

BARREIRAS A REALIZAÇÃO PERIÓDICA DO PAPANICOLAOU: ESTUDO COM MULHERES DE UMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL

Barriers to compliance with periodic papanicolaou screening: study with women from a city of Brazil's northeast

Maria Albertina Rocha Diógenes¹, Roberta Jeane Bezerra Jorge², Luis Rafael Leite Sampaio³,
Francisco Antonio da Cruz Mendonça⁴, Lucijane Leite Sampaio⁵

RESUMO

Objetivou-se compreender quais as barreiras que levam as mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil a não realizarem o exame Papanicolaou periodicamente. Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família de Caio Prado, em Itapiúna-Ce, com 83 mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil, no período de setembro a novembro de 2008. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, contendo questões norteadoras analisadas de acordo com Bardin. Os resultados foram organizados nas temáticas: Barreiras à realização periódica do Papanicolaou dadas por mulheres de uma região do Nordeste do Brasil e Dificuldades do serviço de saúde à realização do Papanicolaou dadas por essas mulheres. Dentre as barreiras e dificuldades relatadas pelas entrevistadas para a realização do Papanicolaou, ressaltam-se a falta de motivação e de interesse em realizar o exame, muitas vezes pela sobrecarga do cotidiano, dificuldades na relação entre profissional e usuária, precarização histórica da educação em saúde e barreiras organizacionais existentes no serviço de saúde. Assim, os gestores devem se preocupar com a excelência desses serviços de saúde e com a capacitação dos profissionais para desenvolverem atividades técnicas e de educação em saúde com vistas à transformação e ao controle dessas mulheres, permitindo, assim, uma melhor compreensão da importância da adesão ao Papanicolaou.

PALAVRAS-CHAVE: Esfregaço Vaginal. Periodicidade. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

We attempted to understand the barriers to compliance with the periodic Papanicolaou screening of women from a city in the northeast of Brazil. This was a descriptive, qualitative study of 83 women, developed within the Family Health Strategy, at Caio Prado, Itapiúna-CE, Brazil, during the period from September to November 2008. Data were collected through a semi-structured interview composed of leading questions analyzed according to Bardin. The results were organized according to the following topics: barriers to compliance with periodic Papanicolaou screening and difficulties of the health service in providing the test, both according to the women's views. Lack of motivation and interest (many times due to the wear and tear of daily routine), difficulty with the professional/user relationship, historically poor health education and health service-related organizational barriers were reported. Managers should worry about the excellence of such services and with training of the professionals to develop technical and health education activities targeting the transformation and screening of such women, allowing a greater understanding about the importance of compliance with the Papanicolaou test.

KEY WORDS: Vaginal Smears. Periodicity. Women's Health.

¹ Maria Albertina Rocha Diógenes, Enfermeira pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

² Roberta Jeane Bezerra Jorge, Enfermeira pela Universidade de Fortaleza. Pós-graduanda em Enfermagem Clínica: aspectos patológicos e farmacológicos do cuidar pela Universidade Estadual do Ceará. Bolsista CNPq. Mestranda em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: robertajeane@hotmail.com

³ Luis Rafael Leite Sampaio, Enfermeiro, Discente do Mestrado Acadêmico em Farmacologia pela UFC, Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁴ Francisco Antonio da Cruz Mendonça, Enfermeiro, Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela UECE, Docente da Graduação em Enfermagem da Faculdade Nordeste (FANOR).

⁵ Lucijane Leite Sampaio, discente de Fisioterapia do 6º semestre da Universidade de Fortaleza. Membro do Grupo Saúde da Mulher da Universidade de Fortaleza.

