

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

# REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE URBANA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIO NEGRO/MS

**Popular health education-based reorganization of gynecologic cancer prevention actions: the experience of the Rio Negro/MS family health strategy urban team**

Ernande Valentin do Prado<sup>1</sup>, Wilma Suely Batista Pereira<sup>2</sup>, Mônica de Assis<sup>3</sup>

### RESUMO

O exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou) é um método efetivo no rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras. Sua utilização em programas organizados de rastreamento tem repercutido em significativa redução da morbimortalidade por esta neoplasia em países desenvolvidos. Apesar de aparente simplicidade, a coleta de material colpocitológico para o exame citopatológico é um momento delicado para a mulher, pois sentimentos como ansiedade, medo e vergonha são apontados em estudos sobre a percepção feminina quanto ao exame. Considerando a importância de criar estratégias para acolher a mulher e facilitar sua vivência, a equipe urbana da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, propôs uma reorganização da rotina para este exame com base em princípios da Educação Popular em Saúde. O objetivo deste artigo é apresentar esta experiência desenvolvida nos anos de 2007 e 2008. Espera-se que este texto suscite reflexões e práticas que promovam o acesso humanizado da mulher às ações preventivas do câncer ginecológico na atenção básica em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Mulher. Neoplasias do Colo do Útero/prevenção & controle. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

### ABSTRACT

Histopathology of the cervical smear (Papanicolaou test) is an effective screening method for uterine cervical cancer and its precursory lesions. Its use in organized screening programs has led to a significant reduction in both disease-related morbidity and mortality in developed countries. Despite its apparent simplicity, sampling is a delicate moment for a woman, as anxiety, fear and shame have been reported from studies on women's perceptions of this exam. Considering the importance to develop strategies to humanize and facilitate this experience, the Rio Negro/MS Family Health Strategy urban team has proposed a routine reorganization for this exam, based on the principles of Popular Health Education. The aim of this article is to report this experience, developed in the 2007-2008 period. Hopefully, this text will foster reflections and actions to promote humanized access to Primary Health Care-based gynecologic cancer preventive actions.

**KEY WORDS:** Women's Health. Uterine Cervical Neoplasm/prevention & control. Primary Health Care. Health Education.

<sup>1</sup> Ernande Valentin do Prado, enfermeiro. Graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e pós-graduado em Saúde Pública pela FIOCRUZ. Faculdade AGES em Paripiranga/Bahia. E-mail: emboraqueira@uol.com.br

<sup>2</sup> Wilma Suely Batista Pereira, doutora em Ciências Socioambientais. Universidade Federal de Rondônia / Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares Afros e Amazônicos - GEPIAA/UNIR.

<sup>3</sup> Mônica de Assis, sanitarista. Doutora em Ciências da Saúde. Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer, tecnologista da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica.

## INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero ainda é responsável por inúmeras mortes de mulheres em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento, apesar da relativa facilidade para identificar e tratar o tumor e suas lesões precursoras por meio do exame citopatológico do colo do útero (Teste de Papanicolaou).

No Brasil, são estimados 19 mil casos novos de câncer do colo do útero, em 2009, além de 49 mil casos novos de câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCA, 2007), o que exige a criação de novas formas de enfrentar esta realidade e rever o papel dos serviços de saúde em sua dinâmica para oferecer e realizar as ações preventivas do câncer ginecológico.

Além das dificuldades de acesso aos serviços, a adesão da mulher ao exame encontra barreiras em virtude do constrangimento, vergonha e medo na hora de realizá-lo (DUAVY *et al.*, 2007). Segundo Pinho e França-Junior (2003), o sentimento de desconforto físico e emocional e até de humilhação durante a realização do exame de Papanicolaou é frequente entre as mulheres. Para estes autores, esses sentimentos expressos pelas mulheres são causados pela falta de explicação do significado do exame, pela realização de forma fria e descuidada, o que impossibilita que o exame seja aproveitado como um espaço de cuidado e de autoconhecimento para mulher.

