito de educação em saúde, considerado o importante componente de atenção à saúde, voltado à melhoria do autocuidado, através da troca de experiências entre os grupos das comunidades assistidas e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um, trazendo resultados incommensuráveis para a promoção de saúde.⁸

Na verdade, todas essas considerações têm potencialidades para serem assistidas pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), representada neste trabalho pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Logo, acreditando na possibilidade de melhores condições de atendimento em todo sentido biopsicosocial e reconhecendo que não é possível em um só estudo incluir todos esses aspectos, optou-se por fazer um recorte da realidade, construindo o objeto de investigação, contemplando "Analisar a percepção/ótica das mulheres da área adscrita de Unidades de Saúde da Família, da Área Básica de uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, sobre as práticas de prevenção do câncer do colo do útero no contexto saúde da família". Considera-se que, se organizada a assistência à saúde de acordo com as linhas filosóficas da APS, poderia haver maior cobertura e melhor qualidade da PCCU.

Métodos

O presente estudo é do tipo exploratório e descritivo. Foi utilizada a abordagem qualitativa.⁹ A coleta foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) da Área Básica de uma Distrital de saúde, do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

A relação do município de Ribeirão Preto com a ESF se deu a partir do processo de municipalização da saúde e da implantação da Gestão Plena em 1998, possibilitando, em 1999, organizar a implantação da ESF na rede básica de saúde.

Mulheres moradoras das áreas adscritas, que realizaram o exame Papanicolaou nos seus respectivos NSF, durante o mês de dezembro de 2002, foram selecionadas para o estudo.

Para garantir o sigilo de suas identidades e preservar seu anonimato, foi pedido, inicialmente, que cada mulher escolhesse um nome que lhe representasse enquanto sentimento.

Os critérios adotados para a seleção foram os seguintes: a) mulheres integrantes de famílias adscritas nas áreas de abrangência dos quatro USF (área básica) da Distrital-Oeste/Sumarezinho que realizaram o exame Papanicolaou do câncer do colo do útero no período de 1 a 31 de dezembro de 2002; b) mulheres na faixa etária de 25 a 55 anos, considerando os fatores de risco para o carcinoma *in situ* e invasivo; c) mulheres que não possuísem o diagnóstico de câncer do colo do útero; d) mulheres que concordassem com a gravação das entrevistas; e) o número de mulheres entrevistadas foi determinado pela exaustão das falas registradas nas entrevistas.

A coleta dos dados foi iniciada no mês de abril de 2003, e encerrada, por exaustão das falas, em junho de 2003. Os dados foram sistematizados em duas etapas: aproximação com o campo e aproximação com as mulheres selecionadas. Foi utilizada a técnica da entrevista com uso da gravação das falas com gravador.

Foram realizadas três reuniões com horário e dia estabelecidos pelas equipes de saúde da família, com a finalidade de esclarecer os objetivos do projeto, conhecer a equipe saúde da família e o funcionamento das USF, buscando aproximação com as mulheres e identificação das ações realizadas pela equipe saúde da família na PCCU.

Realizou-se contato com as enfermeiras das quatro USF, informando sobre o início da coleta de dados.

Foram selecionadas 33 mulheres nas quatro USF de acordo com os critérios estabelecidos.

No momento da entrevista foi entregue o convite

formal, apresentando e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante.

Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres. Reuniu-se todo o material empírico e houve uma pré-análise dos dados, orientada pelos pressupostos e objetivos do estudo, com leitura fluente e exaustiva das entrevistas. Ainda nessa etapa, trabalhou-se com as entrevistas, buscando uma forma de proceder aos recortes, à categorização e à codificação, à medida que se apresentava a recorrência dos dados.

Sendo assim, as informações foram classificadas em três temáticas: Temática 1: O olhar da mulher sobre o processo saúde-doença; Temática 2: a mulher e a prevenção do câncer do colo do útero; Temática 3: as práticas de prevenção do câncer do colo do útero nas Unidades de Saúde da Família.

Resultados e Discussão

Temática 1: O olhar da mulher sobre o processo saúde-doença

O olhar da mulher sobre o processo saúde-doença contemplou os seguintes subtemas: o conceito do processo saúde e doença, a condição atual da saúde, a resolução dos problemas de saúde: pessoais e familiares.

