

COMPREENSÃO DAS MULHERES SOBRE O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E SUAS FORMAS DE PREVENÇÃO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA, BRASIL

Understanding by women on the cervical cancer and its prevention forms in a municipal-ity in the interior of Bahia, Brazil

Diana Calhau Barbosa¹, Elvira Caires de Lima²

RESUMO

O Câncer de Colo do Útero (CCU) é considerado um grave problema de saúde pública, tendo em vista as elevadas e permanentes taxas de incidência. Há uma grande probabilidade de cura, quando diagnosticado precocemente, porém permanece um desafio ampliar a cobertura do exame de rastreamento, o Papanicolaou. O objetivo deste estudo foi avaliar a compreensão das mulheres, na faixa etária de 25 a 59 anos, sobre o CCU e suas formas de prevenção. Tratou-se de estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A análise de dados se deu por meio da análise de conteúdo. Foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com mulheres que frequentavam Unidades de Saúde da Família. As mulheres demonstraram desconhecimento e compreensão superficial sobre o CCU. Também se depreendeu que o CCU e o exame de Papanicolaou desencadeiam sentimentos como o medo, o constrangimento e a vergonha. Alguns fatores foram percebidos como barreiras ao exame de rastreamento: a limitação dos horários de funcionamento dos serviços de saúde, a demora na marcação do exame e o excesso de burocracia. Concluiu-se que há a necessidade de reorganização dos serviços de saúde com ênfase em ações de promoção da saúde e de melhoria do acesso, como estratégia para aumentar a cobertura do exame Papanicolaou e, conseqüentemente, reduzir a incidência do CCU.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Cervical Cancer (CC) is considered a serious public health problem in view of the high and permanent incidence rates. There is a high cure probability when it is early diagnosed, but it is still a challenge to extend the coverage of the screening examination, the Pap one. The aim of this study was to evaluate the understanding that women have, aged 25 to 59 years old, on the CC and its prevention forms. This was an exploratory descriptive study of qualitative approach. Data analysis was by means of content analysis. Twenty semi-structured interviews with women attending Family Healthcare Units were carried out. These women demonstrated unawareness and superficial understanding on the CC. In addition, it was inferred that the CC and the Pap examination trigger feelings such as fear, embarrassment and shame. Some factors were observed as barriers to the screening test such as the limitation of working hours of health services, the delay in the examination scheduling and excessive bureaucracy. It was concluded that there is a need for the reorganization of the health services with an emphasis on health promotion actions and improving the access, as a strategy to increase the coverage of the Pap examination and, consequently, to reduce the CC incidence.

KEYWORDS: Uterine Cervical Neoplasms; Mass Screening; Primary Health Care.

¹ Universidade Federal da Bahia. E-mail: diannacalhau@hotmail.com.

² Universidade Federal da Bahia.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde direcionadas à mulher, nas primeiras décadas do século XX, eram, em suma, direcionadas ao ciclo gravídico-puerperal e organizadas de forma verticalizada e sem integração com outros programas. Essas políticas tiveram como resultado a fragmentação assistencial e o baixo impacto nos indicadores de saúde da população feminina. Pode-se afirmar que houve certa negligência em relação ao cuidado da saúde de mulheres que não vivenciavam a maternidade, sendo perceptível a urgência em desenvolver ações que abarcassem as particularidades desse grupo social.¹

Em 1984, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que teve como diretrizes a descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e controle social.^{1,2} Sua proposta é demarcada por uma ruptura conceitual das políticas de saúde da mulher implementadas até aquele momento. Além de ações direcionadas ao ciclo gravídico-puerperal, houve a incorporação de assistência a ginecologia, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), Câncer de Colo do Útero (CCU) e mama.²

A implementação do PAISM sofreu influência do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e de todo o seu arcabouço legal. O processo de municipalização e, em especial, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliaram a oferta de serviços direcionados à saúde da mulher e conduziram as políticas públicas para uma nova perspectiva de ações e intervenções.¹

Apesar do avanço no que concerne à integralidade da assistência e à ruptura com ações verticalizadas de outra, a análise das ações executadas no período de 1998 a 2002 demonstrou que, mesmo com a ampliação do escopo de ações direcionadas à mulher, a grande maioria das atividades desenvolvidas ainda se direcionava à saúde reprodutiva e à redução da mortalidade materna.¹

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que possui como princípios norteadores a integralidade da assistência e a promoção da saúde a partir do enfoque de gênero.¹ Apesar de alguns avanços com o PNAISM, sua efetivação e implementação está aquém do preconizado em seu plano legal. Ainda não foram consolidadas ações de superação da valorização da mulher sob seus aspectos reprodutivos, nem são vistos avanços no que se refere ao cumprimento do princípio da integralidade. A fim de se transformar o modelo vigente, é necessária uma problematização desse contexto para maior efetividade nas ações.³

