

# Expectativas Frente ao Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero

## Expectations towards the Uterus Cervix Cancer Prevention Exam

CLAUDIA SANTOS MARTINIANO<sup>1</sup>  
ROSANA FARIAS BATISTA LEITE<sup>2</sup>  
IONARA NEVES BEZERRA<sup>3</sup>  
MÁRCIA SANTOS MARTINIANO<sup>4</sup>

### RESUMO

*Objetivo:* Analisar as expectativas das mulheres frente à realização do exame citológico e identificar o que as motivou à realização do exame. *Material e Métodos:* Foi realizado um estudo transversal, descritivo com abordagem qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande - Paraíba - Brasil, durante o mês de outubro de 2004. Foi utilizado um questionário com questões objetivas e um roteiro de entrevista semi-estruturado. A amostra foi constituída de 25 mulheres que estavam na sala de espera para a realização do exame de Papanicolau. As entrevistadas foram questionadas sobre o que as motivou a realizar o exame, se sabiam qual a finalidade e como ele é realizado, como se sentiam durante a realização da citologia e se tinham alguma preocupação relativa ao exame. *Resultados:* A maioria das usuárias relatou realizar o exame por motivo de prevenção, referiram um saber correto sobre o objetivo do exame, mas a forma como este é realizado é desconhecido por muitas. A vergonha durante o exame foi o sentimento predominante e o medo do resultado a preocupação maior. *Conclusões:* Os resultados ressaltam a importância da educação em saúde e necessidade de se educar ainda mais a população para as práticas de promoção à saúde, além da imprescindível necessidade da humanização no atendimento.

### DESCRIPTORIOS

Saúde da mulher. Câncer do Colo do Útero. Exame Colpocitológico.

### ABSTRACT

*Objective:* Analyze the expectations of women on the verge of undergoing a cytological exam and identify what motivated them to do so. *Material and Methods:* A transversal descriptive-type model with a qualitative approach was carried out in the Unidades Básicas de Saúde da Família in the city of Campina Grande – Paraíba – Brasil, during the month of October, 2004, together with a questionnaire containing objective questions and a half-structured interview guide. The sample constituted of 25 women who were in the waiting room expecting to undergo a Pap smear. The interviewees were questioned about what motivated them to undergo the exam; if they knew the purpose of the exam, how it was done, how they felt while doing it, and if they had any worries concerning the exam. *Results:* Most of the users reported that they underwent the exam as a means for prevention, showing knowledge about the purpose, but the procedure was unknown to many. Embarrassment during the exam and fear of the result were the predominant feelings. *Conclusions:* Results pointed out the importance of health education and the need to educate, even more, the population in the direction of promoting health practice, besides the essential need of humanizing the service.

### DESCRIPTORS

Women's health. Uterus colon cancer. Colpocytological exam.

- 1 Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande - Paraíba - Brasil.
- 2 Professora da Escola Estadual de Auxiliar de Enfermagem. UEPB.
- 3 Enfermeira.
- 4 Assistente Social.

**C**âncer é o termo aplicado a um conjunto de patologias que se caracterizam pelo processo de multiplicação celular desordenado e a capacidade de comprometimento de outras regiões e tecidos. Os tipos de cânceres são diferenciados de acordo com a sua localização, origem ou tipo celular do qual se originou, velocidade de multiplicação das células cancerosas e a capacidade de metástase e invasão a órgãos vizinhos (SMELTZER e BARE, 1998).

As estatísticas brasileiras indicam a crescente morbi-mortalidade do câncer, que é a segunda causa de morte no país. O alto custo do tratamento, suas repercussões no sistema de saúde e a interferência na qualidade de vida, apontam aos profissionais de saúde a necessidade do estabelecimento de estratégias de intervenção no processo da doença e maior capacitação dos recursos humanos para atuarem de modo competente, principalmente no âmbito domiciliário (BRASIL, 2001).

O diagnóstico do câncer do colo do útero, em sua fase inicial, é realizado através do exame Papanicolau, e é bastante eficiente na detecção precoce do câncer, na medida em que identifica lesões ainda em estágios anteriores à neoplasia e seu diagnóstico na fase pré-sintomática, modificando o curso clínico da doença e tornando mais efetivo o tratamento (DIAS-DA-COSTA, 2003).

Dentre as demandas que se apresentam para a rede de serviços, a atenção a patologias prevalentes e suscetíveis às ações de controle pode-se constituir em indicador das condições de acesso ao serviço. O câncer cérvico uterino representa uma destas condições, constituindo-se rotineiramente em um problema de saúde objeto de intervenção dos programas de atenção à saúde da mulher (SANTIAGO e ANDRADE, 2003).

O Ministério da Saúde vem implementando, desde 1984, ações específicas para a saúde da mulher, como é o caso do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) - 1984, o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino (PNCCCU) - 1997, que lançou o projeto *Viva Mulher* sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), além de várias campanhas no âmbito nacional.

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, e tem contribuído para melhoria do acesso às ações de saúde da mulher nos diversos níveis e complexidade assistencial (ALEXANDRIA, 2000). Para além do acesso aos serviços, a qualidade da atenção em saúde e a assistência humanizada são condições primordiais para que estas ações se traduzam na resolutividade dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, na capacidade de enfrentamento das mulheres a esta

**C**ancer is the term applied to the pathological group which is characterized by the process of disordered cellular multiplication and the jeopardizing of other areas and tissues. Cancer types are differentiated according to: location, cellular origin-type, cancer cell multiplication speed and the metastases capacity and invasion of neighboring organs (SMELTZER and BARE, 1998).