Autores como Ferreira,¹⁰ Capra,¹¹ e Minayo,¹² referem que a saúde apresenta significados diferentes conforme a época e a cultura das sociedades. Justamente por ser um conceito que depende das relações entre os organismos vivos e o meio, e como esses estão sempre em transformação, o conceito se transforma também.¹³ A importância de analisar a compreensão das mulheres sobre o processo saúde-doença provém da necessidade de entender se esse processo influi nas suas decisões com relação à prática da PCCU, doenças e da promoção da sua saúde e de sua família e comunidade.

Ao realizarmos as primeiras leituras das entrevistas, percebemos dois conceitos clássicos sobre saúde, em algumas falas: primeiro, uma compreensão clara da saúde como ausência de doença. Esse conceito foi utilizado e reproduzido por vários anos, pelo fato de algumas enfermidades infecciosas terem sido, por muito tempo, as principais causas de graves doenças e pela morte de muitas pessoas.¹³ Mas, esse conceito, em algumas falas, também estava complementado com uma abordagem mais sistêmica de saúde, ou seja, muitas falas trouxeram a necessidade de cuidado e promoção da saúde. Assim,

para as mulheres entrevistadas saúde é:

"Saúde é a gente não ter nada, quando a gente não está doente não sente nada no corpo, quando a gente está com doença, sente indisposição, um mundo de coisa!" (Sossego).

[...] saúde é tudo na vida de uma pessoa, e a gente tem que se cuidar enquanto tem ela, porque se você não cuidar, a hora que cair doente é a pior coisa que tem, às vezes não tem volta, [...] se a pessoa tem saúde [...] a falta de dinheiro não é tão grande, [...] porque se você tem saúde, você consegue trabalhar, para você sobreviver e se você não a tem é difícil [...]. (Saudade)

Diante do exposto, detectou-se que as mulheres investigadas apresentaram certa proximidade com o conceito de saúde mais abrangente e explicativo proposto na Conferência de Ottawa, em 1986, uma vez que foi considerado em suas falas um conjunto de fatores sociais, econômicos, comportamentais e também biológicos.¹⁴

Ficou claro nas falas que o estado de saúde das mulheres depende também das condições de saúde de seus companheiros, dos seus filhos, enfim, de suas famílias, e que seus estados de saúde não acontecem, não se estabelecem, unicamente de forma individualizada. Algumas vezes, o problema vivido pelo próprio companheiro, ou pela família é a própria queixa da mulher, ou da pessoa que procura os serviços de saúde. As mulheres entrevistadas relacionavam os conceitos saúde-doença com suas próprias situações de saúde.

Tudo bem em termos de saúde [...] as poucas coisas que eu sinto é assim como eu te disse, é esse desânimo, indisposição, eu acho que isso não é um problema de saúde, mesmo porque possa [ser] que seja emocional, em termos de estar tudo bem é que eu trabalho, eu me alimento bem, durmo bem, agora outras coisas eu não sinto, eu não tenho. (Emoção)

O fato de poder olhar para esses problemas ou necessidades que algumas dessas mulheres enfrentam, mostra a complexidade da atenção a saúde na APS.¹⁵ Por isso os profissionais de saúde devem ser sensíveis a estes contextos, reconhecendo necessidades ou problemas que não são falados, mas que são vividos, pois os usuários, quando procuram os serviços de saúde, levam consigo sua vida e não apenas queixas. Na verdade, o profissional de saúde deve buscar uma prática integral.

A saúde da família é uma estratégia de reorientação do modelo biomédico (centrado na doença, excludente, que privilegia uma medicina de alto

custo) para um modelo que se preocupa com a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas. Toma como base alguns princípios operacionais, entre eles a integralidade das ações e a equipe multiprofissional, considerando que esses instrumentos possuem maior proximidade com a complexidade das necessidades das pessoas na APS, promovendo maior resolutividade das necessidades ou problemas de saúde.¹⁶

A seguir, alguns relatos das mulheres entrevistadas, sobre como resolvem seus problemas de saúde:

Eu e meu marido resolvemos, vou ao médico no Núcleo, não procuro outro lugar, só aqui!. (Comunicação)

Ah! eu chego lá no Núcleo e já falo para as moças, eu não estou boa e quero uma consulta, aí elas já me passam para a minha médica, aí eles me passam algum remédio e também já venho embora. (Sossego)