As estatísticas de mortalidade pelo Câncer de Colo do Útero (CCU) evidenciavam taxas crescentes da do-

ença com visão temporal de 3,44/100.000, em 1979, e de 4,45/100.000, em 1998.⁴ Para fortalecer as ações de controle do CCU, foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero,⁵ com o objetivo principal de estabelecer a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). Para reiterar a importância do diagnóstico precoce dessa neoplasia, o governo estabeleceu, em 2006, o Pacto pela Saúde 2006, que instituiu a pactuação de metas para melhoria dos indicadores de saúde.⁶

No entanto, após 30 anos do início da inserção das estratégias direcionadas à detecção precoce do CCU, ainda há a persistência de uma elevada incidência e mortalidade por esse tipo de câncer. O câncer de colo do útero permanece como um sério problema de saúde pública, sendo o quarto tumor mais incidente na população feminina brasileira, atrás somente do câncer de pele não melanoma, do câncer de mama e do câncer de cólon e reto. Segundo a estimativa do câncer, são esperados 16.340 mil novos casos da doença para o ano de 2016, constituindo a quarta causa de mortes de mulheres por câncer no Brasil, com um número de 5.430 óbitos em 2013.⁷

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia, destaca-se como o principal a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), responsável por cerca de 70% dos cânceres de colo uterino, em especial os subtipos 16 e 18.⁸ Entende-se que a infecção pelo vírus HPV é necessária, mas não suficiente para a evolução do câncer.⁹ Por conseguinte, outros fatores de risco somam-se ao HPV para o desenvolvimento do CCU, incluindo o baixo nível socioeconômico, o tabagismo, a multiparidade, a multiplicidade de parceiros sexuais, início precoce da vida sexual, o uso de contraceptivos orais por um longo período de tempo (cinco anos ou mais) e a baixa ingestão de vitamina A e C.⁸

A inclusão da vacina contra o HPV no calendário nacional de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2014, surge como uma estratégia para a prevenção da infecção persistente de sorotipos do HPV e consequente prevenção do CCU.^{10,11} Embora a duração da imunidade seja desconhecida,¹² as vacinas não ofereçam proteção contra outros tipos de HPV e o seu custo seja alto¹¹, a divulgação da vacina, por meio de campanhas específicas e atividades educativas, tem contribuído para maior visibilidade e conhecimento dessa neoplasia pela população. Destaca-se que a inclusão da vacinação não elimina a necessidade de manter os investimentos nos programas de rastreamento, tendo em vista ser essa uma estratégia recente que envolve questões operacionais e culturais a serem enfrentadas¹⁰ e pelo fato de as mulheres com maior

risco de câncer cervical não estarem protegidas.¹¹

O exame de citologia oncótica, também conhecido como Papanicolaou, representa hoje a principal medida de rastreamento do CCU, compreendendo a detecção precoce de lesões pré-cancerosas. Quando diagnosticado precocemente, esse câncer apresenta uma alta possibilidade de cura. Embora existam suscetibilidade a erros na preparação da lâmina na coleta do Papanicolaou e a subjetividade na interpretação dos resultados, o benefício da realização do exame é grande, principalmente pela facilidade da coleta, custo relativamente baixo e grande probabilidade de prevenção do câncer invasor.¹³ Diante disso, percebe-se a importância da realização do exame em tempos periódicos para a avaliação contínua e corroboração dos resultados dos exames anteriores, diminuindo a proporção de falsos negativos.

O Ministério da Saúde preconiza que o rastreamento do CCU seja realizado, de forma prioritária, na faixa etária de 25 a 59 anos, em mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual. Orienta-se fazê-lo uma vez ao ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.⁹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), atingida a cobertura de 80% do exame de citologia oncótica para a população de risco, reduz-se de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo.¹⁴ Em países desenvolvidos, as taxas de incidência da doença foram reduzidas pelo alcance da alta cobertura do exame juntamente com a qualidade, o tratamento e o seguimento adequado das mulheres, diferente de países em desenvolvimento, como o Brasil, que ainda apresentam baixa cobertura do exame.¹⁵

Tendo em vista que o CCU tem alta probabilidade de cura se descoberto precocemente, os serviços de APS tornam-se estratégicos para promover uma adequada cobertura do exame de citologia oncótica e reduzir, de forma significativa, a incidência e mortalidade de mulheres por esse tipo de neoplasia. A atenção primária à saúde deve funcionar, preferencialmente, como porta de entrada aos serviços de saúde e deve desenvolver ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.¹⁶ Desenvolver ações como convocar as mulheres em faixa etária de risco para a realização do exame de Papanicolaou, identificar faltosas para a reconvocação, seguimento adequado de mulheres com exames alterados e atividades de educação em saúde são fundamentais.¹⁵