Brazilian statistics indicate an increasing cancer morbid-mortality, which is the second major death cause in the country. High treatment costs, its repercussions throughout the Health System, and its interference in the quality of life show health professionals the need to establish intervention strategies throughout the process of the disease and greater human resource capacitating to act in a more complex way, mainly in the domestic field (BRASIL, 2001).

The uterus colon cancer diagnosis, in its initial phase, realized through PAP smear is quite efficient in the early detection of cancer, since it identifies lesions that are still in the early stages before neoplasia, and its diagnosis in the pre-symptomatic phase can modify the clinical course of the disease making the treatment more effective (DIAS-DA-COSTA, 2003).

Among demands presented to the service network, attention to prevalent pathologies and susceptible to control actions can constitute an indicator of service access conditions. Cervical uterine cancer represents one of these conditions, routinely constituting into a health problem object of women's health program intervention (SANTIAGO and ANDRADE, 2003).

The Ministério da Saúde has implemented since 1984, specific actions for women's health, such as the "Integral Assistance Program for Women's Health (PAISM) - 1984, and the "National Uterus Colon Cancer Control Program" (PNCCCU) - 1997, which launched the project *Viva Mulher* under the coordination of the Instituto Nacional do Cancer - INCA, along with other national campaigns.

The strategies of the Programa de Saúde da Família - PSF, proposes new dynamics for the structuring of health services, and has contributed to the increase in access to the actions of women's health in the various levels and assistance complexity (ALEXANDRIA, 2000). Besides the access to services, the attention to the quality of health and a humanized assistance are priority for these actions to become the resolutions to problems identified, in the users'

demanda, ao reconhecimento e reivindicação de seus direitos, e na adoção de cuidados preventivos (BRASIL, 2004).

O exame citológico, teoricamente não é um exame de alta complexidade, porém se faz necessário compreender a sua importância e repercussão no universo das usuárias através de suas falas, uma vez que estas “referem-se aos pensamentos, sentimentos, memórias, planos e discussões das pessoas, e algumas vezes nos dizem mais do que seus autores imaginam” (BAUER, 2003, p. 189). Assim necessário se faz, questionar sobre as expectativas das mulheres frente à realização do exame citológico, como forma de desvendar através de suas concepções, as motivações e possíveis resistências, com vista a um melhor preparo dos profissionais para a realização do exame, contribuindo para uma maior satisfação e adesão das mulheres a esta tecnologia de diagnóstico precoce.

O objetivo desta pesquisa é analisar as expectativas das mulheres frente à realização do exame citológico, identificando preocupações relativas à execução e resultado do exame citológico; verificando se sabem a finalidade do exame e como este se realiza e perceber possível motivação e/ou resistência à realização do exame.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é do tipo transversal, descritivo com abordagem qualitativa. A utilização de métodos e técnicas qualitativas torna-se necessário nesta pesquisa, uma vez que se dispõe a captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social em estudo, buscando os significados das motivações, atitudes e valores.

A população do estudo foi constituída por usuárias do serviço público de saúde, atendidas nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Campina Grande - PB. A escolha das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) para a coleta dos dados foi feita a partir do critério de maior número de exames citológicos realizados no ano do estudo, até o mês de outubro, de acordo com os dados da Secretaria de Saúde do Município, haja vista estas unidades apresentarem facilidade para identificação da amostra. Assim, as UBSF selecionadas foram: UBSF Tambor II, UBSF Conceição I e UBSF Pedreira I e II.

A amostra foi constituída por 25 usuárias que aguardavam na sala de espera das unidades de saúde à realização do exame citopatológico em consultas referentes à saúde da mulher, nos dias de coletas, de acordo com a rotina de cada unidade.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente

satisfaction, in the capacity women have in facing these demands, recognition, requests of their rights, and in the adoption of prevention care (BRASIL, 2004).

The cytological exam is not, theoretically, a complex exam, however, it is necessary to comprehend its importance and repercussion in the users' universe through their speech, once these “refer to thoughts, feelings, memories, plans, discussions between people and sometimes tell us more than their authors imagine” (BAUER, 2003, p.189). In that way, it is necessary to question about women's expectations in terms of realizing the cytological exam, as a way to reveal through their conceptions, motivations and possible resistance, with the intention of better preparing professionals for the realization of the exam contributing to a greater satisfaction, and women's support towards this early diagnosis technology.

The objective of this research is to analyze women's expectations towards undergoing the cytological exam, identifying preoccupations related to the exam's execution; verifying if they know what the purpose of the exam is, how the exam is done, and notice possible motivation and/or resistance towards the realization of the exam.

## MATERIAL AND METHODS

This study is a transversal descriptive-type and of qualitative approach. The use of qualitative methods and techniques are necessary in this research since it proposes to capture some of the subjective aspects of the social reality, in the study, trying to find meanings of motivation, attitudes and values.

The study population constituted of public health service users being admitted at the Program de Saúde da Família (PSF), of the city of Campina Grande-PB. The choice of the Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), for the data collection was made using the following criteria: the greatest number of cytological exams undergone, until the month of October, according to data from the Secretaria de Saúde do Município. Those units presented facility in the identification of the sample; therefore, the UBSFs selected were: UBSF Tambor II, UBSF Conceição I and UBSF Pedreira I and II.

The sample constituted of 25 users who waited for the cytological exam, in the health units' waiting room during women's health consultations, on collecting days, according to the routine of each unit.

The interviews were realized in a place indicated

indicado pelos funcionários dos locais em que a pesquisa foi desenvolvida. Em quase todas as unidades, as entrevistas ocorreram na sala da assistente social. Tal medida foi tomada motivada, primeiramente, pela temática abordada, devido o tema ser referente a informações íntimas das mulheres, que não se sentiriam aptas a relatá-las diante dos demais; por sugestão dos próprios profissionais do serviço e para evitar o máximo de ruídos e garantir a qualidade do instrumento de pesquisa. Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo a mesma realizada após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba em outubro de 2004.