Analisando também questões relacionadas ao exame preventivo, Paula e Madeira (2003) afirmam que, apesar do discurso de integralidade, a subjetividade da mulher e do profissional que a assiste fica em segundo plano nas campanhas de prevenção e isso dificulta a obtenção de melhores resultados.

A coleta do preventivo ginecológico, na área de abrangência da equipe urbana da Estratégia Saúde da Família em Rio Negro, Mato Grosso do Sul, nunca atingiu expressivo número de mulheres. As condições até 2005 não eram favoráveis. O exame era realizado em uma sala minúscula, apertada, sem banheiro, pia e cabide para as mulheres pendurarem a roupa. Para se preparar para coleta a mulher entrava sozinha no consultório e, depois, o profissional entrava com ela já deitada na maca. Era feito assim porque não cabiam duas pessoas ao mesmo tempo na sala.

Mesmo com a mudança para um local mais espaçoso, permanecia a falta de cuidado em dialogar com a mulher, ouvir suas dúvidas, queixas ou lhe deixar falar de seu constrangimento. A mulher entrava na sala, tirava a roupa e posicionava-se na maca. Em seguida, entrava o profissional e coletava o material para o exame. A mulher

saía e retornava apenas quando o resultado estava pronto para agendar uma consulta médica na qual pouco ou nada lhe era orientado. Mais uma vez, não podia falar de seus sentimentos, seus medos e sintomas físicos. Era “não deu nada no exame” ou “use essa pomada por sete dias.” E, assim, uma rica possibilidade de diálogo com essa mulher era perdida.

Os problemas identificados motivaram a equipe a rever suas rotinas e vivenciar, em 2007 e 2008, a experiência de construção de uma relação mais próxima com as usuárias do serviço de saúde, baseada em elementos teóricos e metodológicos da Educação Popular em Saúde. O objetivo deste artigo é apresentar esta experiência e seu potencial para promover o acesso humanizado da mulher às ações preventivas do câncer ginecológico na atenção básica em saúde.

Espera-se que as dificuldades encontradas e as possibilidades de mudança experimentadas no processo de trabalho possam motivar reorientações no cotidiano dos serviços de atenção básica, de modo a incluir a participação das mulheres, de maneira efetiva, na assistência a ela direcionada.

## RECONHECIMENTO DA NECESSIDADE DE MUDANÇAS: PRIMEIRAS INICIATIVAS

A parte inicial da organização do serviço foi arrumar um espaço adequado a um atendimento com dignidade: uma sala maior, com antessala para dialogar com as mulheres e mais espaço para as usuárias e os profissionais. O desafio maior foi vencer a desconfiança dos sujeitos. Os servidores, especialmente de enfermagem, afirmavam que as mulheres de Rio Negro não aceitavam “colher preventivo com homem”. No início, houve alguma resistência, mas era mais por uma questão de tradição, “sempre foi assim”, do que pelo fato de as mulheres não aceitarem colher o exame com um profissional Enfermeiro do sexo masculino.

Na rotina, o exame era colhido pelo enfermeiro e pela auxiliar de enfermagem com a qual a população estava acostumada. Durante o preenchimento da ficha de preventivo, realizado por um terceiro profissional, perguntava-se à mulher com quem ela gostaria de fazer o exame e a maioria escolhia fazer com a auxiliar. Esse fato devia-se também, além do hábito e do fato de o enfermeiro ser homem, pela confusão existente entre as categorias da enfermagem. Em geral, a população não sabe realmente qual a diferença de papéis entre enfermeiro, auxiliar ou técnicos de enfermagem.

Neste período, não era realizado exame clínico das mamas de rotina. Uma das estratégias para aumentar a escolha

das mulheres quanto a fazer o exame com o enfermeiro era a possibilidade de também realizar o exame de mama, já que a auxiliar não fazia. Mesmo assim, poucas mulheres procuravam espontaneamente o serviço para fazer os exames (semanalmente, cinco ou seis apenas). A divulgação era realizada exclusivamente pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Não havia controle sobre quais mulheres faziam. Muitas diziam que iam até a capital realizar os exames em clínicas particulares, pois, segundo elas, não acreditavam na qualidade do serviço prestado na cidade ou questionavam o profissionalismo de alguns servidores do município.

