



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DEBORAH SABRINA MACEDO ARAUJO

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: relato de
experiência sob a ótica do Estágio Multidisciplinar Interiorizado**

CAMPINA GRANDE – PB

2013

DEBORAH SABRINA MACEDO ARAUJO

PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: relato de experiência sob a ótica do Estágio Multidisciplinar Interiorizado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

CAMPINA GRANDE – PB

2013

A663p Araujo, Deborah Sabrina Macedo.

Prevenção do câncer do colo do útero [manuscrito]: relato de experiência sob a ótica do Estágio Multidisciplinar Interiorizado / Deborah Sabrina Macedo Araujo. – 2013.

34 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem”.

1. Educação em saúde. 2. Saúde da mulher. 3. Câncer do colo do útero. I. Título.

21. ed. CDD 616.99466

DEBORAH SABRINA MACEDO ARAUJO

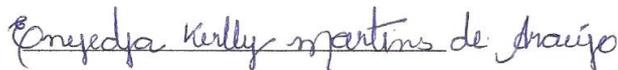
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: relato de experiência sob a ótica do Estágio Multidisciplinar Interiorizado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 03/09/2013.



Prof.^a Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida / UEPB
Orientadora



Prof.^a Ms. Enyedja Kerlly Martins de Araujo / UEPB
Examinadora



Prof.^a Esp. Sandra dos Santos Sales / UEPB
Examinadora

Dedico

*O esforço empreendido a Deus e o trabalho realizado à minha filha
Isadora, minha mais bela razão para existir.*

AGRADECIMENTOS

A Deus,

“Razão de tudo o que somos e fazemos”

A minha filha Isadora,

“Com o todo meu amor e como incentivo para sua vida”

A minha mãe,

“Pelos inúmeras razões que me deu para nunca desistir de lutar”

Aos meus Padrinhos, Valdinho e Maria e minha vovó Guia,

“De forma singular, estiveram sempre presentes em minha vida, todos à sua maneira e no seu momento”

A Igor,

“Pelo amor, incentivo, apoio incondicional, companheirismo e suporte emocional, além de todos os sacrifícios e concessões”

Aos meus irmãos,

“Pelo simples fato de existirem em minha vida e torná-la muito mais feliz”

A todos os meus amigos e em especial a amiga Giovanna,

“São pessoas tão queridas e especiais, que seria impossível ter feito alguma coisa sem eles”

A Sueli Albuquerque,

“Por toda paciência em meio a minha ansiedade”

A banca examinadora,

“Por ter feito parte da minha vida acadêmica como docentes e na construção do meu Trabalho de Conclusão de Curso”

“Obrigada por fazerem parte do meu mundo”

*“Só se pode alcançar um grande êxito quando
nos mantemos fiéis a nós mesmos.”*

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

ARAUJO, D. S. M. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: relato de experiência sob a ótica do Estágio Multidisciplinar Interiorizado. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2013.

Objetivou-se explicar as experiências vividas por uma graduanda de enfermagem no Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) com enfoque ao exame preventivo do Câncer do Colo do Útero, descrever os fatores que interferem na adesão das mulheres ao exame preventivo de rotina, além de ressaltar o papel do enfermeiro nas atividades educativas de prevenção e promoção de saúde e a importância do EMI para a formação profissional dos graduandos. Trata-se de um relato de experiência de cunho crítico-reflexivo e descritivo observacional, realizado no município de Massaranduba-PB, no período de 06 a 31 de agosto de 2012. Os dados foram obtidos através da observação direta durante as consultas de enfermagem subsidiando a construção de um diário de campo. Constatou-se que o EMI proporciona autonomia e interdisciplinaridade dos graduandos na equipe de saúde. Evidenciou-se que o enfermeiro tem papel fundamental na promoção da saúde, através de atividades educativas, sua integração com a equipe e a comunidade e conhecimento da realidade local. Observou-se que os fatores que levaram as mulheres a não realização do exame citopatológico de rotina foram sentimentos de medo, insegurança, vergonha, pudor e medo do resultado, atrelados a fatores socioeconômicos e culturais. Foi notado que as mulheres só procuravam os serviços de saúde quando havia alguma queixa ginecológica. Neste sentido os profissionais de enfermagem possuem grande influência na construção do conhecimento do processo saúde-doença da comunidade, tendo a Educação em Saúde como ferramenta da dispersão destes conhecimentos.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Prevenção de Câncer de colo uterino. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

ARAÚJO, D. S. M. Prevention of Cervical Cancer: experience report from the perspective of Stage Multidisciplinary internalized. Labor Course Completion (Bachelor Degree in Nursing) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- PB, 2013.