As entrevistas foram realizadas no período de 18 a 22 de outubro de 2004, nos horários da manhã e da tarde. Para estes dados procedemos a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, compreendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que objetivam descrever o conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) possibilitando conhecer as condições de produção/recepção destas mensagens (MINAYO, 1992).

## RESULTADOS

As práticas comuns em saúde geralmente relegam o usuário a mero receptor das ações dos profissionais. Sob o enfoque da prática de saúde prevista no SUS, especificamente no Programa Saúde da Família, o profissional precisa valorizar a individualidade, respeitar a privacidade e também orientar a usuária em escolhas conscientes acerca dos riscos à saúde. É a partir desta perspectiva que analisamos a seguir as falas das usuárias, atores sociais de nossa pesquisa.

A extensão da cobertura do PSF no município de Campina Grande, sobretudo nos dois últimos anos, proporcionou maior acesso aos serviços de saúde pela população, possibilitando a realização de ações de prevenção e promoção à saúde. Essa acessibilidade é percebida com clareza pelas usuárias, como se observa na fala a seguir.

*“Eram bem difícil de fazer este exame antigamente”* (Entrevistada 2).

Em que se pese a melhoria do acesso, a qualidade do atendimento à clientela na consulta ginecológica é fato determinante no retorno da usuária e na continuidade do tratamento. Práticas de saúde pouco ou nada humanizadas, somadas à relação autoritária do profissional frente à usuária, deixam seqüelas. Para o Ministério da Saúde (MS), a ausência de sensibilização do profes-

by the local employees, where the research was developed. In almost all units, the interviews occurred in the social worker's office. That measure was taken, motivated primarily because of the theme approached, since the theme refers to the women's intimacy, they did not feel comfortable to report them in front of other women. This suggestion came from the service employees in order to avoid noise and guarantee the quality of the research instrument. Ethical aspects on human research were considered, being realized after the Comitê de Ética of the Universidade Estadual da Paraíba's approval in October, 2004.

The interviews happened from October, 18<sup>th</sup> to 22<sup>nd</sup>, 2004, in the morning and afternoon. For this data, we proceeded with Bardin's proposal of Content Analysis, comprehended as a group of communication analysis, which aim at describing the content of the messages, indicators (qualitative and not qualitative), making it possible to know production/reception condition of the messages (MINAYO, 1992)

## RESULTS

The common health practices generally neglect the user as a mere receptor of the professionals' actions. Under the focus of health practice foreseen by the SUS, more specifically the Programa de Saúde da Família, the professional has to value individuality, respect privacy and also guide the user to conscious choices on health risks. It is from this perspective that we analyzed the users' talk, social actors of our research.

The coverage extension of the PSF in the city of Campina Grande, especially in the past two years, gave greater access to health services by the population, making the realization of prevention actions and health promotion possible. This accessibility is clearly perceived by the users, as we can see in the following talk:

*“It was quite difficult to undergo this exam in the past.”* (Interviewee 2)

In terms of access increase improvement, the service quality in the gynecology consultation is a determiner for the user to return and to the continuity of the treatment. Little or no humanized health practice, added to the authoritarian relation between professional and user, leaves consequences. For Ministério da Saúde (MS), the absence of professional sensibility, lack of

sional, a falta de privacidade durante os exames e a falta de humanização no atendimento corresponde a fatores que dificultam o desenvolvimento do programa “Viva Mulher” (BRASIL, 2002).

Quando interrogadas sobre o motivo que as levaram a realizar o exame, as usuárias de pronto relataram experiências anteriores, para elas desmotivantes, como se expressa uma das entrevistadas:

*“Ai eu num sabia, nunca tinha ido num médico assim, ginecologista, pensava que ele ia olhar pra mim assim e dizer. Ai quando eu fui, logo de primeira ele mandou eu tirar a roupa, eu quase morro de vergonha. Eu num sabia o que era o exame”* (Entrevistada 3).

Muita atenção deve ser dada, então, à qualidade do atendimento à clientela na consulta ginecológica, pois este pode ser um fator importante e determinante no retorno do paciente e na continuidade do tratamento. É comum observar relatos de maus-tratos e humilhações sofridas por mulheres durante o procedimento. Grande parte dos sentimentos de desconforto físico e psicológico são originados da realização do exame sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada. Atos que refletem maus-tratos ou humilhações contribuem para originar sentimentos de insatisfação e perda da confiança, resultando na rejeição de práticas e técnicas de assistência (PINHO *et al.*, 2003).

Apesar de a população pesquisada ser de baixa renda e não possuir alta escolaridade, a maioria das mulheres entrevistadas referiu, em suas respostas, que procuravam a unidade de saúde para consulta ginecológica e realização da citologia oncológica, por motivo de prevenção, para evitar doenças, como se observa nas seguintes falas:

*“É foi pra precaução, evitar problemas futuros. Um câncer, por exemplo”* (Entrevistada 4).  
*“Vim pra prevenção né? Prevenir as doenças, é o necessário. Que todas as pessoas deveriam prevenir as doenças bem antes”* (Entrevistada 12).

Tais depoimentos revelam um conhecimento geral das entrevistadas no que se refere à finalidade do exame, provavelmente como resultado da atividade de educação em saúde desenvolvida pela unidade na comunidade. Neste sentido, os profissionais de saúde também foram citados como um importante fator motivador na realização do exame.