INTRODUÇÃO

O câncer cervical está entre os mais incidentes no sexo feminino, ocupando o segundo lugar no mundo. A OMS prevê que, em 2030, 70 mil mulheres morrerão da doença na América Latina. Ressalte-se que o câncer cervical causa cerca de 33 mil óbitos todos os anos na região. Portanto, as mortes causadas pelo câncer de colo de útero deverão dobrar nos próximos 12 anos.^{1,2}

No Brasil, estima-se que a neoplasia do colo do útero seja a terceira mais comum na população feminina, sendo superado pelo câncer de pele não melanoma e pelo de mama. Esta patologia é a que mais mata mulheres na região Norte e o segundo no Nordeste. Ocupa, ainda, o Nordeste, o segundo lugar sobre os números de casos novos de câncer feminino entre as cinco regiões e os demais tipos de cânceres prevalentes. Para o estado do Ceará, no ano 2008, a incidência estimada do câncer cervical foi de 17,8/100.000 mulheres.¹

Os fatores de risco mais importantes para desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e de carcinoma invasor do colo uterino são a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), alta paridade, grande número de parceiros, idade no primeiro coito, baixo nível socioeconômico e tabagismo.³

O HPV causa praticamente a maioria dos cânceres do colo do útero, com tipos de HPV 16 (HPV-16) e 18 (HPV-18) responsável por cerca de 70% dos casos. A prevenção primária através da vacinação profilática contra a principal causa do câncer cervical, o HPV tipos cancerígenos 16 e 18, está agora disponível em todo o mundo e oferece proteção adicional contra câncer cervical. As vacinas contra o HPV têm se mostrado altamente eficazes em ensaios clínicos de fase III e são recomendados para uso em vários países do mundo. No entanto, o desafio é a necessidade de desenvolver estratégias custo-efetivas para controlar o impacto dessas vacinas caras.⁴

A prevenção secundária com base no rastreamento do colo do útero através do exame Papanicolaou tem sido muito bem sucedida em países onde os recursos existem para garantir a alta qualidade e uma boa cobertura da população em risco. Em muitos países desenvolvidos que possuem programas efetivos de rastreamento organizado, a incidência de câncer cervical e as taxas de mortalidade foram reduzidas substancialmente. No entanto, o rastreamento do colo do útero é geralmente ineficaz e impraticável em muitas regiões do mundo onde falta infraestrutura adequada.³

Em conformidade com o Ministério da Saúde, o exame Papanicolaou deve ser oferecido anualmente às mulheres entre 25 e 59 anos, e as que já iniciaram a atividade sexual

devem fazer o exame antes dessa faixa etária e com ênfase entre 35 e 49 anos, período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e que antecede o pico de mortalidade pelo câncer. Também o MS orienta que, após duas colheitas anuais negativas para displasia ou neoplasia, a periodicidade poderá ser trienal, permitindo identificar os casos nos quais possa ter ocorrido um resultado falso-negativo.³

Desta forma, percebe-se que o controle do câncer do colo do útero representa um dos grandes desafios para a saúde pública, pois acomete várias regiões do mundo, mesmo apresentando um dos mais altos potenciais de prevenção e cura quando precocemente diagnosticado.

Nesse sentido, por meio de uma análise retrospectiva dos prontuários das mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do Nordeste brasileiro, município de Itapiúna-CE, distrito de Caio Prado, percebeu-se que várias mulheres atendidas na unidade de saúde não compareciam para realizar o exame preventivo periodicamente. Quando o faziam era de forma irregular, apesar de esta recomendação ter sido sempre reforçada. Fato este que levou um dos autores desta pesquisa a questionar: quais os motivos envolvidos no não retorno destas usuárias para realização periódica do exame preventivo, visto que as mulheres já haviam se submetido ao exame anteriormente? Esse questionamento justifica o interesse na realização deste estudo.

Face ao exposto, objetivou-se compreender quais as barreiras que levam as mulheres de uma região do Nordeste do Brasil a não realizarem o exame Papanicolaou periodicamente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvida na ESF de Caio Prado, no município de Itapiúna-CE, no período de setembro a novembro de 2008. Fizeram parte do estudo, exclusivamente, as mulheres que residiam na zona urbana e que realizaram pelo menos um exame de prevenção, mas que não retornaram para realizar a próxima coleta, tendo como base a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde.