Em sucessivas reuniões de equipe, foi sendo elaborada uma maneira de melhorar a qualidade do atendimento às mulheres a fim de aumentar sua participação e tornar o procedimento menos constrangedor para todas e todos.

## **ESTRATÉGIAS PARA REORGANIZAR A PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO**

A proposta de aprimoramento da coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero e do exame clínico de mamas incluiu, de modo geral, as seguintes rotinas:

1. Coleta, uma vez por semana, sempre às sextas-feiras pela manhã, para não afetar as demais atividades da equipe. Entretanto, quando esse dia e horário não era compatível com a possibilidade das mulheres, buscava-se adaptar a rotina às suas necessidades;

2. Não realização de agendamento prévio. Toda mulher que procurasse o serviço seria atendida, desde que respeitados os pré-requisitos para a coleta;

3. Divulgação permanente junto a outros programas e atividades da equipe: reuniões de hipertensos, rádio, escolas, terapia ocupacional, campanhas de vacinação, pré-natal e em outras atividades educativas e procedimentos coletivos ou individuais e outras;

4. Aprimoramento dos ACS sobre preventivo e câncer de colo de útero para que pudessem conversar com mais propriedade com as famílias durante visita domiciliar;

5. Desenvolvimento de uma ficha de acompanhamento do preventivo de câncer de colo de útero e mama para ser anexada ao prontuário e consulta de enfermagem para a entrega do resultado do exame;

6. Reunião com as mulheres antes da coleta do preventivo.

Todas essas ações são coerentes com as preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Para uma boa prevenção do câncer de colo de útero, é necessário facilitar a abordagem da mulher, o que inclui aproveitar todas as

oportunidades para melhorar a comunicação, dentro e fora da Unidade de Saúde, capacitar profissionais, divulgar as técnicas de realização dos exames, criar um espaço físico agradável e com privacidade, dentre outras providências.

A dinâmica modificada para a coleta do preventivo é a seguir apresentada em detalhes.

## **REORIENTAÇÃO DA COLETA DO PREVENTIVO**

A coleta, especificamente, foi organizada em etapas: reunião preparatória, coleta de dados, coleta do material e exame clínico das mamas, orientação individual pós-coleta e consulta de enfermagem para a entrega do resultado. No dia-a-dia, algumas dessas etapas são praticamente simultâneas, uma vez que ao menos três servidores realizam esse trabalho.

### **a) Reunião preparatória**

A reunião acontecia toda sexta-feira, antes da coleta de preventivo, e dela participavam as mulheres que procuram o exame de forma espontânea ou outras que estejam no Centro de Saúde na hora e aceitem o convite para participar. Era estimulada a presença dos companheiros. A intenção era divulgar a ideia de que cuidar da saúde da mulher não é só tarefa dela, mas que pode e deve ser estimulada pelos companheiros, filhos e amigos. Segundo Fernandes e Narchi (2002), citados por Cruz e Loureiro (2008), envolver os homens neste processo pode ser importante para aumentar o número de mulheres que fazem o preventivo. Segundo eles, o envolvimento dos homens pode diminuir, na mulher, a sensação de culpa que as doenças ginecológicas provocam nela.

Na reunião, com duração de 15 a 20 minutos, era abordada a prevenção do câncer do colo de útero e de mama e como são realizados os exames. As mulheres eram estimuladas a exporem suas dúvidas, seus conhecimentos prévios, falarem e extravasarem a tensão do momento. Como observado na pesquisa de Paula e Madeira (2003), muitas mulheres chegam nervosíssimas e constrangidas e isso é confirmado pelos casos de desmaio na sala de coleta e tremedeiras já ocorridos durante a reunião. Segundo esses autores, é importante que o profissional torne o momento da coleta do preventivo mais que a hora de examinar o corpo, mas também da mulher falar e ser ouvida e assim sentir-se respeitada e protegida. Esse espaço pode possibilitar reflexão sobre seu corpo, suas experiências de vida e maior consciência sobre o que acontece consigo mesma.