*“Eu vim exatamente hoje fazer, porque a médica mandou”* (Entrevistada 1).

privacy during examination and lack of humanization during admittance corresponds to factors that make the “Viva Mulher” program development difficult (BRASIL, 2002).

When questioned about the reasons that made them undergo the exam, users promptly reported earlier experiences, to them de-motivating, as one of the interviewees expressed:

*“I didn’t even know, I had never been to a doctor like this, gynecologist, thought he was going to look at me like this and say. So, when I went, at first, he told me to take my clothes off, I felt embarrassed. I didn’t know what the exam was”*. (Interviewee 3)

Therefore, much attention should be given, in terms of clientele service quality at gynecological consultations, because this may be an important factor that will determine the patient’s return and continuity of the treatment. It is common to hear about ill-treatment and humiliation suffered by women during procedures. The greatest parts of physical and psychological feelings of discomfort originate in the realization of the exams, without previous explanations of its meaning, in a very cold and uncaring way. Acts that reflect ill-treatment or humiliation contribute to the origin of the feeling of dissatisfaction and loss of trust, resulting in rejection to the practices and assistance techniques (PINHO *et al.*, 2003).

Although the population researched is of low economical status and does not possess high academic levels, most of the women interviewed referred, in their answers, to having sought the health unit for gynecological consultation and realization of oncotic cytology, for the purpose of prevention, avoiding diseases, as we can observe in the next talks:

*“Yeah, it was for precaution, avoid future problems. Cancer, for example.”* (Interviewee 4)  
*“I came for prevention, right? Preventing diseases is necessary. All people should prevent diseases much earlier.”* (Interviewee 12)

Such statements reveal interviewees’ general knowledge in terms of the purpose of the exam, probably as a result of educational activity in health developed by the community units. In this sense, health professionals were also cited as an important factor motivating the realization of the exam.

*“I came, exactly today, because the doctor told me to.”* (Interviewee 1)

*“Eu disse até a Agente Comunitária de saúde, que eu nem vinha, ela disse ‘venha eu já marquei num sei quantas vezes, porque tu num vem?’”* (Entrevistada 2).

Observa-se a importância da atuação do profissional de saúde como educador, fator indispensável na intervenção do processo saúde doença e na promoção de saúde. Segundo o MS é fundamental a capacitação do profissional na realização da coleta e no fornecimento das informações pertinentes às mulheres que solicitarem (BRASIL, 2002).

A atuação do profissional de saúde na realização do exame é de extrema importância, já que durante a consulta ginecológica, muitas mulheres só se submetem ao exame devido à iniciativa médica (BRENNNA *et al.*, 2001).

Sabe-se que ainda muito deve ser feito, pois apesar da maioria das mulheres referirem procurar a unidade com intuito de prevenção, em muitas respostas ainda foi possível identificar o sintoma como fator motivador para a realização do exame. Algumas das entrevistadas referiram decidir procurar o serviço de saúde por apresentar algum sintoma.

*“eu sinto muita dor na barriga, minha menstruação é irregular, mais por isso mesmo”* (Entrevistada 5).

*“Eu vim fazer por causa que eu tava sentindo umas dores”* (Entrevistada 7).

Os depoimentos acima corroboram os outros estudos que revelam que a maioria das mulheres consulta-se com o ginecologista apenas quando apresentam sintomas (BRENNNA *et al.*, 2001).

Também se observa o medo de ter alguma patologia como fator motivador da procura do serviço de saúde. Esta fala, embora tenha sido pouco verbalizada pelas usuárias, é bastante significativa, uma vez que tanto impele à procura, como se verifica na fala a seguir, quanto adia o enfrentamento de um suposto problema.

*“Eu venho porque eu tenho medo de câncer [...]”* (Entrevistada 25).

O sentimento de medo pode ser propulsor para a realização do teste de Papanicolau. O temor da ameaça e do perigo que correm se não adotarem comportamentos ditos preventivos e a crença fatalista perante a doença, induz a um sentimento de culpa, de obrigação e responsabilização exclusiva pela saúde e pela doença (PINHO *et al.*, 2003).

O tempo disponível para ir à unidade e realizar o

*“I told the community health agent that I wasn’t coming and she said ‘come, I’ve arranged a great number of times, why aren’t you coming’”* (Interviewee 2)

We can observe how important the health professionals’ acting as an educator, an indispensable factor in the intervention of the health-disease process and in health promotion. According to the (MS), professional capacitating is fundamental in the realization of collecting material and in giving pertinent information to women who ask for it (BRASIL, 2002).

The health professional’s attitude in the realization of the exam is of extreme importance, since during a gynecological consultation, many women only submit to the exam because of the doctor’s initiative (BRENNNA *et al.*, 2001).

It is known that there is still much to be done, because although most women stated seeking the unit for the purpose of prevention, in their answers it was possible to identify the symptom as a motivating factor to undergo the exam. Some of the interviewees stated having decided to pursue the service because they presented some kind of symptom.

*“I feel much pain in stomach, my menstrual period is irregular, but that’s why”*. (Interviewee 5)

*“I came because I was feeling pain”*. (Interviewee 7)

The statements above agree with other studies that reveal that most women consult a gynecologist only when they present symptoms (BRENNNA *et al.*, 2001).

We could also observe fear of having some kind of pathology as a motivating factor to seek the health service. This talk, although little verbalized by the users, is very significant, since it forces to get in touch with the service, as it also hinders confronting the supposed problem.

*“I come because I’m afraid of cancer”[...]* (Interviewee 25)

The feeling of fear can be the propulsion to undergo the PAP smear. The fear of threat and danger they may go through if they do not adopt attitudes said to prevent and the fatalist belief towards diseases, induces a feeling of blame, obligation and exclusive responsibility over health and disease (PINHO *et al.*, 2003).