Aimed to explain the experiences of a graduate nursing in Stage Multidisciplinary internalized (EMI) with focus to preventive screening Cancer Cervical, describe the factors that influence adherence of women to Pap smears, and underline the nurse's role in the educational activities of prevention and promotion of health and the importance of EMI for the training of graduate students. This is a report of an experience with an critical-reflective and descriptive, observational, held in the city of Massaranduba-PB, from 06 to 31 August 2012. Data were collected through direct observation during nursing consultations subsidizing the construction of a field journal. It was found that the EMI provides autonomy and interdisciplinarity of the students in the health team. It was evident that the nurse plays a key role in promoting health through educational activities, its integration with the team and the community and local knowledge. It was observed that the factors that led women to Pap smear testing is not routine were feelings of fear, insecurity, shame, embarrassment and fear of the result, linked to socioeconomic and cultural factors. It has been noticed that women only sought health services when there was some gynecological complaint. In this sense nursing professionals have great influence in the construction of knowledge of the health-disease community, and health education as a tool for spreading this knowledge.

Keywords: Health Education. Prevention of Cervical Cancer. Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BCF - Batimentos Cardio Fetais

CCU - Câncer de Colo de Útero

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

EMI - Estágio Multidisciplinar Interiorizado

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HPV - Papiloma Vírus Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIC - Neoplasia Intraepitelial Cervical

PETI - Programa de Erradicação ao Trabalho Infantil

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNCCU - Política Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

PROEAG - Pró-Reitoria de Ensino e Graduação

PRO-JOVEM - Programa Nacional de Inclusão de Jovens

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. Vigilância Epidemiológica e o CCU.....	13
2.2. Contextualizando Atenção Primária e Prevenção do Câncer.....	14
2.3. O Papel do Enfermeiro na Educação em Saúde.....	17
3. METODOLOGIA.....	18
4. ELUCIDAÇÃO DAS ATIVIDADES.....	19
4.1. Importância do EMI na formação profissional dos graduandos.....	19
4.1.1 A interdisciplinaridade na Promoção da Saúde.....	20
4.2 Fatores que interferem na adesão das mulheres ao exame preventivo de rotina.....	22
4.2.1 Motivação que as levaram a fazer o exame.....	23
4.2.2 Medo e Insegurança.....	24
4.2.3. Cultura e Sexualidade.....	25
4.2.4. Desconhecimento quanto à importância do exame.....	26
4.2.5. Atenção integral e Acessibilidade.....	27
4.3. Profissionais de saúde enquanto Promotores de Saúde.....	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) é uma atividade curricular obrigatória dos cursos de saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), cuja implantação ocorreu em 1994 através da resolução UEPB/CONSEPE/07/94, junto a Pró-Reitoria de Ensino e Graduação (PROEAG). Diferencia-se de outros estágios da grade curricular devido não ter supervisão constante pelos docentes e ter diferentes municípios da Paraíba como anfitriões em parceria com a UEPB.

O EMI visa estender os horizontes do processo de graduação por meio do acompanhamento da rotina na atenção primária, contribuindo para capacitação profissional, instigando o graduando a desenvolver conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da graduação na prática clínica e Educação em Saúde. O acadêmico de enfermagem frente a esse contexto vivencia a práxis da assistência de enfermagem, em razão de, possibilitar o contato dos graduandos com as políticas públicas, o trabalho multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a assistência prestada à comunidade desde a promoção de saúde, prevenção, tratamento de doenças e agravos, e a redução de danos ou sofrimentos a estes indivíduos.

Ao participar do EMI, tive a oportunidade, não só de cumprir o regime obrigatório que este estágio propõe, mas, também vivenciar experiências e percepções sobre o cotidiano da equipe de saúde à atenção primária, surgindo assim, oportunidades para interagir com a equipe de saúde da família do município e conhecer sua rotina de trabalho, seus anseios e suas dificuldades. Através deste estudo – metodologicamente conduzido como relato de experiência utilizando o método observacional – apresentarei minhas experiências, inquietações e percepções adquiridas ao longo da permanência no estágio.

De acordo com a Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Para garantir à promoção de saúde e assistência as mulheres, o Ministério da Saúde reformulou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que fundamenta-se nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração a humanização e a qualidade da assistência, visando promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, garantindo seus direitos e reduzindo a

morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, dentre estas, o Câncer do Colo do Útero (CCU) (BRASIL, 2011).