Entende-se que questões relacionadas ao contexto socioeconômico da população e ao nível de informação sobre o câncer irão influenciar diretamente o processo de adesão ao exame citopatológico.¹⁷ Situações de baixo nível socioeconômico, que representam grande parte da população que recorre ao SUS, estão associadas a maiores

barreiras no acesso à rede de serviços.¹⁸

Acesso é compreendido como um dos elementos-chave de avaliação da qualidade dos sistemas de saúde e está relacionado à organização dos serviços.¹⁹ Sua compreensão é complexa e diferentes fatores interferem na acessibilidade aos serviços de saúde, que podem estar relacionados às dimensões políticas, econômicas, funcionais/técnicas e culturais/simbólicas.²⁰ Pode-se inferir que as duas primeiras dimensões, políticas e econômicas, situam-se no nível das macropolíticas, as quais dependem de forças políticas e investimento público nos serviços de saúde. A dimensão técnica situa-se no nível das organizações e relaciona-se à organização dos serviços de saúde no que se refere a barreiras geográficas, vínculos, fluxos de atendimento, integralidade da assistência e qualidade da atenção. A dimensão cultural/simbólica diz respeito às influências sócio-históricas que a sociedade vivencia e se referem a questões culturais, valores e julgamentos que influenciam na compreensão do processo saúde-doença.²⁰ Essas estão relacionadas à micropolítica do trabalho em saúde, sendo, portanto, de mais fácil gerenciamento pelos profissionais de saúde e usuários do serviço.

Em relação ao exame de rastreamento para o CCU, a dimensão cultural/simbólica pode influenciar de forma negativa o acesso ao exame. Sensações relacionadas à vergonha, ao medo de sentir dor, à possibilidade de resultado positivo do exame e à desinformação sobre o procedimento influenciam a não realização do Papanicolaou.²¹ Do mesmo modo, a desinformação sobre o CCU está relacionada à dificuldade na adoção de medidas preventivas pelas mulheres. Esse aspecto foi encontrado no estudo de Pimentel, Panobianco, Almeida, Oliveira²¹ que observaram heterogeneidade no conhecimento sobre o câncer entre as mulheres, o que pode levar a uma distorção acerca do exame de rastreamento.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a compreensão das mulheres, na faixa etária de 25 a 59 anos, sobre o câncer de colo do útero e suas formas de prevenção, no município de Vitória da Conquista, Bahia.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, método congruente com o objetivo desta pesquisa, que engloba questões subjetivas como sentimentos e percepções e destina-se à observação da influência do contexto com o objeto estudado. Partindo do pressuposto indicado por Richardson,²² a pesquisa qualitativa possibilita entender os processos dinâmicos vividos por grupos sociais, colaborar com a mudança de comportamento e conhecer suas características; é uma

forma adequada para a compreensão da essência de um fenômeno social.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória da Conquista, situado na região Sudoeste do estado da Bahia, com população de 343.230 habitantes,²³ sendo aproximadamente 76.921 mulheres na faixa etária de 25 e 59 anos.²⁴ O município dispõe de 42 equipes de saúde da família com cobertura populacional de 51%.²⁵

Os sujeitos do estudo foram mulheres escolhidas segundo os seguintes critérios de inclusão: residir em área de abrangência e frequentar Unidade de Saúde da Família (USF), estar na faixa etária de 25 a 59 anos e disponibilizar-se a participar do estudo de forma livre e esclarecida. Foram excluídas do estudo mulheres que tiveram ou estavam em tratamento para o câncer de colo do útero. Foram entrevistadas 20 mulheres selecionadas, de forma arbitrária, nas salas de espera de Unidades de Saúde da Família, durante os meses de abril e maio de 2014. As entrevistas foram realizadas em um consultório da USF com duração, em média, de 15 minutos. A quantidade de sujeitos foi definida por critério de saturação teórica, que consiste em encerrar a coleta de dados ao se identificar o ponto em que novos dados não contribuem no incremento da teorização.²⁶ Todas as participantes do estudo foram esclarecidas sobre as finalidades, riscos e objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas em um aparelho celular e, posteriormente, transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo e o sigilo das informações colhidas, as participantes do estudo foram identificadas pela letra “U”, de usuária, seguida de uma sequência numérica, conforme a ordem das entrevistas.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o método de análise de conteúdo, com o propósito de compreender as significações dos discursos e poder estabelecer inferências e interpretações das falas das participantes com o quadro teórico inicial do estudo.²⁷

Este estudo fundamentou-se na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira, da Universidade Federal da Bahia, pelo Parecer n. 527.365, de 11 de fevereiro de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do processo da análise dos discursos das mulheres entrevistadas, emergiram três categorias principais, que fo-

ram nomeadas da seguinte forma: conhecimento sobre o câncer de colo de útero; sentimentos e significados sobre o câncer de colo do útero e o exame de rastreamento; e acesso ao exame de rastreamento. Para facilitar a compreensão, as categorias serão apresentadas e discutidas separadamente.