A seleção das participantes foi feita através de análise documental dos 600 prontuários cadastrados no período de 1997 (início do funcionamento da ESF) a 2007 e teve como critérios de inclusão residir na sede deste distrito e ter realizado pelo menos uma colpocitologia, mas não terem retornado no período recomendado para a realização do próximo exame. Entende-se haver diferenças entre a

população da zona urbana e rural de Caio Prado, por isto, esta população será contemplada numa próxima pesquisa.

Dentre as 243 usuárias encontradas em situação de irregularidade quanto à periodicidade do exame cervical, 129 residiam na zona rural, sendo excluídas da amostra, e 114 habitavam na zona urbana. Destas 114 candidatas ao estudo, duas tinham problemas mentais, 25 haviam se mudado para locais distantes e quatro não foram localizadas, portanto não sendo incluídas no estudo e totalizando a amostra do estudo em 83 mulheres com semelhanças sociais, econômicas e educacionais, independente de raça, idade, religião ou situação conjugal.

A coleta de dados deu-se por entrevistas gravadas e norteadas por questões sobre o perfil sociodemográfico, que foram tratadas em função de frequência absoluta e índices percentuais, apresentados descritivamente. Para as questões norteadoras, optou-se pela técnica de Análise de Conteúdo⁵ com o propósito de compreender as barreiras que levam as mulheres da referida cidade a não realizarem o exame Papanicolaou periodicamente.

Os depoimentos foram submetidos a três fases de organização: leitura aprofundada das entrevistas, com o intuito de apreender o sentido e significado dos discursos; releitura dos discursos, focalizando o fenômeno estudado; e a síntese de todas as unidades e integração dos “insights” contidos nelas e transformados em uma descrição consistente da estrutura retirada do fenômeno interrogado.⁵ Os resultados foram organizados nas temáticas: Barreiras à realização periódica do Papanicolaou dadas por mulheres de uma região do Nordeste do Brasil e Dificuldades do serviço de saúde à realização do Papanicolaou dadas por essas mulheres.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, sob parecer N°. 411/08, em conformidade com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.⁶

No decorrer do trabalho, foi adotada como referência uma denominação da letra (U) para usuárias. Para os depoimentos que continham significados em comum, selecionou-se um trecho representativo de um dos depoimentos que revelavam a mesma ideia das demais usuárias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As participantes do estudo tinham idade entre 25 e 59 anos, 54 eram casadas, 17 eram solteiras e 12 tinham união estável. Em relação à escolaridade, 67 possuíam Ensino Fundamental, 12 Ensino Médio e quatro sem escolaridade. Quanto à religião, 69 eram católicas e 14 evangélicas. A

agricultura caracteriza-se como a principal fonte de renda para o sustento familiar, tendo 49 mulheres renda familiar menos que um salário mínimo.

Barreiras à realização periódica do Papanicolaou dadas por mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil.

As mulheres vítimas das sobrecargas do cotidiano, problemas de saúde, cuidadoras, donas de casa, ficam com suas demandas de saúde suprimidas ou atendidas de forma irregular, deixando de realizar o exame de Papanicolaou periodicamente: *o período que era para fazer prevenção estava trabalhando, só tinha folga no domingo* (U35). Muitas vezes o trabalho faz parceria com os outros problemas de saúde na tarefa de distanciar as usuárias do exame de prevenção: *eu trabalhava muito e saía cedo de casa, pois morava longe. Dizíam, vou fazer minha prevenção, mas fui deixando, chegava cansada e juntava os problemas* (U47), (U43), (U60).

Pesquisadores ressaltam que é comum a mulher só procurar atendimento ginecológico quando está doente ou, ainda, durante campanhas, que as atraem para a consulta, porque o atendimento é mais ágil e acessível com horário diferenciado.⁷

Estudo realizado com 116 mulheres, em Cianorte-PR, sobre o conhecimento do comportamento preventivo quanto ao câncer de colo uterino, identificou que 57,8% delas realizam o exame Papanicolaou na rede não - SUS. Ao serem indagadas sobre o motivo, estas referiram dificuldades como: horários de agendamento coincidindo ao horário de trabalho, demora ou mau atendimento.⁸