Time available to go to the unit and take the exam is still a resistance matter; since, according to the

exame ainda é um ponto de resistência, uma vez que, de acordo com o perfil das entrevistadas, a maioria delas desenvolve alguma atividade, no próprio lar, ou até mesmo fora dele, e têm que quebrar a sua rotina para ir ao posto de saúde. Esta dificuldade é revelada por algumas entrevistadas.

*“Sei que é pra fazer de seis e seis meses. Mas só venho porque to sentindo isso e, também, por conta do tempo, num tem com quem deixar os meninos”* (Entrevistada 5).

Como se observa, fatores de caráter organizacional como longo período de espera para serem atendidas ou para marcar consultas, a falta de tempo devido à carga horária da usuária ou não ter com quem deixar os filhos, dificultam o acesso à realização do exame (PINHO *et al.*, 2003).

O fato da não realização regular do exame pode contribuir para o retardo na detecção da doença. Como muitas outras pacientes, é também provável que a usuária tenha estado outras vezes na unidade de saúde e não tenha sido alvo de captação oportuna e nem tenha participado de práticas educativas.

Todos esses fatos ressaltam a importância de um profissional que valorize o exame clínico como estratégia de detecção precoce do câncer (BRASIL, 2002), tendo em vista que este procedimento é utilizado na tentativa de se descobrir o mais cedo possível uma doença, através dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresente ou pela presença de fatores de risco (BRASIL, 2002). O profissional deve então ressaltar cada vez mais a importância do exame para motivá-las a procurarem o serviço, a se esforçarem em benefício de sua saúde e fazendo exceções em casos que forem realmente necessário.

As entrevistadas também foram inquiridas quanto à finalidade do exame. A maioria das respostas obtidas referiu um conhecimento correto sobre o real objetivo do exame de Papanicolaou.

*“Pra ver se..., se agente ta com câncer”* (Entrevistada 1).

*“Para prevenir o câncer do colo do útero e outras doenças, que a gente possa ter. Ele deve ser feito todo ano, para prevenir”* (Entrevistada 12).

Em muitas respostas, no entanto, foi observado que as mulheres tinham conhecimento limitado sobre o exame, uma vez que não sabiam o que estavam prevenindo.

interviewees' profiles, most of them develop some kind of activity, in their own house, or even out of it, and have to break their routine to go to the health department. This difficulty is revealed by some of the following interviewees's talks.

*“I know I have to do it every six months. But I just came because I'm feeling this, and also because of time. I don't have anyone to leave the kids with”*. (Interviewee 5)

As we can see, factors of the organizational type with a long waiting time to be admitted or to arrange an appointment, time constraints because of the user's schedule, or not having someone to leave the children with make access to the realization of the exam difficult (PINHO *et al.*, 2003).

The fact that there is not a regular time to undergo the exam can contribute to a delay in detecting the disease. Like many other patients, it is also probable that the user may have been to the health units at other times, but was not a target at opportune attraction to these programs and did not participate in educational practices.

All these facts emphasize the importance of a professional who values the clinical exam as a strategy in the early detection of the cancer (BRASIL, 2002), having in mind that this procedure is used in trying to discover as early as possible a disease, through symptoms and/or clinical signs that the patient may present or by the presence of risk factors (BRASIL, 2002). The professional should highlight, even more, the importance of the exam in order to motivate the women to seek the service, and make some effort because of their health, and make exceptions in cases which are really necessary.

The interviewees were also inquired concerning the purpose of the exam. Most of the answers obtained showed they had correct knowledge of the real objective of the Pap smear.

*“To see if..., we have cancer”*. (Interviewee 1)  
*“To prevent uterus colon cancer and other diseases we may have. It should be done every year, to prevent them”*. (Interviewee 12)

Nevertheless, in many answers, we could observe that the women had limited knowledge about the exam, since they did not know what they were preventing.

“É pra saber se tem alguma coisa, alguma doença, mas eu num sei que doença não [...]” (Entrevistada 6).

“Né isso para prevenir doenças? Sei que doença é não, mas a gente tem que fazer” (Entrevistada 14).

Algumas referiram informações confusas ou até mesmo erradas sobre a real finalidade do exame, enquanto outras afirmaram não saber o porquê do exame ser realizado, como podemos observar nos seguintes discursos.

“Eu acho assim que a gente não sabe o que o exame vai acusar ele vai ver o que a gente tem lá dentro, qual o problema, [...] tipo assim, um cisto no ovário, alguma coisa, alguma inflamação” (Entrevistada 15).

“Eu num sei não, já me disseram, mas eu num to lembrada não” (Entrevistada 18).

O acesso restrito à informação e à sua correta assimilação dificulta e diminui a probabilidade de busca à prática de prevenção do câncer do colo uterino (PINHO *et al.*, 2003).

Quando questionadas quanto ao saber referente à realização do exame, se sabiam como a coleta era realizada, algumas das entrevistadas demonstraram conhecimento compatível com a prática.

“Sei, é o papanicolau, a médica coleta um líquido coloca na lâmina e envia para o laboratório” (Entrevistada 12).

Por mais que os profissionais tenham sido propositivos na motivação das usuárias para a realização do exame, a forma como este é realizado é desconhecido por muitas usuárias, que forneceram respostas mais uma vez confusas e errôneas, reveladas nos discursos a seguir.

“Eu já fiz já. Mas saber mesmo eu num sei não” (Entrevistada 17).

“Sei, a gente vai se deita em cima da cama, bota os pés no ferro. Ai bota um aparelhinho dentro (...). Ai ela bota o útero para fora e tira um negocio raspando” (Entrevistada 22).