Conhecimento sobre o câncer de colo do útero

O conhecimento sobre o câncer de colo do útero foi uma categoria que revelou discursos de incertezas e conhecimento fragmentado, visto que muitas mulheres relataram saber pouco sobre a patologia, a prevenção, o tratamento, a coleta do exame de rastreamento e os fatores de risco para a doença. Resultado similar foi encontrado na pesquisa de Santos e Varela,²⁸ em que se percebeu um déficit de conhecimento pela maioria das participantes que não conseguiram definir o CCU, porém o remetiam a sentimentos negativos. As causas para o pouco conhecimento estariam associadas à má informação ou à obtenção de informações imprecisas, o que pode indicar carência de atividades educativas/informativas mais efetivas.²⁹

Neste estudo, algumas das entrevistadas acreditam que a doença seja perigosa e grave, uma deterioração dos tecidos que chega a “destruir tudo”. No entanto, as mulheres não conseguiram conceituar, de forma clara, o câncer, verificando-se uma compreensão superficial, como na fala a seguir:

“Câncer... seria no caso ali uma ‘deteriorização’ dos tecidos do colo do útero? É, eu acredito que seja uma deformação, alguma coisa que... que acontece com todo o útero”. (U2)

Consoante a esta pesquisa, no estudo de Rico e Iriart,³⁰ as entrevistadas teriam aparentemente mais consciência da existência do câncer do que esclarecimentos acerca da fisiopatologia do mesmo. Independente da idade ou do grau de instrução, a desinformação pode induzir a mulher ao nervosismo, à ansiedade e ao medo.³¹ Esses sentimentos podem causar uma displicência da mulher para a adoção de medidas preventivas contra o CCU, interferindo na realização do exame de rastreamento. Assim, atividades educativas devem ser planejadas para informar e motivar a mulher, tendo como foco os riscos comportamentais que podem ser modificados.³²

Quando questionadas sobre algo que previna o CCU, surgiram, na fala das mulheres, o exame de Papanicolaou, o uso do preservativo e a vacinação contra o HPV. Foi unânime o conhecimento do exame de Papanicolaou, porém nem sempre havia a associação do exame à detecção precoce do câncer. As mulheres entrevistadas se mostra-

ram inseguras para falar do assunto e, muitas vezes, admitiram o seu desconhecimento sobre o tema.

Algumas mulheres identificaram como fatores de risco para o desenvolvimento do CCU causas genéticas, infecções por diversos micro-organismos, inflamações, “feridas” no colo do útero que, se não tratadas, levariam ao surgimento da doença, assim como a promiscuidade sexual e as DSTs. Foram poucas as mulheres que citaram como fatores de risco o HPV, o tabagismo, a má alimentação, o sedentarismo e o uso de pílula anticoncepcional. Embora tenha havido menção a fatores realmente relacionados ao câncer, grande parte das entrevistadas citou apenas um fator de risco e com certa insegurança, o que revela que as mulheres não estavam empoderadas de um conhecimento convicto.

“Bom... isso aí eu vou ficar... eu não tenho assim uma resposta, né? O que que leva eu não sei. É uma inflamação. Eu não sei, vou falar aqui. Uma inflamação que a gente pode ter e não cuida. Eu não sei, infelizmente é um problema tão absurdo que a gente não sabe quando começa. Eu não sei se é alguma ferida e a gente não cuida e acaba naquilo né?” (U1)

Diferente da pesquisa de Eduardo e colaboradores,³⁰ em que a maioria das entrevistadas citou a exposição ao HPV como fator de risco, neste estudo somente duas das entrevistadas o mencionaram. Isso demonstra que ainda não há a associação do HPV como principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU. De maneira geral, os níveis de conhecimento sobre o HPV são baixos em diversas populações no mundo.³³ Logo, aumenta-se o risco de as mulheres não realizarem a prevenção adequada, ou seja, o uso de métodos de barreira durante as relações sexuais. Desse modo, a exposição persistente ao vírus HPV pode levar a estágios pré-malignos da doença.¹⁵

Entende-se que o controle da doença é possível quando a mulher compreende o câncer, seus fatores de risco e as suas consequências à saúde. Isso a torna mais consciente e estimula comportamentos de autocuidado de forma voluntária e não como imposição.^{29,34} Os resultados dessas mudanças comportamentais seriam o crescimento da prevenção primária e secundária devido ao conhecimento dos fatores predisponentes a essa neoplasia.

Acerca do conhecimento sobre o exame de Papanicolaou, as mulheres entrevistadas conheciam o exame e a sua finalidade. Porém havia também a associação do exame à função de identificar corrimentos, micro-organismos e infecções, isso é, diagnosticar outras doenças além do câncer. Como se percebe na fala a seguir:

“Pra detectar se tem alguma anormalidade e se tem alguma bactéria, algum problema relacionado aí a um corrimento que a mulher venha a ter. Então, eu acredito que a partir desse exame a pessoa pode ter noção do que tá tendo lá”. (U2)

Associar o exame Papanicolaou ao diagnóstico de outras doenças que não o câncer leva ao risco de a mulher não realizar o exame pelo fato de não possuir sintomas como corrimentos. Outro fator agravante identificado foi a confusão em relação aos tipos de exame que rastreiam o câncer. De modo equivocado, algumas entrevistadas identificaram o exame de ultrassonografia transvaginal como método de rastreio do CCU. Isso reflete a desinformação do público feminino sobre a finalidade dos procedimentos a que são submetidas. Conhecer o objetivo do exame de Papanicolaou é essencial para a motivação das mulheres em realizá-lo.