A relação profissional-cliente é fator primordial para o alcance das metas terapêuticas com vistas à resolução das demandas de saúde da comunidade e estabelecimento de vínculo. Sem aproximação, acolhimento e escuta ativa não existe relação de confiança, indispensável para manter a periodicidade do exame. Quando esta relação torna-se desgastada, a usuária distancia-se: *não voltei porque eu não simpatizava o profissional daqui, não simpatizava com ele* (U81). A situação torna-se mais crítica quando a mulher passa a não procurar atendimento por conta de divergências políticas com a gestão municipal: *estava fazendo particular, porque era na outra gestão e não gostava* (U31).

Neste sentido, percebeu-se que o maior ou menor comprometimento do profissional de saúde com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação profissional-usuário. Consoante a Maciel-Lima⁹, uma boa assistência só se torna possível quando o profissional atua não só com preparo técnico, mas também, com discernimento e empatia.

Nesta perspectiva, percebeu-se a necessidade de que o profissional que assiste a mulher durante o exame preventivo do câncer cérvico-uterino seja possuidor de atributos como empatia, calor humano, simplicidade além de ser capaz de transmitir segurança e confiança à usuária. Deve estar atento às queixas, dúvidas e ansiedades da mulher, ou seja, desenvolver a capacidade de interação, pois facilita a aceitação das informações pelas usuárias sobre sua situação e a manutenção do interesse dos cuidados com sua saúde.

O profissional de saúde, ao advogar que o exame ginecológico é indolor, rápido e gratuito não compreende que a ação de prevenir não envolve somente uma ação dele e, durante o atendimento, pode exercer a assistência de modo autoritário, ao estar consciente de que cumpriu seu papel, ao dar informações imbuídas de crenças, preconceitos e pressupostos, ao mesmo tempo em que desconsidera que a mulher precisa ser tratada de forma mais humanizada.¹⁰

Vários discursos revelam que alguns profissionais não fazem o citopatológico seguindo os protocolos recomendados, tornando a consulta de enfermagem de baixa qualidade e não correspondendo às expectativas das usuárias: *o aparelho (espéculo) tem três modelos e passaram um grande, e como nunca tive parto normal, senti dores, fiquei com medo e não vim mais* (U25).

Nesse outro relato, percebeu-se profissional pouco qualificado para a função que desempenha: *fico muito nervosa porque a doutora tem dificuldade de encontrar o útero* (U42). *Outra disse: ela mandou usar creme, como é que eu ia colocar se era virgem? Não explicaram, aí não usei e nem voltei* (U69). Observou-se, ainda, inabilidade técnica e pessoal para acolher: *o enfermeiro saiu na porta e me atendeu muito mal. Aí eu disse, não venho mais. Não fui mais nunca fazer prevenção com ele, não* (U51). Algumas alertaram sobre a necessidade de preservar a confidencialidade exigida pelo procedimento: *a gente fica envergonhada de fazer o exame, aí chegou o agente de saúde e a doutora pediu para ele entrar* (U39).

Grande parte dos sentimentos de embaraço, vergonha ou desconforto físico e medo do exame podem ser originários de experiências prévias negativas de maus-tratos ou humilhação sofridos pelas mulheres durante o procedimento realizado sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada, excluindo qualquer possibilidade de criação de um espaço de autoconhecimento do corpo e da sexualidade.¹¹

A relação profissional-usuária nas unidades de saúde permite pouca abertura dialógica suficiente para que os profissionais e a mulher reconheçam os diferentes sentimentos envolvidos na realização do exame Papanicolaou.¹²

Algumas usuárias referiram a omissão do diagnóstico como fator determinante para o não retorno: *só disseram para voltar com um ano, não disseram desse caroço no peito? Se eu tivesse vindo de novo, tinha dado a mesma coisa e não tinham dito. Por isso não vim. Descobri em outro serviço* (U40), (U14). Essa situação de desconfiança e revolta torna a mulher sem opção e impotente: *não sabia que tinha “raladura” no meu útero. Ela tinha me examinado e não disse nada. Acho um absurdo, horrível, pois não sou tão negligente comigo. Qualquer tratamento para o meu bem-estar, eu teria feito* (U53), (U44).