O controle do câncer depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença, porém a educação é a base sobre a qual se apóiam todas essas ações (BRASIL, 2002).

“It’s to know if there is something, any disease, but I don’t know which disease [...]” (Interviewee 6)

“Isn’t it to prevent diseases? I don’t know which ones, but we have to do it”. (Interviewee 14)

Some women referred to a confusion of information or even to wrong information about the real purpose of the exam, while others stated they did not know the reason for the exam, as we can see in the following discourses:

“I think, like, we don’t know what the exam is going to reveal, he’s going to see what there is inside, what the problem is, [...] like, an ovarian cyst, something, some kind of inflammation”. (Interviewee 15)

“I don’t know, someone told me, but I don’t remember”. (Interviewee 18)

Restricted access to information and its correct assimilation makes it difficult and reduces probability when looking for a uterus colon cancer prevention practice (PINHO *et al.*, 2003).

When questioned about knowledge related to the exam, the interviewees demonstrated knowledge compatible with the practice.

“I know, it’s the pap smear, the doctor collects liquid, puts it on a slide and sends it to the laboratory”. (Interviewee 12)

To a great extent, professionals have been willing to motivate users to undergo the exam, the way in which it is done is unknown to many users, who once again give confusing and wrong answers, like the ones revealed following:

“I’ve already done it. But really know what it is, I don’t”. (Interviewee 17)

“I know we lie on the bed and put our feet on the iron. Then a little tool is put inside (...). Then she takes our uterus out and gets something by scrapping.” (Interviewee 22)

Cancer control depends essentially on the actions of those areas promoting health, specific protection and early diagnosis of the disease, nevertheless, education is the basis on which all actions are supported (BRASIL, 2002).

As entrevistadas foram interrogadas quanto ao momento do exame, o que elas sentiam em relação à realização do mesmo. Um significativo número de respostas obtidas referia o constrangimento como sentimento predominante durante a coleta como podemos observar nas seguintes falas:

*“Ah! Me sinto horrível, se pudesse, não faria esta parte, essa ficaria sem fazer [...] Porque é muito chato, é horrível! É muito constrangedor. É chato mesmo”* (Entrevistada 2).

Estes resultados ratificam outros estudos, onde o sentimento de vergonha foi citado pela maioria das mulheres como justificativa para a não realização do exame ou para procurar o atendimento médico (BRENNNA *et al.*, 2001).

Apesar de o constrangimento ser predominante entre a maioria das entrevistadas, algumas usuárias referiram ainda a boa aceitação do exame, relevando a sua importância e necessidade.

*“Normal, num tenho problema nenhum, acho assim que é, a gente não relaxa muito, fica um pouco tensa, mas para mim não tenho vergonha, não tenho nenhum complexo não. É uma coisa normal, para o meu bem”* (Entrevistada 10).

Foi possível notar ainda uma relação entre o modo de percepção do exame e a quantidade de vezes que este foi realizado, como podemos observar nos discursos a seguir:

*“A primeira vez que eu fiz me deu uma tremedeira nas pernas, [...] mas era porque eu nunca tinha feito. Com vergonha, sem saber, pensava que era uma coisa de outro mundo. Ai agora eu já fui umas três vezes ou quatro”* (Entrevistada 16).

*“Eu fico nervosa, sei lá impaciente. Da primeira vez deu um medo, eu nunca tinha feito, ai fiquei com medo. Ai da segunda vez eu fiquei bem tranqüila”* (Entrevistada 20).

Esta pesquisa corrobora o estudo realizado pelo MS, sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação, os quais mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do

The Interviewees were interrogated concerning the moment of the exam, what they felt in terms of undergoing the exam. A significant number of answers obtained referred to embarrassment as the predominant feeling during collection of material, as we can observe in the following talks:

*“Oh! I feel terrible, If I could, I wouldn't do that part, that one I could do without [...] Because it's very boring, it's horrible” It's embarrassing. It's really boring”*. (Interviewee 2)

These results confirm other studies, where feelings of shame were cited by the majority of the women as a justification to not undergo the exam or to seek medical admittance BRENNNA *et al.*, 2001).

Although embarrassment is predominant among most of the interviewees, some users still had a good acceptance towards the exam, revealing its importance and need.

*“Normal, I have no problems, I think it's, like, we don't relax much, get a little tense, but I don't feel embarrassed, I don't have any kind of complex. It's normal, for my own good”*. (Interviewee 10).

It was still possible to notice a connection between the perception of undergoing the exam and the amount of times it was realized, as we can see in the following discourses:

*“The first time I did it, my legs started shaking, [...] but it was because I had never done it. Embarrassed, without knowing, I thought it was something from another world. Now I've done it almost three or four times”*. (Interviewee 16)

*“I get nervous, I don't know. The first time it was frightening, I had never done it, I got scared. But then the second time, I felt calmer”*. (Interviewee 20)

This study reinforces the study made by the MS, about Brazilian women's attitudes towards and the lack of service of the programs developed to make women conscious, and shows that the main causes of resistance would be related to cultural aspects: shame, fear of pain, religion, lack of knowledge of the exam, where to undergo it, and partners who do not allow women to undergo the

exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo (BRASIL, 2002).

A dor também foi citada por algumas entrevistadas nas suas respostas como no exemplo a seguir.

*“Da primeira vez deu um medo, eu nunca tinha feito, ai fiquei com medo [...]”* (Entrevistada 20).