O material utilizado na reunião para ilustrar o assunto são espêculo, escovinha, espátula e o álbum serial “um toque de vida”, produzido pela Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul. A parte final é dedicada a esclarecer sobre seus direitos, principalmente, à privacidade, e sobre a diferença entre a coleta realizada pela auxiliar de enfermagem e pelo enfermeiro. Isto é feito não no sentido de desqualificar a primeira, mas de reforçar a possibilidade de o segundo realizar um exame mais completo, incluindo o exame clínico das mamas, somente realizado por este profissional.

Após os esclarecimentos, a mulher ficava à vontade para escolher qual profissional iria fazer sua coleta. A escolha é realizada após a reunião, durante o atendimento com a ACS para preenchimento da ficha de solicitação do exame.

### **b) Coleta de dados**

A ACS fazia algumas perguntas e anotava os dados dos documentos exigidos na ficha de solicitação do exame, a ser encaminhada ao laboratório que fazia a análise do material. O principal desta etapa era que a ACS voltava a conversar com a mulher sobre o exame e tinha outra oportunidade de tirar dúvidas sobre a coleta. A mulher definia com quem deseja realizar seu atendimento e era encaminhada à sala de exame.

### **c) Coleta do preventivo e exame clínico das mamas**

A sala de coleta passou a ter dois ambientes: um com cadeiras, balcão, mesa, som, onde também é realizada a reunião, e outro ambiente com pia, maca para coleta, espelho, cabide e material necessário à coleta. Quando a mulher entrava, já encontrava uma música ambiente ligada. A auxiliar de enfermagem a conduzia ao segundo ambiente, e ajudava a se preparar e o enfermeiro só entrava quando chamado, se a usuária tiver escolhido realizar os exames com ele.

A coleta é um procedimento que não dura mais que 8 minutos, mas havia sempre o cuidado de conversar com a mulher para saber se havia alguma queixa e se procurou espontaneamente o serviço. Em todas as etapas, lhe é informado o que iria ser feito, como e o que estava sendo visualizado. Logo após, era realizado o exame de mama, sempre tomando os mesmos cuidados de informar a mulher sobre o procedimento e os dados clínicos encontrados.

### **d) Orientação individual pós-coleta**

Após a coleta, o enfermeiro saía da sala e a mulher se vestia. Na antessala, o atendimento era complementado

com o questionamento à usuária sobre casos de câncer na família e com o registro dos dados sobre o exame clínico. A partir dessas informações, ela era orientada quanto ao retorno para pegar o resultado, situação muitas vezes esquecida, mas possivelmente minimizada mediante a construção de uma boa interação do profissional com a mulher e a organização do serviço (GREENWOOD *et al.*, 2006). Neste momento, a mulher podia aproveitar para tirar dúvidas que porventura não foram abordadas no coletivo

### **e) Consulta de enfermagem para entrega do resultado**

A entrega do resultado do preventivo era feita na consulta de enfermagem e o tratamento e/ou encaminhamento para investigação diagnóstica era realizado conforme o protocolo. Poucos casos necessitavam de novos exames ou atendimento médico.

## **MUDANÇAS OBSERVADAS COM A NOVA ROTINA**

Não foi possível verificar se esse novo modo de realizar coleta de preventivo aumentou o número de mulheres que procuram o serviço. O que se verificou foi o aumento do número de exames realizados pelo enfermeiro e a oferta do exame clínico de mama, antes não realizada no município. Era difícil a mulher passar pela reunião e não optar por fazer o exame com o enfermeiro, compreendendo a importância dessa ação.

Além disso, a reorganização aumentou a satisfação e a confiança das mulheres no procedimento e nos servidores. Essa disposição parecia fundamental para haver no futuro mais mulheres motivadas a realizar o exame de colo de útero e mama em Rio Negro. Essa confiança era demonstrada pelas mulheres que passaram a fazer o exame na cidade. Em depoimentos espontâneos, as mulheres que passaram pela reunião diziam que ficavam mais à vontade, com menos vergonha e que o exame não foi tão difícil quanto imaginavam. Depoimentos deste tipo eram importantes para a divulgação do trabalho de modo a trazer outras mulheres. Conforme Greenwood *et al.* (2006, p.508): “Em relação à mulher, pode-se inferir que, ao sair do serviço de atendimento bem orientada, ela não somente retornará para receber o seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade.”