Como forma de reforçar as estratégias de prevenção do CCU o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU) que aumenta a cobertura do exame preventivo deste agravo tendo como objetivos reduzir a incidência e mortalidade por este tipo de câncer, melhorando a qualidade de vida das mulheres acometidas e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (BRASIL, 1998, 2011).

O CCU é a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres, apenas superado pelos cânceres de pele não melanoma e da mama. Foram estimados cerca de dezoito mil novos casos para o bienal 2012/2013 (INCA, 2011b).

As ações de prevenção da saúde, no que diz respeito ao CCU, é estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias (BRASIL, 2013).

A prevenção para o CCU perpassa pelo combate aos fatores de risco. A infecção prévia pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) tem sido apontada como o principal fator de risco para o mesmo, no entanto, fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, tabagismo, situação conjugal e baixa condição sócio-econômica têm sido citados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento desta neoplasia (ALBUQUERQUE et al., 2009).

O presente relato tem por objetivo geral explicar as experiências vividas por uma graduanda de enfermagem no EMI com enfoque ao exame preventivo do CCU e especificamente, descrever os fatores que interferem na adesão das mulheres ao exame preventivo de rotina; ressaltar o papel do enfermeiro nas atividades educativas de prevenção e promoção de saúde realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e destacar a importância do EMI para a formação profissional dos graduandos.

Considera-se ser de fundamental importância que as equipes tenham a consciência do trabalho integrado e sua responsabilidade profissional. Através do vínculo traçado com as usuárias, os enfermeiros devem exercer as atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas, concentrando esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos e buscar o convencimento das usuárias sobre os benefícios da prevenção do CCU, realizando assim um trabalho de promoção em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Vigilância Epidemiológica e o CCU

Conforme INCA (2011b) o CCU é um importante problema de saúde pública no mundo. É o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Estimativas mais recentes demonstram que no ano de 2010 houve 4.986 mortes por este câncer no Brasil.

Analisando as estimativas regionais do Brasil, observa-se que o CCU é mais incidente na região Norte acometendo 24/100 mil mulheres. Ocupando a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, com taxa de 28/100 mil e 18/100 mil, respectivamente. Na região Sudeste, segunda posição com aproximadamente 15/100 mil e na região Sul ocupando a quarta posição com 14/100 mil mulheres. Quanto a taxa de mortalidade em 2009, a região Norte também se encontra com maior número, cerca de 10,1/100 mil mulheres, seguido das regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentando 5,9/100 mil, Sul 4,2/100 mil respectivamente e Sudeste 3,6/100 mil mulheres (INCA, 2011b). Soares et al., (2010) afirmam que os elevados índices de incidência e mortalidade pelo CCU é um grave problema de saúde pública e sua prevenção torna-se de grande relevância, pois, este acomete de forma intensa a vida das mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde o CCU é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do útero, podendo comprometer o tecido subjacente (estroma) e invadir outras estruturas, este é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, denominada de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas (INCA, 2011a).

Este câncer inicia-se a partir de uma lesão precursora, na maioria das vezes curável. Estas lesões são assintomáticas podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmada pela colposcopia e exame histopatológico. Já no estágio invasor há sintomas de sangramento vaginal, leucorréia e dor pélvica, podendo ser observado tumoração, ulceração e necrose no colo do útero, visualizado através de exame especular (BRASIL, 2013).

Evidências epidemiológicas comprovam que a infecção pelo HPV é causa necessária, mas não suficiente para a ocorrência do CCU (AYRES; SILVA, 2010). O HPV tem papel importante no desenvolvimento de neoplasia das células cervicais e da sua transformação em células cancerosas, seus principais tipos oncogênicos são 16 e 18. Outros fatores de risco

encontrados são: baixa condição socioeconômica, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, higiene íntima inadequada, uso prolongado de contraceptivos orais (ARAÚJO, 2009; MELO et al., 2012).

Na prevenção primária ao CCU há o controle dos fatores de risco, principalmente à diminuição do risco de contágio pelo HPV. Na prevenção secundária as estratégias para detecção precoce são: diagnóstico precoce onde há abordagem de indivíduos com sinais e sintomas da doença e o rastreamento de lesões precursoras através do exame citopatológico (BRASIL, 2013).