Um importante fator analisado foi se as participantes possuíam alguma preocupação referente ao exame. O medo do resultado foi citado por pouco mais da metade das entrevistadas, sendo que o restante referiu não ter preocupações. O temor do resultado foi expresso de maneira bastante clara, como se destaca nas seguintes respostas:

*“O exame me preocupa de dar coisa [...]. Ai, eu me preocupo. De ter algum problema, alguma coisa que num tenha jeito [...]”* (Entrevistada 1).  
*“Tenho muito medo de algum resultado [...]. Medo de saber de alguma coisa Ai é que eu num vinha tu sabia? Se eu soubesse que tinha alguma coisa eu num vinha não”* (Entrevistada 2).

Estudos têm mostrado que o sentimento de medo em relação ao teste, à doença, à dor durante o exame ginecológico e ao resultado do exame, são elementos restritivos para a não realização do exame (PINHO *et al.*, 2003).

Segundo o manual do MS de ações de Enfermagem para o controle do câncer, estudos observaram que, devido ao medo “do exame ser positivo”, muitas mulheres que chegam a fazer o exame não retornam para saber o resultado. Assim, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo deve ser priorizada e organizada de modo a garantir não só o atendimento, bem como a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo (BRASIL, 2002).

## DISCUSSÃO

Ressalta-se, neste estudo, o discurso das usuárias que expressaram nas suas falas os seus conhecimentos e temores, enriquecendo este trabalho.

Foi bastante contundente o relato de experiências desmotivantes, quanto à falta de humanização no atendimento e a necessidade de qualificação profissional. No entanto, também é importante realçar a atuação do profissional não apenas no momento do exame, mas nas atividades de educação em saúde, na conscientização da população alvo para a importância de realizar o exame, pois o profissional pode ser um ator determinante na realização da citologia.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram,

prevention exam (BRASIL, 2002).

Pain was cited also, in some of the interviewees' answers, like in the following example:

*“The first time it scared me, I had never done it, so I felt afraid [...]”*. (Interviewee 20)

An important factor analyzed was if participants possessed some kind of preoccupations concerning the exam. Fear of the result was cited by little more than half of the interviewees; however, the rest said they had no worries. Fear of the result was expressed in a very clear way, as one can see in the following answers:

*“The exam worries me about something that might stand out [...]. So, then I worry. If there is any problem, something that we can't do anything about [...]”*. (Interviewee 1).

*“I'm afraid of some result [...]. Afraid to know something, that's when I wouldn't come, you know? If I knew there was something, I wouldn't come”*. (Interviewee 2)

Studies have shown that the feeling of fear towards the test, diseases, pain during the gynecological exam and the exam result, are elements that restrain the realization of the exam (PINHO *et al.*, 2003).

According to the Ministério da Saúde's manual of nursing actions for cancer control, studies observed that due to fear of a “positive result”, many women who undergo the exam do not return to know its result. In that way, a strategy for the consciousness-raising programs to undergo the prevention exam should be prioritized and organized in such a way as to guarantee not only the service, but also the result delivery and accompany the women throughout the entire process (BRASIL, 2002).

## DISCUSSION

In this study what stands out, are the users' talks in which they expressed their knowledge and fears, thus, enriching this work.

The report on de-motivating experiences related to lack of humanization in the service and the need for qualified professionals was quite revealing. However, it is also important to point out the professional's attitude not only at the moment of exam, but also in activities related to health education, in making the target population more conscious of the importance of undergoing the exam, because this professional can be a determining actor in the realization of the cytology exam.

ainda, um conhecimento das usuárias sobre a finalidade do exame, que apesar de ser comum para algumas das entrevistadas, que referiram procurar o serviço por prevenção, foi percebido neste trabalho um conhecimento limitado e até confuso.

Observa-se a grande importância da educação em saúde, que se faz necessária nesta população, voltada para as dúvidas que esclareça os reais objetivos, não reduzindo o atendimento ao ato do exame, procedimento este que é desconhecido por algumas das usuárias entrevistadas.

É mister manter um maior vínculo com as usuárias para entender as suas necessidades, resistências e dúvidas, uma vez que foi identificado, neste trabalho, sentimentos de medo e vergonha.

O medo do resultado do exame foi o sentimento predominante, relatado pelas usuárias e deve se dar grande atenção, pois este pode ser um fator determinante para a não procura do serviço.

O câncer é uma enfermidade que constitui um grave problema de saúde. Gera um grande impacto psicológico já que se associa à morte, à dor e ao sofrimento. Representa para muitos o desamparo. Independente do avanço cultural, a palavra "câncer" constitui um tabu que confronta as ações de saúde direcionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce, gerando condutas inadequadas que potencializa o descaso. Não vão ao médico por medo do diagnóstico da possível enfermidade. É este contexto psicocultural que acompanha a doença, gerando numerosos conflitos que devem ser enfrentados pela equipe de saúde (NÁPOLES *et al.*, 2000).

A abordagem franca dos problemas com os pacientes permite que eles expressem seus medos e valores que, muitas vezes, impedem a adesão da prática de promoção e de prevenção em saúde. A participação de membros da comunidade em atividades educativas pode ser uma das estratégias para a informação e divulgação das medidas de controle do câncer (BRASIL, 2002).

A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária do câncer. Esse processo tem como base o desenvolvimento de ações educativas no sentido de desmistificar o câncer e de informar sobre as possibilidades de evitá-lo. Para isso, é necessário que ocorra a mobilização de toda a área de saúde e o envolvimento dos profissionais sensibilizados e informados sobre essa doença. A inclusão das ações preventivas na rotina do atendimento à população é importante para obter bons resultados no futuro e para que a comunidade assistida incorpore hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2002).

Desta pesquisa, conclui-se que mesmo após dez

The results of this research have also evidenced some of the users's knowledges about the purpose of the exam, because although it was common knowledge to some of the interviewees, who mentioned seeking the service for prevention, we could notice, in this work, limited knowledge and sometimes confusion.