Algumas mulheres relataram procurar os médicos dos serviços de Saúde da Família. A princípio pode-se tentar entender isso como uma questão positiva para a ESF, apresentando a formação de vínculo, confiança dessas mulheres e suas famílias na assistência recebida sobre suas necessidades. É importante destacar isso, pois os profissionais de saúde da APS precisam ser reconhecidos como prestadores de assistência de atenção continuada e de qualidade. Entretanto, a questão das usuárias de serviços de saúde da família ainda considerarem fortemente a prática médica como, se não a única, mas a mais importante das práticas assistenciais, nos remete a pensar o quanto essas mulheres estão impregnadas pela assistência medicalizante, dominante, que por muito tempo ditou regras e normas sobre o corpo e a sexualidade feminina.¹⁷

A equipe tem real importância para essa transformação e sua utilidade é mais que aceitável, é necessária na relação dos serviços de saúde com os usuários, considerando que o modelo biomédico tem se mostrado insuficiente na resolução de certas necessidades de saúde. Também é verdade que o profissional médico, sozinho, se vê limitado para a resolução total de tais problemas, por isso a essencialidade da organização de equipes com ações multidisciplinares.

Temática 2: A mulher e a prevenção do câncer do colo do útero

O desenvolvimento de estratégias que reduzam fatores de risco de enfermidades específicas ou

reforcem fatores pessoais que diminuam sua suscetibilidade promovem a prevenção do câncer do colo do útero.

A prevenção foi abordada por considerar que é necessário conhecer quais ações envolvidas na PCCU percebidas pelas mulheres; qual o seu entendimento da lógica de praticarem e buscarem elas próprias as ações de prevenção, enfim entender em que nível de necessidade se encontram as práticas de prevenção, entre elas a PCCU, para as mulheres entrevistadas:

Sim já ouvi falar na tv, significa que antes prevenir do que remediar, já tem aquele ditado que diz isso! Remediar sai muito mais caro do que prevenir [...] Esse exame que eu fiz é uma maneira de prevenir, que é o Papanicolaou, agora tem campanhas, porque antes não tinha, o Papanicolaou é uma prevenção do câncer, se já tem começo da doença. (Tranqüilidade)

É prevenir [...] contra a coisa da doença, como, por exemplo, o câncer e outros tipos de doença [...] Evitar, por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis [...]. (Emoção)

Foi percebido nos relatos expressos pelas mulheres que a prevenção significa para elas algo que impeça a doença de aparecer, ou seja, alguma ação que evite, interceda, até mesmo estacione o processo de adoecimento. Os exemplos mais referidos foram o exame Papanicolaou, como a PCCU, e também o de mama, o acompanhamento médico e também o cuidado com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS. Isso nos mostra a riqueza do conhecimento popular, que deveria ser mais utilizado.^{7,18}

Temática 3: As práticas de prevenção do câncer do colo do útero nos núcleos de saúde da família

O medo da instalação de uma doença degenerativa e mutilante esteve presente na fala das mulheres pesquisadas. O câncer ainda tem conotações negativas e é representado pelas suas conseqüências trágicas como a iminência presente do medo de morrer, carregado de estigmas de discriminação e rejeição social, desde o meio familiar até as perdas de atividades produtivas no nível físico, afetivo, familiar, econômico, social, cultural.⁴

Tentou-se analisar e verificar a influência desses determinantes no processo da PCCU, a partir das experiências vividas pelas mulheres do presente estudo, uma vez que concorda-se com Pinho e

França,¹⁹ ao afirmarem que é importante que o profissional reconheça como foram realizadas estas práticas anteriores. A realização da primeira experiência, dependendo de como foi vivenciada, pode representar para as mulheres a importância de elas se prevenirem desse tipo de câncer e despertar, ainda, o senso do autocuidado.

Miller¹ refere que o exame Papanicolaou é um dos instrumentos mais importantes e confiáveis na detecção precoce do câncer do colo do útero e da PCCU.

[...] ah! medo assim do próprio exame mesmo, porque o povo falava que era ruim quando fazia lá dentro, então vinha aquele medo, e realmente dói mesmo, é insuportável a dor, mas, para mim, foi tudo bem [...] porque, senti dor, mas pelo menos, eu fiquei sabendo como que estava por dentro de mim, e sabendo que eu não tenho nada, então valeu a pena. (Alegria)

Muito se lê e se escuta de alguns profissionais de saúde que o exame Papanicolaou é indolor e de rápida execução, porém parece ser apenas levada em conta a parte técnica do profissional, por ser um exame de fácil execução para quem o realiza, desde que tenha recebido treinamento prévio.

O sentir dor é muito relativo, varia de pessoa para pessoa, não existe dor igual em intensidade, talvez semelhante, mas, mesmo assim, cada mulher sentirá do seu jeito e outras nem sentirão, sendo apenas uma experiência normal e comum. Mantese e Freitas,²⁰ citando a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), apresentam o conceito de dor como uma experiência desagradável, sensitiva, emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, descrita em função destes danos.