Conforme Caderno de Atenção Primária, a detecção precoce é importante, pois, reduz a morbidade associada ao curso da doença, diminuindo assim os custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento destas. A detecção precoce deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

2.2 Contextualizando Atenção Primária e Prevenção do Câncer

Constituindo um sistema único, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, configurando as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade através de Conferências e Conselhos de Saúde. Diante deste compromisso com a lei, pressupõe-se que a saúde deve ser assegurada pelas três esferas do governo, Federal através do Ministério da Saúde, Estadual através das Secretarias Estaduais, e Municipal através das Secretarias Municipais de Saúde e acessível a todas as camadas da sociedade em diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

No Brasil, na década de 90, houve a valorização da atenção primária e a principal iniciativa do governo brasileiro para o fortalecimento e reorganização do modelo de atenção à saúde, foi à ampliação da cobertura pela ESF (BRASIL, 2012).

Segundo Ogata, Machado e Catoia (2009) é importante que o funcionamento e organização do SUS e da ESF seja de conhecimento dos usuários, assim como seus objetivos no cuidado à saúde para que haja participação social, possibilitando a construção de políticas de saúde que promovam a melhoria da qualidade da atenção.

O Ministério da Saúde tendo em vista o trabalho efetivo da ESF reformulou em 2004 a PNAISM e como uma das principais evoluções na abordagem à saúde da mulher nesta política, foi à introdução da humanização e qualidade da atenção, devido ser urgente a necessidade de se ter uma política que atendesse a mulher em todos os aspectos e não apenas no aspecto reprodutivo, uma vez que as ações de promoção de saúde no cenário mundial dão ênfase ao indivíduo com um todo (BRASIL, 2011; FREITAS et al., 2009).

A atenção primária executa ações de prevenção ao CCU, desde ações de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), até as dirigidas para a detecção precoce do câncer. Dentro deste nível de atenção há o desenvolvimento de estratégias que visam: o acesso à informação sobre o câncer uterino, esclarecimento da população quanto à realização periódica do exame preventivo, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame em público alvo, realização da coleta da citologia e a identificação das mulheres com resultados positivos para a vigilância do caso (INCA, 2011a).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2011a, p. 33-34).

A coleta do exame deve ser realizada durante uma consulta ginecológica de rotina e a mulher deve ser previamente informada que pode ser um procedimento desconfortável. Há a introdução de um espelho vaginal, sem uso de lubrificante, este é colocado suavemente em posição vertical e ligeiramente inclinado, o colo do útero deve ser encontrado ficando exposto, permitindo assim, boa visualização e inspeção das paredes da vagina e do colo do útero. A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice e disposta numa lâmina identificada com as iniciais da usuária. A coleta na ectocérvice é feita utilizando a espátula de Ayre, fazendo uma raspagem em torno do orifício cervical em movimento rotativo de 360°. Na coleta da endocérvice, utiliza-se a escova endocervical, fazendo também um

movimento giratório de 360° contornando o orifício cervical (BRASIL, 2013; CASARIN; PICCOLI, 2011).

Conforme estudos de Valente et al. (2009) realizados em Uberaba-MG em 2009, evidenciou que o diagnóstico do CCU muitas vezes é feito em estágios avançados da doença, visto que o percentual de mulheres que não realizam o exame preventivo de rotina ainda é muito alto. Segundo este, vários fatores podem estar associados ao diagnóstico tardio, desde as dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde e sua inserção aos programas, dificuldade em estabelecer um fluxo assistencial para absorver a demanda que chega e o encaminhamento de casos suspeitos para investigação em outros níveis, baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica principalmente em municípios de médio e pequeno porte.

Estudos realizados por Ferreira (2009) e Soares et al. (2010), nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, respectivamente, sobre a assiduidade de mulheres a realização do exame preventivo do CCU, afirmam que os altos índices de incidência e mortalidade são reforçados quando se verificam os possíveis fatores para a não realização do exame. Evidenciaram-se como principais causas que dificultam a realização do exame: vergonha, o medo do exame, a falta de conhecimento sobre os grupos de risco e a importância do exame, a oposição do conjugue, o temor do resultado e da doença, disfunção sexual, omissão dos profissionais, o nível socioeconômico e cultural, além da dificuldade de deslocamento às UBS de usuárias residentes em zona rural, favorecida pelas precárias situações das estradas ou pela falta de um meio de transportes.