Verificou-se, também, a restrição de atitudes de prevenção relacionada a fatores comportamentais. Resultado similar foi observado no estudo de Thum, Heck, Soares, Deprá,³⁵ que identificaram a associação da prevenção do CCU apenas ao ato de realizar o exame de citologia oncológica. Depreende-se, portanto, a importância de as mulheres compreenderem que prevenir esse câncer extrapola a realização de exames técnicos como o Papanicolaou e envolve investimento em hábitos comportamentais que conduzem a uma vida saudável.

Sentimentos e significados sobre o câncer de colo do útero e o exame de rastreamento

O câncer de colo do útero foi associado ao sentimento de tristeza por se tratar de uma patologia que, muitas vezes, é agressiva e de alta mortalidade se descoberta tardiamente. Também emergiram sentimentos de preocupação relacionados a não conseguir a cura e à possibilidade de retirada do útero, assim como o medo da dor e da morte.

As mulheres associaram a descoberta do câncer a um processo doloroso em decorrência do tratamento ao qual a mulher seria submetida e ao perfil crônico e devastador da doença. Pelos relatos, percebeu-se que a compreensão das mulheres sobre o CCU advém, frequentemente, da relação que elas fazem entre a doença e alguma experiência de vida de outra pessoa, já que parte das entrevistadas havia vivenciado alguma situação de câncer com um familiar ou pessoa próxima.

Neste estudo, emergiram sentimentos relacionados a vergonha, ansiedade e constrangimento na realização do exame Papanicolaou, assim como sentimentos de incômodo por se tratar de um momento que expõe a intimidade da mulher. Esses sentimentos parecem originar-se do

pudor como resultado de questões culturais e de gênero estabelecidas em nossa sociedade.

A história do papel feminino na sociedade é demarcada pelo exercício silencioso de sua sexualidade, pelo pudor exigido como atributo de feminilidade,³⁶ pela reprovação do prazer sexual feminino e por restringir a mulher a uma matriz biológica e procriadora.³⁷ Nessa perspectiva, a mulher é condicionada a ocultar ao máximo suas partes íntimas, principalmente em espaço público,³⁷ o que elucida sua dificuldade em se expor para a realização do exame de Papanicolaou, visto que este leva à exposição do que a mulher teria de mais íntimo, local do seu corpo que é envolvido por tabus e proibições.

“Vergonha sente, acho que todas as mulheres sentem vergonha de fazer esse exame, né? É um exame que te incomoda, sei lá, vai se mostrar, né? Constrangedor, né?” (U13)

Esses sentimentos podem representar uma barreira para o rastreamento da doença. Prova disso é que uma das mulheres participantes do estudo nunca realizou o exame de Papanicolaou devido à vergonha e ao medo. A mulher pode utilizar a vergonha como forma de evitar a realização do exame, o que seria uma justificativa a fim de preservar-se desse momento, mesmo que ela reconheça a importância do exame.^{31,38}

Em seus discursos, as entrevistadas revelaram que se submetem ao exame de Papanicolaou por não haver outra escolha, em virtude de o exame provocar sensações desagradáveis como receio em relação à exposição do próprio corpo e medo de serem flagradas distantes dos padrões estéticos aprovados e valorizados pela sociedade. A predominância desses sentimentos, junto ao constrangimento e à ansiedade, configura-se como entrave à adesão ao exame de rastreamento do CCU.³¹

É preciso que as equipes de APS, *locus* privilegiado para a prevenção do CCU, reflitam sobre as influências histórico-culturais na maneira como as mulheres enfrentam o exame Papanicolaou³⁹ e criem estratégias que possam minimizar a resistência da mulher ao exame. Dentre as alternativas e como parte das atribuições da APS está a realização de ações de promoção e educação em saúde,¹⁶ ferramenta que auxilia o trabalhador da saúde e a própria comunidade a refletirem sobre suas práticas¹ como uma possibilidade de transformar essa realidade.

Destaca-se que é importante que as práticas de educação em saúde extrapolem o modelo biologicista, centrado na história natural da doença, e rompam com padrões prescritivos e autoritários. A educação em saúde, quando estruturada numa perspectiva dialógica e participativa, promove o empoderamento dos indivíduos a partir da

aquisição de novos conhecimentos e possibilita a tomada de decisões consciente, o que permite a transformação social.⁴⁰ Desse modo, é importante que a APS amplie e adote as práticas de educação em saúde, na perspectiva de construir novos espaços educativos que permitam emergir e problematizar questões relacionadas aos tabus sobre os corpos femininos, de modo a (re)significar a relação da mulher com seu corpo e sua sexualidade.

Por outro lado, nos discursos, algumas mulheres mencionaram tranquilidade em relação ao exame de Papanicolaou, não o relacionando a sentimentos negativos: *“Não tenho medo nem vergonha não, faço numa boa, tranquilo” (U8)*. Resultado similar foi encontrado no estudo de Thum, Heck, Soares e Deprá,³⁵ em que as mulheres entrevistadas revelaram um olhar de naturalidade em relação ao momento da prática do exame, em uma perspectiva mais otimista.