Certa vez, vieram duas mulheres para coleta do preventivo e, já na porta da sala, perguntaram quem colhia. Ao serem informadas que elas iriam escolher disseram que não fariam de jeito nenhum se não fosse com a auxiliar de en-

fermagem. Então elas entraram para reunião, participaram, fizeram perguntas e falaram do medo de que todo mundo soubesse de seu exame. Ao sair, preencheram as fichas e voltaram dizendo: “agora você ganhou duas freguesas para o resto da vida.” Eram mãe e filha.

Além da reunião, os demais procedimentos implantados contribuíram para tornar o preventivo mais popular na população feminina de Rio Negro. As mulheres que antes não pensavam em fazer esse exame já estavam fazendo com menos constrangimento. Atividades desenvolvidas com o pré-natal possibilitaram que gestantes, que imaginavam não poder fazer o preventivo, fizessem antes do parto. As atividades educativas nas escolas abordavam aspectos preventivos e divulgavam o exame. Programas de rádio sobre o tema também contribuíram para levar mulheres de primeira vez ao centro de saúde.

Embora parecesse um limite realizar o exame uma vez por semana, não houve maior problema quanto a isso, pois havia a vantagem de as mulheres serem atendidas no mesmo dia, sem necessidade de agendamento, e era possível a realização do exame em outro dia caso houvesse a impossibilidade da usuária na sexta. Além disso, pelo menos uma vez ao ano, havia a estratégia de coletar durante a noite para facilitar o acesso. A maior dificuldade para aumentar o número de exames era a falta de material. Em alguns momentos do ano, faltava material ou havia demora no reabastecimento. Encontrar o material apropriado também era problema. Algumas vezes, era necessário espelhos maiores e não havia provisão. Por esse motivo, aconteceu de ter sido coletado o exame em mulheres acima do peso com possível prejuízo da confiabilidade. Neste caso, isto era anotado na ficha da usuária e comunicado à gerência municipal para providências.

Havia ainda dificuldades na referência para a rede secundária para os exames de mamografia ou ultrassonografia de mama, pois o sistema de referência era deficitário e não funciona como o protocolado. Tal barreira é crítica para o desempenho das ações de detecção precoce e se constitui um dos principais desafios na organização da rede de atenção oncológica no país (PARADA *et al.*, 2008).

## CONCLUSÃO

A reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico, baseada em princípios da Educação Popular em Saúde, teve a intenção de criar uma situação em que a mulher pudesse participar de forma mais ativa de todo processo. Conforme Brandão, citado por Vasconcelos (2007), a Educação Popular não tem como objetivo transformar

sujeitos subalternos em pessoas mais polidas e higiênicas, mas sim contribuir para que esses sujeitos conquistem seus direitos. Em linha semelhante, Pinho e França Junior (2003) propõem que um programa de prevenção do câncer de colo de útero não pode levar em conta apenas aspectos biológicos e políticos da saúde da mulher, mas também o compromisso ético que respeite sua autonomia e a individualidade, criando espaço que respeite inclusive seu direito de dizer não aos testes oferecidos, se esse for seu desejo.

A ampliação de espaços para a conversa e a escuta na atenção primária à saúde tem sido apontada como fundamental para qualificar as práticas e alterar positivamente a percepção e a vivência das mulheres quanto à prevenção do câncer do colo do útero (OLIVEIRA; PINTO, 2007). O presente relato confirma e ressalta esse valor, com a expectativa de estimular reflexões e práticas na busca de garantia do acesso humanizado da população às ações de prevenção e cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 13)
- CRUZ, L.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008
- DUAVY, L. M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 733- 742, maio/jun. 2007.
- GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAM-PAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame de Papanicolaou. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p.503-509, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94 p.
- OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.7, nº1, p.31-38, jan./mar. 2007.

PARADA, R. *et al.* A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PAULA, A. F.; MADEIRA, A. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.

PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar

o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, jan./mar. 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-29.

---

Submissão: junho de 2009

Aprovação: setembro de 2009

---