

# ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Attending to women's health in the Primary Care system: prevention of cervical cancer

Aline Santos Diniz<sup>1</sup>, Mileide Borges Xavier<sup>2</sup>, Patícia Pinto Braga<sup>3</sup>,  
Eliete Albano Azevedo Guimarães<sup>4</sup>

## RESUMO

Trata-se de relato de experiência que descreve uma intervenção com foco na saúde da mulher realizada por discentes de enfermagem, no período de abril a maio de 2012, durante o estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior de Minas Gerais. A área de abrangência da UBS possui elevado número de mulheres que trabalham em fábricas de confecções, cuja jornada de trabalho coincide com o horário de funcionamento das unidades de atenção primária a que estão adscritas, dificultando o comparecimento para ações de prevenção como o exame preventivo de câncer de colo do útero. Realizou-se uma busca ativa cujo objetivo foi identificar e agendar o exame para mulheres que nunca o realizaram ou que estavam em atraso há mais de três anos. Visitaram-se 12 fábricas da área de abrangência nas quais foi divulgada a realização da consulta ginecológica a ser feita no período da noite. De 35 mulheres agendadas, 16 (45,7%) compareceram. Essa intervenção reflete a contribuição da Instituição de Ensino Superior para a comunidade, bem como reforça a importância do enfermeiro no contexto da Atenção Primária por ser capaz de identificar as dificuldades da população e de intervir procurando garantir equidade e acessibilidade nas ações oferecidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Enfermagem; Acesso aos Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

This is an experience report that describes an intervention focused on women's health, conducted by nursing students, in the April-May 2012 timeframe, during the supervised internship in a Basic Health Unit (BHU) in a city in the interior of Minas Gerais. The BHU coverage area has a high number of women working in garment factories, whose working hours coincide with those of the primary care units where they are enrolled, hindering attendance for preventive measures such as cervical cancer prevention exams. An active search was conducted, aimed at identifying and scheduling the exam for women who had never done the exam or who were without one for over three years. Twelve (12) factories in the coverage area were visited, where it was announced that gynecological consultation would be offered at night. Of 35 women scheduled, 16 (45.7%) attended. This intervention reflects the contribution of the institution of higher learning to the community, as well as reinforces the importance of nurses in the Primary Care context, by being able to identify community problems and to intervene, seeking to ensure fairness and accessibility in the actions offered.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Women's Health; Cervix Neoplasms Prevention; Nursing; Health Services Accessibility .

<sup>1</sup> Aline Santos Diniz, Discente de Enfermagem. Universidade Federal de São João Del Rei/UFSJ. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: alinediniz89@hotmail.com

<sup>2</sup> Mileide Borges Xavier, Discente de Enfermagem. Universidade Federal de São João Del Rei/UFSJ. Divinópolis (MG), Brasil

<sup>3</sup> Patícia Pinto Braga, Doutoranda do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG. Universidade Federal de São João Del Rei/UFSJ. Divinópolis (MG), Brasil

<sup>4</sup> Eliete Albano Azevedo Guimarães, Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pelo Centro de Pesquisa René Rachou - FIOCRUZ. Universidade Federal de São João Del Rei/UFSJ. Divinópolis (MG), Brasil

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. As metas desses programas eram definidas pelo nível central de gestão nacional, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.<sup>1</sup>

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Esse programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Essa estratégia política contribuiu com avanços no campo da saúde da mulher, mas precisava avançar em aspectos preventivos e de promoção da saúde.<sup>1</sup>

Buscando melhorias no contexto do cuidado à mulher, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM). Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer, principalmente de mama e de colo de útero.<sup>2</sup>

Em 2006, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, tomando, como referência, diversos programas já existentes como o Pacto pela Saúde 2006, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de DST/AIDS e a Política Nacional de Humanização no SUS.<sup>2</sup>

Segundo o *Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cân-*

*ceres do Colo do Útero e da Mama*, o câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos. É o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos.<sup>3</sup>

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.<sup>2</sup>

A principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cérvico-vaginais e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero; exame de Papanicolaou; citologia oncótica; PapTest. Nesse exame, é feita uma coleta de uma amostra da parte externa do colo do útero, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice. O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.<sup>2</sup>

A efetividade da detecção precoce associada ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.<sup>2</sup>

Infelizmente, constata-se que muitas mulheres só procuram assistência à saúde quando já estão doentes. Apesar dos esforços, o Brasil ainda não possui estratégias efetivas de prevenção de doenças, tem-se um enfoque mais voltado para o tratamento, por influência do modelo biomédico curativista vigente.<sup>4</sup>

Sabe-se também que mulheres que trabalham fora de casa no período diurno encontram dificuldades em procurar a unidade de saúde, principalmente quando o motivo é prevenção. Sendo assim, constituem um grupo vulnerável à progressão de lesões precursoras do câncer de colo do útero.