No entanto, é necessário que os profissionais de saúde lembrem-se das elaborações que permeiam o pensar e o sentir da mulher sobre a realização desse exame, e que devem ser considerados.

[...] é constrangedor fazer o exame, mas o restante, você tem o conforto que está bem [...]. (Felicidade)

Os profissionais da saúde da família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, passam a desenvolver relações de vínculo com as pessoas, construindo assim relações de confiança para discutir as representações sociais/individuais/culturais sobre a sexualidade, seja ela feminina ou masculina, e a importância de prevenção contra o câncer do colo uterino.

A saúde da família, desde a seu projeto de implantação pelo Ministério da Saúde, em 1994, traz

consigo os princípios da APS: primeiro nível de assistência e atenção continuada à saúde, acesso universal à saúde pelos indivíduos e suas famílias, integralidade das ações, dando ênfase principalmente ao desenvolvimento social e econômico,¹⁵ norteados no Brasil pelo SUS. Sendo assim, é esperado que as ações da saúde da família ofereçam uma assistência diferenciada e de qualidade às pessoas.

Esses princípios da APS parecem nortear a assistência oferecida nas USF, o que foi percebido através das falas da maioria das mulheres sobre a atenção recebida por esses serviços, de acordo com o que se segue:

[...] tudo que eu preciso eu trato aqui, eu nem preciso marcar, eu venho, já me atende, desde que eu comecei aqui eu não tenho doença [...] Sou recebida muito bem, eles trata a gente como sendo da família, a gente fica sem graça, todo mundo é bom, tanto o médico, como elas que atendem a gente ali na frente. (Medo)

A prática baseada no vínculo é a melhor forma de combinar autonomia dos usuários e responsabilidade dos profissionais. Esta noção de responsabilização pelos usuários e comunidades amplia o vínculo e o compromisso entre profissionais de saúde e usuários.²¹

A assistência aqui é bem melhor, você está com alguma coisa, elas falam, vou tentar te encaixar se não dá eles vão na tua casa, agora o outro, eles não sabe se você esta viva ou se esta morta. (Paixão)

[...] eles são muito atenciosos com a gente, a única coisa que eu não gosto muito é que, às vezes, a gente quer fazer um seguimento com um médico só, e aqui, um dia você vem é um, outro dia é outro, o ruim é só isso, mas a gente tem que entender que é o estudo deles [...] (Tristeza)

Entretanto, na fala de Tristeza, nota-se que, embora ela considere e pontue a assistência como acolhedora, ela percebe um certo rompimento na criação do vínculo profissional-usuário, com a saída de cada estagiário. A troca de profissionais que Tristeza se refere é com relação à presença de alunos de cursos de graduação, que após a conclusão de seus estágios perdem o vínculo com o serviço. As USF possuem médicos contratados por um período de 40h semanais, assim como o restante da equipe, no entanto, em alguns momentos, essas mulheres são atendidas por estagiários, uma vez que, dentre as atividades no plano de trabalho desses serviços, o ensino é contemplado.

Decidiu-se, assim, realizar um exercício, para reconhecer a satisfação das mulheres, com relação à assistência recebida das práticas da PCCU. Para isso, foram utilizadas perguntas relacionadas à indicação ou não das mulheres, das práticas de prevenção do câncer nas USF, para outras mulheres.

Ah, recomendo sim, é bom prevenir e aí principalmente, eu sei que tem regiões, depende da localização de onde mora, cada qual é atendida no seu próprio bairro, mas eu gosto daí, é muito bom. Eu não fui mal tratada aí, em outros lugares sim, mas aí não. (Felicidade)

Quem me pergunta, eu falo aqui, eu recomendo aqui. (Medo)

A construção da autonomia dos usuários e da comunidade também está contemplada nos Princípios e Diretrizes do SUS, uma vez que o direito à informação sobre sua saúde, o direito à divulgação de informações quanto ao potencial do serviço de saúde e sua utilização pelo usuário, e o controle social, ou seja, a participação da comunidade nas decisões voltadas ao serviço de saúde, viabilizam a aproximação do usuário tanto com as questões da autonomia, como com o autocuidado.²²

A organização do controle do câncer do colo do útero na APS, representada pela Saúde da Família, apresenta potencialidades para oferecer uma assistência à mulher de forma integral, humanizada, qualificando, entre outras necessidades, a prevenção e o controle do câncer cérvico uterino.²²⁻²⁴

Os sentimentos apresentados pelas mulheres nas USF, não variaram muito, além daqueles apresentados acima, como, por exemplo, o questionamento do fazer o exame por necessidade de se autocuidar, a questão do desconforto causado ou não pela colocação do espécúlo e o medo do resultado. No entanto, algumas mulheres referiram que durante o exame se sentiram bastante tranquilas.