Outro obstáculo à realização do Papanicolaou foi a sinalização para uma conduta profissional inadequada durante a realização do exame. Algumas mulheres revelaram o comportamento profissional como desrespeitoso:

“Eu acho que faltou um pouco de profissionalismo porque enquanto ela me atendia ela falava ao telefone ao mesmo tempo. Então, eu achei uma falta de respeito e... até me incomodou porque ela teve que fazer umas 3 vezes o procedimento, então isso incomoda, né?! Que foi a última vez que eu fiz. Eu não gostei mesmo”. (U10)

Essa situação evidencia a apropriação do corpo feminino pela medicina, tornando-o objeto de domínio e intervenção profissional.⁴¹ Essa relação de dominação médico-paciente retira da mulher sua autonomia, transformando-a em sujeito passivo diante das condutas profissionais. Também demonstra o acolhimento inadequado e a falta de vínculo por parte dos profissionais.

O momento de realização do exame também é identificado pelas entrevistadas como uma situação corriqueira, cotidiana e sem importância para o profissional de saúde, que parece não compreender a circunstância de quase abandono e angústia em que se encontra a mulher.²⁹ Nessa perspectiva, existe a necessidade de se refletir sobre os papéis dos profissionais de saúde e o impacto da conduta profissional frente aos comportamentos femininos de autocuidado. É necessário que os profissionais desenvolvam sentimentos como empatia, calor humano, simplicidade, além de capacidade para transmitir segurança e confiança à mulher.⁴²

Outros sentimentos mencionados pelas mulheres que podem sinalizar barreiras ao rastreamento do CCU é o medo de sentir dor durante a realização do exame Papanicolaou, ou medo do resultado, que pode revelar a pre-

sença de alguma anormalidade. Isso talvez desperte nessas mulheres sensações de impotência, desproteção e perda do domínio do próprio corpo.^{35,38} Para Pelloso, Carvalho e Higarashi,²⁹ o medo aparece pelo confronto que a mulher enfrenta diante da necessidade de fazer o exame, por compreender sua importância e, ao mesmo tempo, não desejar fazê-lo, por temer seus resultados. Do mesmo modo, a possibilidade de insucesso do tratamento e o não alcance da cura trazem para a mulher a sensação de iminência da morte.

Portanto, o profissional de saúde é o principal agente responsável pela identificação desses sentimentos desfavoráveis e pela construção de estratégias para (re)significá-los. Um dos caminhos para a mudança dessa perspectiva vivenciada pelas mulheres seria a adoção de ações de acolhimento e escuta qualificada. É importante que os profissionais aumentem a sua credibilidade e confiança com as usuárias e desmistifiquem a vinculação de seu papel à avaliação ou ao julgamento. Sobretudo, que possam ser vistos como cooperadores das usuárias na busca por uma vida mais saudável.^{17,35}

Acesso ao exame de rastreamento

Diversas são as causas que podem diminuir a adesão das mulheres aos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde e prejudicar a credibilidade dos serviços. Há interferência de aspectos socioculturais para a realização do exame de citologia oncótica que envolve preconceitos, crenças e tabus que se constituem como barreiras à sua adesão.⁴³

A desatenção e o desleixo das usuárias emergiram como fatores que as levam a adiar a realização do exame de Papanicolaou. Isso demonstra que, mesmo reconhecendo a importância do exame para a detecção precoce do CCU, as mulheres, muitas vezes, estão desprovidas de qualquer motivação para realizá-lo, veem o exame como uma obrigação.

“Faz um bom tempo, viu! (risos). Eu acho que tem uns dez anos ou mais. Engraçado, eu marquei um aqui, no dia pra mim fazer a menstruação desceu [...] E com isso eu não me importei de vim marcar outro. [...] Ai no caso, se fosse uma coisa pra eu adoecer, tivesse doente pra morrer, já teria morrido, né? De tanto tempo!” (U3)

Observaram-se, entre as falas, fatores que podem configurar-se como obstáculos para a realização do Papanicolaou e, ao mesmo tempo, discursos sobre sua relevância. Reconhecer a importância desse exame não se constitui fator decisivo para a sua realização.²⁹ Portanto, é preciso

disposição e convicção pessoal que ultrapassem a insegurança e outras barreiras, a fim de conduzir à busca pela prevenção do câncer.

A maioria das mulheres do estudo já havia realizado o exame de citologia oncótica e, em média, dentro do período proposto pelo INCA. Somente uma das entrevistadas havia feito o exame de Papanicolaou há mais de 10 anos e reconheceu que houve desinteresse da sua parte em fazê-lo. Outro problema sinalizado pelas mulheres foi a dificuldade de ajustar o horário de trabalho com o agendamento do exame na unidade de saúde.