A prevenção do CCU está diretamente relacionada às estratégias de Educação em Saúde voltadas para a prevenção primária (controle dos fatores de risco), e prevenção secundária (exame citopatológico), resultando em uma maior e mais consciente procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a mulher na procura dos cuidados preventivos. A desinformação pode gerar despreocupação e conseqüente desinteresse pela prevenção, não só do câncer de colo uterino, como também de outras doenças ginecológicas (VALENTE et al., 2009).

Em estudo realizado por Moura et al. (2010), no estado do Ceará em 2008, verificou-se que o nível de conhecimento das mulheres em relação o exame preventivo era muito baixo. Agravando esse quadro, as mulheres demonstravam constrangimento, ansiedade, medo, preocupação em relação a este. Dessa forma, elas procuravam fazer o exame quando estavam sentindo algum incômodo, como corrimento vaginal, prurido, dor na região pélvica, infecção urinária, menstruação desregulada, dentre outras queixas. Algumas jovens procuram realizar o

exame preventivo só alguns anos após iniciado a atividade sexual havendo em alguns casos uma variada troca de parceiros. Com o passar dos anos, observa-se que a procura decresce com a idade, fazendo com que essa clientela torne-se um grupo de risco para esse tipo de câncer. Esses comportamentos interferem no melhor aproveitamento do exame, já que o mesmo é de caráter preventivo ao CCU, e não de tratamento de doenças pré existentes.

Deve-se, portanto, evidenciar a importância de ações preventivas e resolutivas que, efetivamente, proporcionem à mulher a possibilidade de um cuidado, mas que, prioritariamente, garantam lhes o entendimento da relevância dos motivos e maneiras de se prevenir do CCU (SOARES et al., 2010).

2.3 O Papel do Enfermeiro na Educação em Saúde

Carneiro et al. (2012) entende Educação em Saúde como um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária, reconhece que a saúde tem um caráter multidimensional e trata o usuário como sujeito da educação em busca de autonomia.

O exercício da autonomia nas práticas educativas é concretizado pelo conhecimento adquirido, importante para o poder de decisão a ser tomado, tornando-se condição necessária para que as práticas de promoção de saúde se configurem como processos educativos (CARNEIRO et al. 2012).

O enfermeiro tem papel fundamental na ESF, pois pode desenvolver seu trabalho tanto na unidade como na comunidade. Seus papéis principais são promoção da saúde e prevenção de doenças, realizados em conjunto com a comunidade através de grupos de orientação e de busca-ativa (BRASIL, 2011).

Conforme Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, as atribuições que competem ao enfermeiro na atenção primária são: realizar atenção integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem, coleta de preventivo e exame clínico das mamas; solicitar exames complementares de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor local; avaliar resultados dos exames solicitados e coletados; realizar o encaminhamento para os serviços de referência se necessário; contribuir, realizar e participar das atividades de Educação em Saúde na comunidade e educação permanente dos membros da equipe, dentre outros (BRASIL, 2013).

O papel do profissional de enfermagem na prevenção do CCU na atenção primária fica evidente, pois tem grande importância na integração estabelecida com a equipe e a

comunidade, no conhecimento da realidade local e na avaliação constante dos resultados obtidos (THULER, 2012).

É necessário estimular as mulheres na determinação de suas próprias metas de saúde e incentivar o aprendizado do processo saúde/doença. O enfermeiro através de estratégias educativas de intervenção e de apoio, promove aconselhamentos e supervisão contínua das usuárias (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Assim, para Soares et al. (2010) deve haver o compromisso e a responsabilidade dos profissionais de saúde quanto ao seu papel de educadores e formadores de uma consciência sanitária junto às mulheres, incentivando-as a prática do exame preventivo e fortalecendo sua participação social no processo.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de cunho crítico-reflexivo e descritivo observacional, ou seja, a investigação tem o propósito de informar a distribuição da frequência de um evento, sem a preocupação de testar hipóteses, além de o evento ocorrer sem a intervenção do pesquisador (PEREIRA, 1995).