Aqui não senti vergonha, fiquei à vontade, relaxada, não senti nem um pouco de dor, incomoda um pouquinho colocar o espécúlo, mas a ponto de suportar [...] me senti à vontade, a gente sempre fica com medo do resultado, mas graças a Deus, só deu assim coisas que dá mesmo, com uma pomadinha melhorou [...] Tem local para trocar de roupa, colocar camisola [...] deita e a médica entra. (Comunicação)

Ter educação, eles não são brutos, eles atendem com paciência e põe paciência nisso, eles escuta o que a gente fala. (Medo)

Ela é uma pessoa simpática, ela é médica, mas ao mesmo tempo, ela é amiga da gente, ela conversa, ela conta piada, é

um amor de pessoa, é uma mulher e a gente se abre, contudo, se fosse homem era difícil. (Sossego)

A primeira abordagem sobre o assunto da PCCU deveria se dar 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.²³

Foi importante, também, perguntar às mulheres quais foram as orientações que elas receberam dos profissionais das USF, sobre a PCCU, onde foram obtidas as mais variadas respostas:

Ele falou assim, para mim, que tinha dado tudo bem, e que olha o seu exame, correu tudo bem, você não tem nada e falou um bocado de coisa. (Alegria)

[...] eu não tenho nada de exames na minha mão, eu acho engraçado, a única coisa que eu tenho na minha mão é o meu cartão [...] Nada, não falaram nada não, se a gente não pergunta, eles não fala nada não [...] só fica lendo lá aqueles folhas da pasta, lá caladinho, para de ler, fala que está tudo bem [...]. (Calma)

Ayres²⁵ afirma que a linguagem é um dos mais poderosos meios de encontro e relação entre profissional e usuário, comentando, ainda, que "*os sujeitos são diálogos*," devendo considerar a urgência de aproximarmos a ciência e o senso comum, no diálogo sanitário realizado pela interação entre os profissionais e as comunidades.

O diálogo é fundamental em todos os momentos do encontro com a mulher, tanto dentro do serviço de saúde da família, quanto fora dele. Em algumas falas foi possível notar que das orientações realizadas, o resultado propriamente dito ficou aparentemente entendido, uma vez que, segundo elas, os profissionais informam que o resultado do exame "não deu nada", quando na verdade, o resultado pode ser ou positivo ou negativo, para lesões neoplásicas, do câncer do colo uterino.

A partir das exposições, se pôde notar que essas mulheres realizam o autocuidado, embora com relativo grau de autonomia, mas exercem, e exercendo, se protegem, se previnem.

Ah! que tivesse ali sempre fazendo, procurasse fazer agora este exame, para quem nunca fez, para prevenir a doença. Que não tem problema não, tem que ir lá fazer, que é bom, é bom não!, mas para prevenir a doença, mesmo que às vezes a gente fica com receio, com medo (como que vai ser, como que ele vai pegar ali) de ir ao médico, mas é bom. (Sensibilidade)

Considerando que a Promoção da Saúde se dá pelo autocuidado, pela ajuda mútua e pelas condições dos meios sociais, econômicos, culturais, algumas mulheres envolvidas neste estudo apresentaram envolvimento pessoal/familiar com a promoção de sua saúde e da comunidade a qual pertencem.

Isso se percebeu pela socialização das mulheres sobre como e por que outras mulheres (as que não realizaram) devem realizar as práticas de PCCU. Essa questão da ajuda mútua é um ponto fundamental na construção de suas autonomias, pois considerando que elas realizam práticas de saúde saudáveis, se protegendo de doenças, ou seja, no caso específico, do câncer do colo do útero, elas, ainda, demonstraram se preocupar e orientar outras mulheres. Muitas das entrevistadas, logo após o término das entrevistas, referiram que já haviam orientado suas familiares e amigas a realizarem o exame Papanicolaou.