O conhecimento sobre o estado de saúde e a relação deste com o seu modo de vida passa a ser determinante para qualidade de vida e capacita indivíduos para assumirem a melhoria das condições de saúde de forma crítica e autônoma, com uma postura de mediador do processo de promoção e educação em saúde, em busca da construção do conhecimento no contexto da prática social.¹³

Em estudo sobre as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros da ESF nas comunidades, no município do Rio de Janeiro, os autores identificaram que, apesar de os profissionais referirem praticar estratégias educativas com a população, predominou uma prática vertical, na qual os enfermeiros não buscavam identificar o conhecimento da população assistida, sendo justificado pelo fato da existência de uma grande demanda, o que dificulta trabalhar de forma mais participativa e incentivadora para troca de experiências.¹⁴

A disponibilidade do profissional de saúde em informar contribui satisfatoriamente para periodicidade do exame ginecológico, uma vez que, conforme Schutz¹⁵, a ação é influenciada pela estrutura sedimentada das experiências subjetivas prévias do indivíduo, chamada de bagagem de conhecimentos, adquiridas ao longo de sua vida, por meio de experiências vivenciadas.

Em vista do exposto, as usuárias necessitam saber seu estado de saúde para que elas tenham possibilidades de dar continuidade à assistência e buscar auxílio quando o resultado do exame não der satisfatório para modificá-lo a tempo, quando der alguma alteração citológica. Assim, o SUS deve ser operacionalizado com seus níveis de complexidade, fazendo valer a referência e a contra-referência.

Dificuldades do serviço de saúde à realização do Papanicolaou dadas por mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil.

A dificuldade de marcar consulta por falta de vaga foi referenciada como uma barreira institucional para o acesso ao exame de Papanicolaou: *porque quando eu vinha tava muito lotada* (U55), (U20), (U59), (U61), (U69), (U22), (U28). O

horário fixo é apontado como motivo de indisponibilidade de vaga e desistência: *porque aqui as prevenções só têm todas quartas-feiras e já tem pessoa na frente, ninguém pode fazer assim que chegar* (U23).

Nesse sentido, o exame passa a ter no imaginário feminino rótulos negativos e a usuária dá preferência pelas formas de marcá-lo sem entrar em contato com a unidade da saúde. Quando isso não é possível, vai protelando sua realização: *sempre que venho está lotado, quando era o agente de saúde que pegava o nome tudo bem, mas quando é para gente vim por conta própria, não tem jeito, fica para outro dia, ficava adiando todo tempo e nunca que dava certo* (U18), (U42), (U48).

Em pesquisa numa unidade básica de saúde de Campinas-SP, com onze usuárias esclarecidas quanto à importância da realização periódica do preventivo, identificaram-se contradições entre a periodicidade e a última vez da realização do exame preventivo, as quais foram justificadas por terem esquecido a data marcada para realização do exame, por falta de tempo e pelas agendas saturadas dos Centros de Saúde.¹⁶

Devido à carga emocional que o exame Papanicolaou acarreta, em algumas mulheres, pode ocasionar uma dificuldade em relação à entrega e confiança no profissional. Este processo de adaptação pode se tornar difícil para algumas destas mulheres, principalmente pelas constantes mudanças ocorridas no quadro de profissionais nos municípios que não apresentam uma política de fixação do servidor no serviço.

Esse fato corriqueiramente observado repercute na população que peregrina atrás do profissional quando ele se transfere para unidades próximas na tentativa de dar continuidade à assistência: *faço em outro posto com a doutora, eu só faço com ela. Fiz aqui quando ela trabalhava aqui* (U38), (U13), (U46). Percebeu-se que, quando o profissional da unidade de saúde é remanejado ou substituído, a relação entre profissional-usuário e a continuidade da assistência à saúde da mulher ficam prejudicadas, comprometendo, de certa forma, as ações propostas pela ESF.