A minha vigência no EMI ocorreu no município de Massaranduba, região metropolitana de Campina Grande, no Estado da Paraíba, no período de 06 a 31 de agosto de 2012, equivalente há 25 dias, com carga horária de 8 horas diária exceto sábados, domingos e feriados.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo 2010, o município de Massaranduba-PB, Brasil, possui uma área territorial de 205,957 Km², densidade demográfica de 62,64 hab/Km² e população residente igual a 12.902 pessoas, sendo 6.245 homens e 6.657 mulheres. Do total 8.534 pessoas são alfabetizadas (IBGE, 2010a). O município dispõe de 07 estabelecimentos de saúde com atendimento prestado pelo SUS, dentre estes, 07 tem atendimento médico básico, 01 tem atendimento médico especializado, 06 tem atendimento odontológico, 06 prestam serviço ambulatorial e 01 presta atendimento emergencial. O referido município não possui estabelecimento privado. Conforme os dados percebe-se a predominância da atenção primária na assistência a saúde da população do município (IBGE, 2010b).

O EMI é componente obrigatório dos cursos de saúde da UEPB, a seleção dos graduandos e suas cidades de destino é realizada pela Coordenação do EMI na UEPB. A cada cidade é inserida uma equipe multidisciplinar composta por: 01 graduando de enfermagem, 01

de farmácia, 01 de psicologia, 01 de fisioterapia e 01 de odontologia. As atividades são desenvolvidas tanto em equipe multidisciplinar como individualmente em cada área de atuação profissional.

Por ser um trabalho metodologicamente desenvolvido como relato de experiência, a coleta dos dados transcorreu nas UBS do município, através da observação direta durante as consultas de enfermagem, antecedentes a realização dos exames citopatológicos e nas atividades educativas em equipe multidisciplinar, nos grupos de idosos Amigos para Sempre e adolescentes do Pro-Jovem, dando subsídios para construção de um diário de campo.

Diante a experiência vivenciada com os usuários e a rotina do serviço, direcionei meu olhar crítico às consultas de enfermagem em saúde da mulher, percebendo que as mulheres desconheciam o verdadeiro objetivo do exame preventivo do CCU, procurando apenas quando estavam com alguma queixa.

O trabalho foi guiado levando-se em consideração os aspectos éticos, assegurando a preservação dos dados, a confidencialidade e o anonimato dos indivíduos pesquisados, respeitando assim, o proposto pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

4 ELUCIDAÇÃO DAS ATIVIDADES

4.1 Importância do EMI na formação profissional dos graduandos

O EMI é um elo de ligação entre a UEPB e o SUS/Atenção Primária através da contribuição no incentivo à promoção da saúde. Nesta modalidade de estágio, a diferença primordial é que os graduandos recebem autonomia e ficam em determinado município sem a orientação dos docentes, prestando serviço a comunidade, desenvolvendo atividades educativas e assistenciais, oportunidade ímpar de exercitar as teorias vistas em sala de aula.

Antes de o aluno ingressar à rotina do serviço, é feito uma reunião para esclarecer dúvidas sobre transporte, alimentação e horários, já que estes serviços são disponibilizados pelo próprio município. Nesta reunião se dá a escolha da cidade onde vamos desenvolver nossas atividades, que é feito através de sorteio pelos próprios coordenadores do EMI da UEPB, é sabido também o nome dos coordenadores de saúde a quem devemos procurar quando chegar ao local.

Fui acolhida pelos coordenadores e profissionais de cada setor, que se mostraram comprometidos em apresentar toda rede de atenção primária do município, o que foi importante para conhecer nosso local de estágio nos 25 dias seguintes. Fomos ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pro-Jovem), Programa de Erradicação ao Trabalho Infantil (PETI), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e a ESF, conhecemos também o grupo de idosos Amigos para Sempre e o grupo de adolescentes do Pró-Jovem, nos quais posteriormente, desenvolveríamos nossas atividades de Educação em Saúde. Pela grande maioria dos profissionais, fomos bem recebidos, visto que outras equipes do EMI também desenvolveram suas experiências na cidade que foram satisfatórias, outros se mostraram indiferentes a nossa presença.

Um de seus diferenciais enquanto estágio foi à independência do cronograma para o desenvolvimento das atividades. Posso ressaltar que as atividades foram desenvolvidas em todas as áreas de atenção, dentre elas puericultura, programa hiperdia, pré-natal, atendimento em saúde da mulher e realização de exame preventivo de CCU e das mamas, além de atividades educativas e dinâmica de grupos. Realizei procedimentos técnicos como a verificação da pressão arterial, mensuração da glicemia capilar, medidas antropométricas, curativos, imunização, administração de medicamentos intravenosos. Acompanhamento ao pré-natal realizando medida da altura uterina, manobra de Leopold, ausculta de batimentos cardio fetais (BCF) e algumas atividades burocráticas.