[...] se elas se amam, elas devem procurar fazer a prevenção é por amor a si próprio, nós precisamos cuidar da gente, apesar da gente ir no médico e ele estar sempre cuidando, a gente tem que se cuidar também. (Felicidade)

Considerações finais

O conceito sobre o processo saúde-doença, em algumas falas, apareceu como ausência de doenças, mas foi contemplado com uma abordagem mais sistêmica de saúde, ou seja, em muitas falas as mulheres trouxeram a necessidade de cuidado e promoção da saúde, tanto da sua saúde, como a de seus familiares.

Foi possível perceber, nos relatos expressos pelas mulheres, que a prevenção significa para elas algo que impeça a doença de aparecer, ou seja, alguma ação que evite, interceda, até mesmo estacione o processo de adoecimento. Isso mostra que a compreensão popular das práticas de saúde pelas mulheres entrevistadas, contribuiu para as mesmas irem realizar o exame Papanicolaou nas USF.

Os sentimentos apresentados pelas mulheres nas USF, não variaram muito além daqueles apresentados na primeira experiência de realização do exame Papanicolaou, como, por exemplo, a necessidade de se autocuidar, o medo do resultado e a vergonha.

Foi percebido, em algumas falas, que as mulheres se sentiram bastante relaxadas, tranqüilas com a realização do referido exame por alguns profissionais de saúde das USF.

A conversa foi apontada por muitas das mulheres como instrumento fundamental do profissional de saúde. A conversa e a escuta devem se dar em todos os momentos do encontro com a mulher, tanto dentro do serviço de saúde da família, quanto fora dele, sendo o ACS o primeiro profissional a discutir esta temática nos próprios domicílios das famílias das mulheres.

A percepção sobre as práticas de PCCU nas USF foi positiva, uma vez que a maioria das usuárias se mostrou satisfeita com os atendimentos que foram realizados. A lógica da assistência da APS promovida pelas USF apresentou potencialidades para a qualificação das práticas de PCCU.

Referências

1. Miller AB. Programas de detección del cáncer cérvico-uterino: directrices de gestión. Ginebra: OMS; 1993.
2. Lopes RLM, Diniz NMF, Gesteira SMA, Matos MEC, Argôllo SLS, Santos ASM, Reis OR. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cervico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela. *Rev Bras Cancerol.* 1999; 45: 35-43.
3. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude, e prática do exame de papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17: 909-14.
4. Linard AG, Silva FAD, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentar a realidade. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48: 493-8.
5. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Prevenção e controle de câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48: 317-32.
6. Roberto Netto A, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Avaliação crítica da estrutura do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde do Brasil. *Femina.* 2001; 29: 555-60.
7. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
8. Ministério da Saúde. Programa saúde da família. Brasília, DF; 2000. (Caderno de Atenção Básica, n. 1).
9. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes 1994. p. 9-29
10. Ferreira FAG. *Moderna saúde pública.* 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1971.
11. Capra F. O ponto de mutação - a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix 1982.
12. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública.* 1988; 4: 363-81.
13. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología.* Washington, DC; 1996. p. 25-36.
14. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: carta de Ottawa Declaração de Adelaide de Sundsvall de Bogotá. Brasília, DF; 1996.
15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF; UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
16. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família, ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003; 3: 113-25.
17. Ferreira SL. Mulher e serviço de saúde: o processo de trabalho em distritos sanitários. Salvador: Ultragraph; 1996.
18. Valla VV. Procurando compreender o falar das classes populares. In: Valla VV, organizador. *Saúde e educação.* Rio de Janeiro: DP & A; 2000. p. 11-32.
19. Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003; 3: 95-112.
20. Mantese JC, Freitas GC. Síndrome dolorosa crônica da pelve feminina. In: Andrade Filho C. *Dor: diagnóstico e tratamento.* São Paulo: Roca; 2001. p. 161-9.
21. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizador. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
22. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. A prevenção do câncer de colo uterino no contexto da estratégia saúde da família. In: Anais do XII Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2003, abril; Porto Seguro, Bahia. Salvador: Aben; 2003. [CD room].
23. Gregorio RM, Cervo EMV. Captação humanizada de mulheres para realização de exame preventivo de colo. In: Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003 27 de julho; Brasília, DF. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. v. 1, p. 119 [resumo].
24. Scopel LF. Prevenção e controle do câncer de colo uterino. In: Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003 27 de julho; Brasília, DF. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. v. 1, p. 119 [resumo].
25. Ayres JRC. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saúde Coletiva.* 2001; 6: 63-72.

Recebido em 1 de outubro de 2004

Versão final apresentada em 22 de novembro de 2006

Aprovado em 7 de dezembro de 2006.