A ESF propõe uma prática que substitua o modelo tradicional de assistência, direcionado à cura de doenças, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de forma integral.¹⁷ Para isso, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, fazendo com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.⁹

No que se refere à periodicidade do exame, o MS recomenda que o mesmo deva ser feito criteriosamente

com intervalo trianual após a obtenção de dois resultados negativos consecutivos realizados anualmente.³

Porém, a falta de educação em saúde preparando as usuárias para realização periódica do Papanicolaou foi apontada em muitos discursos como o motivo para não regularização do exame: *não foi dito que era para vim com um ano, porque se tivessem dito, tinha procurado mesmo* (U42), (U20). *Deveriam ter conversado mais, ter explicado que era para fazer o exame de novo, mas não explicaram e acho que está errado* (U26), (U49).

Em concordância com essas usuárias, um experimento¹⁸ com 200 mulheres apontou que a principal barreira para a prática do Papanicolaou foi a ausência da solicitação do exame por parte dos médicos ou outros profissionais de saúde, num percentual de 31,5%.

Portanto, a periodicidade da coleta do Papanicolaou pode ser determinada pela presença de sintomas, que motivam a procura pelos serviços de saúde¹⁹. Nesse caso, tem-se uma situação de dupla passividade, em que a mulher não busca o exame e o profissional não o oferece.

Como estratégia para atitudes de mudanças, a educação em saúde está presente em todas as relações que se estabelecem entre os diversos profissionais e o público, desde a porta de entrada da Unidade de Saúde até os níveis de atenção de maior complexidade.²⁰

O atraso do resultado do exame é apontado como motivo para muitas idas ao serviço de saúde e uma ausência de resposta sobre a condição de saúde feminina: *cansei de ir buscar o resultado, toda vez que ia buscar não tinha chegado* (U02). Sem uma justificativa para isso a usuária fica insegura para um próximo exame: *a funcionária disse que ia ser necessário fazer outro exame, mas não disse se tinha vindo ou não. Ai não fiz outro* (U45). As buscas incessantes pelo resultado são interrompidas quando a mulher tem que realizar outras obrigações: *fui receber o resultado, ai não tinha chegado. Minha menina adoeceu, fui para Fortaleza e até hoje não recebi* (U83).

Em uma análise¹¹ quanto ao recebimento do último resultado, cento e vinte mulheres (13,0%) não haviam recebido. Dado similar foi encontrado em outro levantamento científico²¹ na cidade de Pelotas, RS, demonstrando que o resultado do último exame não era conhecido por 10,3% das mulheres. Nos serviços públicos de saúde, este valor alcançou 8,1%, enquanto, nos serviços de saúde por convênio ou particular, foi de 3,2%.

As dificuldades enfrentadas pela unidade de saúde com recursos materiais são apontadas como causalidade para não realização do citopatológico conduzindo à desistência: *sempre que vinha, o doutor não tava, faltava ou ia para reunião, não tinha material disponível. Daí me aborreci e desisti* (U73).

A desistência é o reflexo da falta de material necessário para execução do exame: *tava faltando material, aí mandaram voltar outra vez, mas aí fica difícil porque trabalho muito em casa* (U80), (U39).

Situações como estas foram identificadas em estudo realizado com 138 mulheres com diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical de alto grau e carcinoma invasor, que citaram como dificuldades para não realizarem o exame Papanicolaou, as barreiras geradas pelos próprios serviços de saúde.¹⁹

Em trabalho¹¹ com objetivo semelhante com 1172 mulheres, identificou-se que 117 destas relataram como motivo para nunca terem realizado o teste, principalmente, a presença de barreiras organizacionais, como burocracia, tempo gasto na marcação de consulta, de espera para ser atendida, greve no serviço, entre outras.