4.1.1 A interdisciplinaridade na Promoção da Saúde

As atividades multidisciplinares estavam vinculadas à Educação em Saúde, que ocorreram em dois grupos da comunidade, o de idosos e o de crianças e adolescentes do Pró-jovem, totalizando cinco encontros ao todo. Desenvolvemos atividades lúdicas e sócio-educativas. Além dos grupos, realizamos em conjunto, visitas domiciliares tanto na zona urbana como na zona rural e acompanhamos o trabalho dos profissionais da saúde nas unidades. Para Pereira, Rivera e Artmann (2013) no trabalho em equipe multidisciplinar os resultados obtidos são maiores do que a soma dos resultados individuais, pois há cooperação, colaboração e divisão de responsabilidades, aumentando assim, a eficácia e a eficiência do atendimento prestado à população.

Nas ações desempenhadas tanto específicas de enfermagem quanto com a equipe multidisciplinar, houve benefícios para os grupos envolvidos no que diz respeito à melhoria

da qualidade de vida, pois abordamos o indivíduo de forma holística, passando informações em saúde com linguagem fácil, com temas pertinentes ao cuidado em saúde e auto-cuidado, levando em consideração a inserção do indivíduo em sua realidade socioeconômico e cultural, o que torna importante a dinâmica voltada para Educação em Saúde.

Corroborando com a experiência supracitada Benito et al. (2012), afirmam que os profissionais de saúde devem estar aptos a assegurar um tratamento de forma holística a toda população, no nível individual e coletivo, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde.

O EMI por sua característica de autonomia possibilita aos acadêmicos uma experiência ímpar através do desenvolvimento de habilidades, interação multidisciplinar e o vínculo com os usuários do serviço e suas famílias. Ao mesmo tempo, busca sanar os sentimentos, a princípio presentes, de medo, insegurança e apreensão intrínsecos ao longo da caminhada acadêmica. Medo de encontrar um local com profissionais isolados, que não nos incluíssem no seu cotidiano por nos considerar inexperientes, e a insegurança por não dispor da presença de um professor como de costume nos demais estágios.

Para Silva, Silva e Ravalia (2009) o estágio é considerado um momento crítico pois há transformações intensas no modo de pensar-agir dos alunos, fazendo com que sentimentos diferenciados e, muitas vezes, nunca experimentados, como medo, ansiedade, necessidade de paciência e empatia passem a existir. Essas transformações fazem parte do processo educativo e da prática pedagógica moderna onde o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a conviver são a base para a formação de profissionais competentes e decisivos no mercado de trabalho.

Acredito que a essência do EMI acontece desde o primeiro momento que nos deparamos com os demais integrantes da equipe de estagiários, todos com os mesmos sentimentos (medo e insegurança), sem experiência com a realidade de um sistema de saúde, sem contato prévio com a cidade e sua comunidade, sem saber como vão ser as atividades desempenhadas, tendo que acreditar e confiar em cada membro da equipe, trabalhando a interdisciplinaridade, cada um em sua área de atuação.

Conforme Borges, Sampaio e Gurgel (2012) a interdisciplinaridade está relacionada à solidariedade do conhecimento e à preocupação do profissional em contribuir com o seu conhecimento para resolver o problema.

Além disso o EMI proporciona vontade de buscar mais conhecimento teórico/científico para embasar a prática diária, visto que a responsabilidade diante do estagiário aumenta, me refiro ao fato de não ter o docente como instrutor na hora do

planejamento e tomada de decisão diante das consultas de enfermagem, o que possibilitou-me vivenciar de uma situação profissional até então desconhecida.

O estágio aproxima não só a prática assistencial e Educação em Saúde, mas provoca liberdade para o desenvolvimento das capacidades nos aspectos éticos e crítico-reflexivos mediante experiências vivenciadas, o convívio diário com os usuários, suas necessidades e peculiaridades de cada comunidade (BENITO et al., 2012).

Nas consultas de enfermagem, a princípio, foram feitas apenas observações. Detectei muitas falhas no atendimento, procedimentos incompletos, técnicas erradas, falta de comunicação entre enfermeira e usuário. Percebi poucas iniciativas de promoção (Educação em Saúde) e prevenção, que são os principais objetivos das ESF, senti que o modelo biomédico ainda se encontra muito forte em alguns serviços, onde se trata apenas a patologia e não vê o usuário como um todo. Verifiquei que a grande parte dos usuários procuram o serviço de saúde apenas quando estão com queixas. Senti necessidade de estratégias de Educação em Saúde.