Durante a vivência em campo de estágio, em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) de um município no interior de Minas Gerais, observou-se que, na área de abrangência desta unidade de saúde, há um elevado número de mulheres que trabalham fora de casa a partir dos 18 anos de idade. A jornada de trabalho des-

sas mulheres coincide com o horário de funcionamento das UBSs e Estratégias Saúde da Família (ESF) dificultando, assim, o agendamento, as consultas ginecológicas e o acompanhamento das mesmas pelas suas unidades de referência em atenção primária. Vale ressaltar que, nessa UAPS, as mulheres atendidas nas consultas ginecológicas são aquelas que apresentam disponibilidade de tempo em algum período do dia e semana compatível com o horário de funcionamento da unidade, possibilitando o agendamento presencial e posterior consulta nos horários pré estabelecidos pelo serviço.

Para que haja diminuição da mortalidade por câncer de colo do útero e melhoria da cobertura dos exames, é necessário rastreamento das mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau ou que não o realizam com a frequência desejada.<sup>5</sup>

A partir desse contexto e considerando a relevância do assunto, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência de discentes de enfermagem ao implementar uma intervenção durante o estágio supervisionado II realizado em uma UAPS de um município do interior de Minas Gerais.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, realizado a partir da vivência de discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ, ao implementar uma intervenção, no período de abril a maio de 2012, em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. Essa unidade de saúde destina-se a realizar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde.

A unidade oferece consultas médicas de rotina, consultas pediátricas, consultas ginecológicas, acompanhamento de pré-natal e puericultura, consulta de enfermagem, imunização, curativos, retirada de sutura, atendimento odontológico e psicológico, entre outros. A equipe conta com coordenador, médico clínico geral, ginecologistas, pediatra, enfermeiras, técnicos em enfermagem, psicólogo, dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, auxiliar administrativo e auxiliar de limpeza.

Diante da baixa adesão de mulheres trabalhadoras ao exame preventivo do colo do útero, realizou-se uma busca ativa cujo objetivo foi a identificação das mulheres que nunca realizaram o exame preventivo ou que estavam com o mesmo em atraso. A atividade teve início em abril de 2012. A busca ativa foi realizada durante dois dias,

nos quais foram visitadas 12 fábricas localizadas na área de abrangência do centro de saúde. Nessa atividade, era divulgada a realização do preventivo na quarta ou quinta feira a partir das 17 horas na Unidade de Saúde.

Em seguida, foi realizado o agendamento das mulheres interessadas com priorização para as mulheres que nunca fizeram o preventivo ou que fizeram há mais de três anos. Para o agendamento, foi utilizada uma ficha contendo as seguintes informações: nome, idade, telefone para contato e a data do último preventivo se tiver realizado.

As consultas foram agendadas para dois dias do mês de abril e três do mês de maio. O atendimento era realizado no consultório ginecológico da unidade de saúde. Um dia antes da data agendada para a consulta ginecológica, era confirmado com as mulheres o dia e horário que deveriam ir à unidade de saúde, obtendo retorno das mesmas que compareceriam à consulta.

A consulta ginecológica iniciava com a anamnese, abordando dados de identificação, histórico familiar, antecedentes menstruais, sexuais, obstétricos e ginecológicos. Em seguida, era realizado o exame físico da mulher com especial atenção ao exame das mamas, do abdômen e da genitália. Posteriormente, o exame preventivo era realizado. Para finalizar a consulta eram fornecidas informações quanto à importância do exame preventivo, autoexame das mamas, alimentação adequada, atividade física, bem como esclarecidas as dúvidas apresentadas pelas mulheres.

Das 35 mulheres agendadas durante a busca ativa, somente 16 (45,7%) compareceram à unidade de saúde para realizar a consulta ginecológica, sendo cinco (31,25%) da área de abrangência do Centro de Saúde e 11 (68,75%) pertencentes a outras áreas. A idade dessas mulheres variou de 18 a 54 anos e as mesmas estavam em diferentes condições em relação à periodicidade do último exame.

Apesar do interesse das mulheres no momento do agendamento, 19 (54,3%) delas não compareceram à unidade para realizar o exame. Entre os principais motivos que levam as mulheres a não realizarem o preventivo, estão: o desconhecimento do câncer, da técnica e da importância do preventivo; medo da realização e do resultado do exame; vergonha e constrangimento pela exposição da intimidade a que se submetem.<sup>5,6</sup> As mulheres deste estudo ainda expressaram possuírem valores culturais que dificultam mudança de atitude. O acesso ao serviço, ter emprego e filhos também foram relatados como impedimentos.