Portanto, as barreiras existentes entre as usuárias e os serviços podem causar não só a baixa adesão ao exame preventivo, como também favorecer o distanciamento das mulheres que já haviam realizado o exame antes, podendo contribuir desta forma para aumento das incidências de lesões causadoras do câncer de colo de útero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as dificuldades em manter a periodicidade do exame de Papanicolaou encontram-se, principalmente, na precarização histórica como a educação em saúde vem sendo desenvolvida nesta unidade de saúde. Educação esta, que deveria transformar, aproximar, mobilizar o sujeito para um retorno e estreitar as barreiras que distanciam as usuárias do seu direito à saúde digna e de qualidade.

No imaginário popular, a mulher que decide realizar o exame Papanicolaou já encontra barreiras como indisponibilidade de vagas para a consulta e ainda, quando é contemplada com uma vaga, a unidade não propicia acolhimento satisfatório para prestar atendimento à população sob condições estruturais limítrofes e não a prepara para um retorno. Nestes moldes de se fazer saúde, o espelho que o serviço transmite para suas usuárias adscrita é que, para se fazer um exame, a usuária terá que percorrer um caminho árduo e que exige muito esforço e perseverança.

Frente à problemática, sugere-se uma melhor preparação humanitária e técnica para as equipes que lidam com a saúde da mulher, considerando não apenas as condições clínicas, mas também as particularidades de cada pessoa. É relevante que os gestores preocupem-se com a operacionalização dos serviços de saúde e de profissionais qualificados para as atividades técnicas e de educação em saúde, com

vista à transformação e ao controle social, permitindo, assim, uma melhor compreensão da adesão ao Papanicolaou pela população feminina.

Ressalta-se que o estudo limitou-se a uma amostra de usuárias da zona urbana, não tendo sido contemplada as usuárias da zona rural que residem mais distantes do serviço de saúde que são atendidas. Por haver diferenças geográficas entre a população da zona urbana e rural de Caio Prado, sugere-se que a pesquisa seja ampliada não só para essas usuárias da zona rural, como também para outras Unidades de Saúde que apresentam usuárias com falhas na periodicidade, a fim de compreender as carências existentes entre serviços de saúde e usuárias e definir estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
2. Mcneil Júnior DG. Câncer de colo do útero mata 33 mil mulheres por ano na América Latina. 2008. [Citado em 2008 Jul 2]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL537107-5603,00-CANCER+D+E+COLO+DO+UTERO+MATA+MIL+MULHERES+POR+ANO+NA+AMERICA+LATINA.html>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Markowitz LE, Unger ER, Saraiya M. Primary and secondary prevention of cervical cancer-opportunities and challenges. J Natl Cancer Inst. 2009 Apr; 7(101):439-40.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona; 1995.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Torres MEA, Miranda-Ribeiro P, Machado CJ. Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. Rev Bras Estud Popul. 2008 jan/jun; 25(1):49-69.

8. Domingos ACP, Murata IMH, Peloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de autocuidado à saúde. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2007; 6 (Suppl 2):S397-403.
 9. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saúde Pública*. 2004 mar/abr; 20(2):502-11.
 10. Lopes RLM. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. *Rev Enferm UERJ*. 1998 out; 2(2):165-70.
 11. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (suppl 2): S303-13.
 12. Santos CC. Percepção do exame ginecológico pelas mulheres usuárias de posto de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
 13. Jesus MCP, Santos SMR, Amaral AMM, Costa DMN, Aguiar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS*. 2008 jan/mar; 11(1):54-61.
 14. Heringer A, Ferreira VA, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007 dez; 28(4):542-8.
 15. Schutz A. *El problema de la realidade social*. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.
 16. Lucarini ACBS, Campos CJG. A procura pela realização do exame preventivo de citologia oncológica: um estudo clínico-qualitativo. *Online Braz J Nurs (Online)*. 2007 Jan; 6(0). [Citado em 2008 Nov 2]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/671/156>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 18. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev Saúde Pública*. 2005 abr; 39(2):270-6.
 19. Brenna SMF, Hardy EE, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública*. 2001 jul/ago; 17(4):909-14.
 20. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
 21. Hackenhaar AA, César JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(1):103-11.
-
- Submissão: outubro de 2009
Aprovação: março de 2010
-