“[...] porque assim, na minha área que atende tem que ir, vamos supor... tem que ir de manhã, marcar a triagem que eles fala. E pra mim não pode, porque eu trabalho de manhã e de tarde. Ai dificulta mais por isso, porque pra sair do trabalho pra marcar é uma novela”. (U14)

A dificuldade que as mulheres enfrentam para se sentirem do trabalho em horário comercial para a marcação e realização do exame foi bastante mencionada. Na sociedade contemporânea, a mulher tem associado ao papel de dona de casa, mãe e esposa a inserção no mercado de trabalho. Esse acúmulo de responsabilidades pode fazer com que a mulher deixe em segundo plano o cuidado com sua saúde. No pouco tempo em que se encontra livre de suas atividades diárias, depara-se com a incompatibilidade de horários com o funcionamento dos serviços de saúde da APS. Por isso, ressalta-se a necessidade de ampliação dos horários de atendimento dos serviços de saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família.

A sobrecarga de atividades do cotidiano, principalmente pela dupla função de cumprir tarefas domiciliares e responsabilidades em relação ao emprego, soma-se aos problemas de organização dos serviços de saúde e distancia as mulheres do exame de prevenção do câncer. Dessa forma, a mulher deixa de realizar o exame periodicamente, procurando o serviço quando apresenta sintomas ou durante campanhas, quando os horários são mais acessíveis e o atendimento se faz de forma mais rápida.⁴²

Em se tratando de acesso, as entrevistadas mencionaram como dificuldades a demora na marcação e/ou realização do exame, a burocracia, a disponibilização de poucas vagas e até a falta de material para a coleta. As barreiras citadas referem-se à organização dos serviços, semelhante ao encontrado nos estudos de Santos, Souza¹⁷ e Duavy, Batista, Jorge e Santos.³¹ Essa situação gera insatisfação e indignação nas mulheres. Enfrentar o exame constitui-se como uma experiência cercada de medos e sentimentos desagradáveis e ainda encontrar dificuldades para o acesso leva a situações estressantes de revolta e de-

sânimo. Como observado na fala abaixo:

“[...] Esse exame é muito problemático para fazer, entendeu? Eu acho. Porque é complicado, você tem que ir de madrugada. Às vezes, você vai e não tem, né? É quantidade... Mais de 4, 5 meses pra você receber o resultado. Aí é muito complicado no posto. Eu mesmo sou difícil de fazer, porque não tenho paciência não, de ficar esperando resultado. Aí eu faço particular”. (U8)

Diante de todos esses impasses, muitas vezes institucionais, algumas mulheres preferem marcar o exame em estabelecimentos privados de saúde, como observado na fala acima. As usuárias relataram maior rapidez em marcar e receber o resultado do exame quando pagam pelo serviço. Essa situação leva à descredibilidade dos serviços públicos de saúde e à valorização da saúde como moeda de mercado. Um agravante para essa situação é que, na inviabilidade de custear o exame, algumas mulheres protelam a sua realização ou não o fazem, o que as torna suscetíveis ao desenvolvimento do câncer de colo do útero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil têm permanecido constantes, apesar dos programas de prevenção e rastreamento implementados há mais de três décadas. O CCU possui uma grande probabilidade de cura quando diagnosticado precocemente, porém permanece um desafio ampliar a cobertura do exame de rastreamento. A proposta desta pesquisa foi a de analisar a compreensão das mulheres sobre o CCU e suas formas de prevenção, na premissa de contribuir para o entendimento de questões relacionadas ao conhecimento, aos sentimentos, às barreiras no acesso aos serviços de saúde e à adesão ao exame de Papanicolaou.

Percebeu-se que as mulheres entrevistadas apresentaram conhecimentos superficiais e, por vezes, equivocados sobre o CCU e seu exame de rastreamento, o Papanicolaou. Essa situação pode evidenciar a insuficiência e/ou baixa qualidade das práticas de promoção e educação em saúde, realizadas nos serviços de APS. É necessário que as atividades educativas não sejam planejadas isoladamente pelas equipes de saúde, mas que haja envolvimento das mulheres nesse processo. É importante construir práticas de produção compartilhada de saberes que promovam o empoderamento das mulheres, tornando-as sujeitos ativos que se reconheçam como capazes e responsáveis por sua própria saúde.

A realização do Papanicolaou foi percebida como um momento que gera diversos sentimentos como o cons-

trangimento, a vergonha, a ansiedade e o medo da possibilidade de um resultado positivo. Esses elementos foram identificados como barreiras à prevenção da doença, o que pode culminar na não realização do exame. Torna-se essencial compreender as influências histórico-culturais sobre os sentimentos das mulheres em relação ao Papanicolaou, para poder planejar, de forma mais adequada, ações e intervenções que contribuam para aumentar a adesão ao exame. Também é necessária uma atuação mais humanizada dos profissionais de saúde, que leve em consideração a individualidade de cada mulher, na tentativa de minimizar os sentimentos de medo e vergonha.