Embora tenham comparecido às consultas mulheres com idade entre 18 e 54 anos, houve predomínio de mulheres na faixa etária entre 18 a 35 anos. Pesquisas mos-

tram que, no Brasil, a maior parte do exame preventivo do colo do útero é realizada em mulheres com menos de 35 anos.<sup>1</sup> Essa situação é uma questão preocupante uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco, já que o risco para a doença aumenta a partir dos 35 anos de idade.<sup>2</sup> Diante disso, percebe-se que não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos serviços de saúde para realização do exame preventivo.

O comportamento das pessoas, no que se refere à questão da saúde, é bastante complexo, pois depende de opinião, crenças, atitudes e valores de cada indivíduo. A atenção primária em saúde é um espaço que deve garantir a prevenção e acesso das mulheres às ações de prevenção do câncer de colo. Nesse contexto, compete ao profissional da área da saúde encorajar e fortalecer mudanças de comportamento que contribuam para a melhoria da saúde da população. A atuação deve começar desde uma simples consulta de rotina, na qual se podem incentivar as mulheres a realizar seus exames, como o exame clínico da mama e o preventivo.<sup>7</sup> Tal fato reflete a necessidade de realização de estudos buscando compreender a percepção de mulheres na faixa etária entre 35 e 60 anos sobre a vulnerabilidade em desenvolver um câncer de colo do útero, bem como investigar quais são seus conhecimentos da temática e os motivos de faltarem à consulta, mesmo em horários alternativos.

Entre os fatores que dificultaram o desenvolvimento da intervenção, pode-se citar a resistência dos empregadores quanto à divulgação do agendamento do preventivo no horário de trabalho, sendo estipulado um tempo reduzido para passar as informações necessárias, bem como a inacessibilidade em algumas fábricas visto que os empregadores foram resistentes, não permitindo a divulgação das informações durante o horário de serviço.

Os trabalhadores, de modo geral, necessitam, em seu local de trabalho, de momentos em que possam falar e trocar ideias sobre o seu processo saúde-doença. As empresas que investem nesse momento ganham na motivação, no envolvimento, no compromisso de seus trabalhadores, o que irá refletir diretamente na produtividade. Os trabalhadores, individual e coletivamente, devem ser considerados como os sujeitos das ações de saúde, as quais devem ser realizadas com atuação de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.<sup>4</sup> Portanto é necessário que se pense e coloque em prática a articulação entre a Atenção Primária em Saúde e a Saúde do Trabalhador e todos os setores da sociedade.

Apesar das dificuldades, alguns pontos positivos favoreceram o desenvolvimento da intervenção, entre eles:

retorno positivo das mulheres através de elogios quanto à iniciativa do preventivo à noite e a condução diferenciada da consulta ginecológica; disponibilidade da enfermeira da unidade e das acadêmicas de enfermagem, facilitando a adesão das mulheres à iniciativa. Além disso, vale destacar que a intervenção proporcionou uma oportunidade de aprendizado e prática quanto à habilidade técnica em exame preventivo, bem como um olhar diferenciado quanto às questões relativas à saúde da mulher como a abordagem da mesma frente à realização do preventivo.

## CONCLUSÃO

Essa intervenção reflete as contribuições que a universidade juntamente com os discentes pode proporcionar à comunidade, visto que, através dessa intervenção, foi assegurado às mulheres trabalhadoras o seu direito à consulta ginecológica. Através do horário alternativo de funcionamento do serviço para realização do exame preventivo, foi garantida a efetivação de princípios do SUS como a acessibilidade e equidade.

Notou-se que o enfermeiro é “peça chave” na atenção primária por ser capaz de refletir sobre as dificuldades da população no acesso aos serviços de saúde e de intervir procurando garantir equidade nas ações oferecidas. Considerando a relevância deste estudo, estudantes e profissionais de enfermagem podem ter essa experiência como exemplo para suas intervenções e futuros trabalhos em campo, buscando e visando garantir uma atenção integral à comunidade à qual estejam prestando serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(2):378-84.
4. Gonçalves AA, Batista D, Miranda LA, Souza ROA, Santos SM, Greco RM. Educação em saúde com trabalhadores: relato de uma experiência. *Rev APS.* 2008; 11(4): 473-7.

5. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: câncer do colo do útero. 2006. [Citado 2012 jun. 01]. Disponível em: [www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao).

6. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(2): 255-62.

7. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Mar DF, Carvalho FL. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):554-60.

---

Submissão: Junho/2012

Aprovação: Agosto/2012

---