One can observe the great importance health education has and that it is necessary to this population, as a means to clarify questions and explain the real objectives, and not reducing consultation to the time of undergoing the exam, which is an unknown procedure to some of the interviewees.

It is of great importance to maintain a connection with the user, in order to understand their needs, resistances and questions, since we have identified, in this work, feelings of fear and shame.

The fear of the exam result was predominant, as reported by users, and this should be considered with great attention because this is a factor that determines why they do not seek the service.

Cancer is a condition that constitutes a severe health problem. It generates great psychological impact associated to death, pain and suffering. To many people, it represents helplessness.

However culturally advanced one may be, the word "cancer" constitutes a taboo that confronts health actions directed to prevention and early diagnosis, thus, generalizing inadequate conduct that increases lack of care. Women do not go to the doctor because they are afraid of a possible disease diagnosis. That is the psycho-cultural content that accompanies the disease, generating numerous conflicts that have to be faced by the health team (NÁPOLES *et al.*, 200).

An honest approach of problems with patients allows them to express their fears and values, which at many times, hinder adhesion in the practice of promoting and health prevention. Community members' participation in educational activities can be one strategy for information and the spread of cancer control measures (BRASIL, 2002).

The population's consciousness of cancer and the stimulus in behavior are fundamental actions towards primary cancer prevention. This process has as a main basis, the development of educational actions to demystify cancer and inform about possibilities to avoid it. For that to happen, the consciousness-raising of the entire health field needs to happen together with the involvement of sensitive professionals who and informed about the disease. The inclusion of prevention measures, in the service routine offered to the population, is important in order to obtain good results in the future and for the assisted community to incorporate healthy life habits (BRASIL, 2002).

anos de PSF, a realização do exame Papanicolau não tem conseguido superar a realidade posta por antigos serviços de saúde, não se constituindo ainda uma prática diferenciada. Embora a ampliação deste programa se traduza em fácil acesso aos usuários do serviço, esta perspectiva deve ser ampliada para proporcionar uma melhoria na prática e, conseqüentemente, no atendimento aos usuários.

De um modo geral os resultados ressaltam a importância das ações de educação em saúde e a necessidade da sensibilização da comunidade para as práticas de promoção da saúde, além da necessidade de humanização no atendimento. Isto significa dizer que muito ainda deve ser feito no que se refere à qualidade do atendimento e, principalmente, a educação em saúde, pois o acesso só será realmente significativo quando se traduzir em opção consciente das usuárias, na busca de sua saúde.

From this research we can conclude that, even after 10 years in the PSF, the realization of the Pap smear has not overcome reality imposed by old health services, therefore not constituting a differentiated practice. Although the program has been enlarged as a means to facilitate access and the service, that perspective should be increased so as to provide an improvement in the practice, and consequently, in the users' service.

In a general way, results point out to the importance of educational measures in health and the need to make the community more sensitive towards the practice of health promotion, besides the need to humanize the service. This means that much still has to be done and refers to a higher quality in service, and mainly, health education, because access will really be significant when they become a conscious option to users in search for their health.

## REFERÊNCIAS

### References

- ALEXANDRIA FO. *O que é PSF?* Disponível on line [http://www.sobral.ce.gov.br/saude/da/familia/psf\\_mulher.htm](http://www.sobral.ce.gov.br/saude/da/familia/psf_mulher.htm). Acesso em: 6 de maio 2004
- BAUER MW. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: BAUER MW, GASKELL G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, imagem e Som. Um Manual Prático*. Tradução de Pedrinho A Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer*. Brasília 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 03 de novembro de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia*. Brasília, 2004.
- BRASIL. INCA. Normas e recomendações do Inca. Periodicidade da Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48(3):13-15, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde de atenção à Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Parâmetros para Programações das Ações Básica de Saúde*. Brasília 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde de atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do Câncer do Colo do Útero*. Manual técnico: Organizando a Assistência. Brasília, 2002.
- BRENNA SMF, HARDY E, ZEFERINO LC, NAMURA J. Conhecimento, Atitude e Prática do Exame de papanicolau em Mulheres com Câncer de Colo Uterino. *Caderno de Saúde Pública*. 17(4):909-914, 2001.
- DIAS-DA-COSTA JS, OLINTO MTA, GIGANTE DP, MENEZES AMB, MACEDO S, BORBA AT, MOTTA GLS, FUCHS SC. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 19(1), 2003.
- MINAYO MCS. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde RJ/SP: ABRASCO/HUCITEC*, 1993.
- NÁPOLES BM, BABIÉ PT, GUTIÉRREZ JA, JORDÁN MG, TOIRAC RR. Conocimiento del diagnóstico en Pacientes Con Câncer Antes de Recibir Tratamiento Oncoespecífico en 1997. *Revista Cubana de Oncologia*. Habana. 2(16):93-99, 2000.
- PINHO AA, FRANÇA JUNIOR IF, SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolau no Município de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública* 19(supl. 2):303-313, 2003.
- SANTIAGO SM, ANDRADE MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da região sudeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 19(2):571-578, 2003.
- SMELTZER SC, BARE BC. *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

### CORRESPONDÊNCIA Correspondence

Claudia Santos Martiniano  
Rua Tomás Soares de Souza, 990. Catolé Apto. 204  
59.000-000 Campina Grande – Paraíba – Brasil

E-mail  
[www.cmartiniano@ibest.com.br](mailto:www.cmartiniano@ibest.com.br)  
[rebrasa@ccs.ufpb.br](mailto:rebrasa@ccs.ufpb.br)