Outro aspecto importante relacionado à organização dos serviços de saúde foi a dificuldade do acesso ao exame Papanicolaou. Muitas mulheres revelaram dificuldades ao procurarem os serviços de saúde como a burocracia para o atendimento, a demora para a marcação do exame e a falta de horários alternativos de atendimento. Essas questões se configuram como um desafio ao aumento da cobertura do exame de rastreamento do CCU. Ressalta-se a necessidade de ampliação dos horários de funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo na APS, a fim de facilitar o acesso das mulheres aos serviços e aumentar a adesão ao exame, mesmo que isso gere custos adicionais.

Esta pesquisa limitou sua coleta de dados no entorno de unidades de saúde da família, desse modo, sugere-se que futuros estudos explorem outras fontes de informação no intuito de compreender o tema sob outras óticas do público feminino. Foi possível identificar apenas alguns fatores que interferem no rastreamento do CCU e algumas deficiências dos serviços de saúde. Permanece a necessidade de se ampliarem estudos nessa temática, de modo a intensificar o debate em torno da saúde da mulher e seus fatores de influência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
3. Ramalho KS, Silva ST, Lima SM, Santos MA. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fís. 2012; 1(1):11-22.
4. Instituto Nacional do Câncer. Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero: entre 1979 e 1998 [base de dados

- na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [Acesso em 2013 nov.]. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo07.action>>.
5. Brasil. Portaria nº 3.040, de 21 de junho de 1998. Instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 23 de junho de 1998; Seção 1. p.102.
 6. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006 [Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 23 de fevereiro de 2006; Seção 1. p.43-51.
 7. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2015.
 8. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer de colo de útero. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [Acesso em 2013 ago. 14]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca./falando_cancer_colo_uterio.pdf>.
 9. Brasil. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Caderno de Atenção Básica. n. 13. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 10. Novaes HMD. A vacina contra HPV e o câncer de colo de útero: desafios para a sua incorporação em sistemas de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(3):505-25.
 11. Eluf Neto J. A vacina contra o papilomavírus humano. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(3): 505-25.
 12. Nadal LRM, Nadal SR. Indicações da vacina contra o papilomavírus humano. Rev Bras Coloproct. 2008; 28(1):124-6.
 13. Caetano R, Vianna CMM, Thuler LCS, Girianelli VR. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo de útero no Brasil. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva. 2006; 16(1):99-118.
 14. Organização Mundial de Saúde. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales [base de dados na Internet]. Ginebra; 2007 [Acesso em 2013 nov. 08]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf>.
 15. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 16. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 17. Santos UM, Souza SEB. Papanicolaou: diagnóstico precoce ou prevenção do câncer cervical uterino? Revista Baiana de Saúde Pública. 2013; 37(4):941-51.
 18. Dias EG, Santos DDC, Dias ENF, Alves JCS, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2015; 7(4):135-46.
 19. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. Saúde Soc. 2011; 20(3):821-28.
 20. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2865-75.
 21. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(2):255-62.
 22. Richardson RJ. Métodos quantitativos e qualitativos. In: Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. p.70-89.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf>.
 24. Datasus. População residente por faixa etária detalhada segundo município [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Acesso em 2016 jun. 02]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>>.
 25. Vitória da Conquista. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Vitória da Conquista: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
 26. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribui-

ções teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.

27. Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 303-60.

28. Santos ACS, Varela CDS. Prevenção do câncer de colo uterino: motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2015; 4(2):179-188.

29. Peloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scientiarum. HealthSciences*. 2004; 26(2):319-24.

30. Rico AM, Iriart JAB. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(9):1763-73.

31. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(3):733-42.

32. Casarin RM, Piccoli JCE. Educação em saúde para a prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5):3925-32.

33. Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(1):123-33.

34. Ressel LB, Stumm KE, Rodrigues AP, Santos CC, Junges CF. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. *Av Enferm*. 2013; 21(2):65-73.

35. Thum M, Heck RM, Soares MC, Deprá AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(4):509-16.

36. Matos MIS, Soihet R. Uma breve história das representações do corpo feminino na sociedade. *Estudos Feministas*. 2004; 12(2):237-53.

37. Fernandes MGM. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(4):1051-65.

38. Matias LNA, Loures LM, Pinheiro L, Carvalho MAS. Avaliação do conhecimento de mulheres da cidade de Anápolis/Goiás sobre o exame de Papanicolaou. *Rev Ce-reus*. 2015; 7(3):98-118.

39. Cruz LMB, Loureiro RP. 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 Soc*. 2008; 17(2):120-31.

40. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2014; 12(1):129-47.

41. Ramírez-Gálvez M. Corpos fragmentados e domesticados na reprodução assistida. *Cad Pagu*. 2009; (33):83-115.

42. Diógenes MAR, Jorge RJB, Sampaio RLR, Mendonça FAC, Sampaio LL. Barreiras à realização periódica do Papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. *Rev APS*. 2011; 14(1):12-18.

43. Jorge RJB, Sampaio LRL, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LL. Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou. *Rev Rene*. 2011; 12(3):606-12.

Submissão: agosto de 2015

Aprovação: junho de 2016