O convívio com o serviço e usuários na atenção primária permitiu-me reconhecer os problemas de saúde da comunidade e auxiliou-me no bom relacionamento com a equipe de estágio. A capacidade de articulação realizada com a equipe multidisciplinar foi de grande importância, pois desenvolvemos atividades em conjunto, referente às ações educativas em saúde, contribuindo desta forma para a promoção de saúde desta comunidade.

4.2 Fatores que interferem na adesão das mulheres ao exame preventivo de rotina

Como graduanda de enfermagem inserida em uma realidade dos serviços de saúde pública através do EMI, percebi que a atenção primária é a principal forma de contato entre a população e a equipe de saúde. Segundo Loch-Neckel et al. (2009) a ESF foi desenvolvida com o objetivo de estreitar laços de compromisso entre profissionais da saúde, educação, gestores e população usuária dos serviços de saúde. Essa iniciativa apresentou avanços importantes na prestação de serviços, uma vez que vem contribuindo significativamente para a efetivação de mudança no modelo assistencial, com ênfase na promoção de saúde da comunidade.

As consultas de enfermagem em saúde da mulher, durante todo o estágio, foi o que mais me chamou atenção, principalmente por que participei destas, não só na ESF da zona urbana, mas também contemplei este atendimento na zona rural do município, percebendo a carência existente em relação aos cuidados de saúde, acesso dos usuários às unidades e o

entendimento do que realmente representa uma ESF, pois a cultura curativista predomina principalmente nesse contexto.

A princípio participei das consultas apenas como observadora, posteriormente, exerci os procedimentos de enfermagem dentro deste conjunto. Registrei as atividades em um diário de campo, onde pude expor meu dia-a-dia na unidade de saúde, juntamente com os profissionais do município, em particular, a equipe de enfermagem e meus colegas de EMI.

No momento da consulta, auxiliei a enfermeira nos questionamentos da anamnese, observei o momento da coleta feito por ela e as devidas instruções dadas à mulher após a consulta. Com o passar dos dias, a enfermeira, por ver minha segurança e motivação para realizar esta conduta, me consentiu, e eu assim o fiz.

Para abordar o objetivo principal deste estudo, que são os fatores que interferem na adesão das mulheres a realização do exame preventivo de CCU, discorrerei como eram feitas a abordagem durante as consultas de enfermagem e a percepção das mulheres em relação ao exame preventivo de CCU, uma vez que este câncer representa um dos principais índices de mortalidade por câncer em mulheres e seus meios de prevenção são de baixo custo e grande eficiência quando bem utilizados.

4.2.1 Motivação que as levaram a fazer o exame

No que se diz respeito às consultas de enfermagem no contexto de saúde da mulher, por mais que a demanda de usuárias para realizar o exame citopatológico tenha sido expressiva, à procura por este não estava sendo de maneira satisfatória, uma vez que o grande número de mulheres que resolviam procurar o serviço de saúde para a realização do exame citopatológico, não o buscava como estratégia de prevenção, e sim, quando já havia queixas, na verdade elas iam em busca da medicação, para a cura do que estava lhe incomodando.

Segundo Moura et al. (2010) e Soares et al. (2010) a cultura curativista ainda se encontra presente na atenção primária, isto fica evidente por essas mulheres procurarem as ESF quando sentem algum tipo de incômodo, especialmente dor, indicando que objetivo principal do exame não está sendo compreendido pelas mulheres, pois a ESF deveria praticar um modelo centrado na promoção e prevenção da saúde.

É preconizado pelo Ministério da Saúde que a idade prioritária para realização do exame é de 25 a 64 anos, sendo importante que se faça a prevenção do CCU em idades mais avançadas, pois o índice de desenvolvimento de câncer é maior nesta idade (INCA, 2011a).

Durante o período que passei no estágio, apenas duas mulheres com mais de 60 anos realizaram o exame, em seus históricos havia periodicidade de fazê-lo anualmente. Ambas relatavam a prática preventiva periódica porque tinham medo de ter câncer, e procuravam o exame a fim de preveni-lo, relatavam muita dor no procedimento, que pode ser referido após a menopausa em usuárias que não fazem reposição hormonal, devido ao ressecamento da vagina e a não lubrificação do espécúlo.

Um dos maiores problemas relatados por Moura et al. (2010), no município de Paracuru-CE em 2008, foi que o aumento da idade favorece a diminuição da procura pela realização do exame citopatológico, fazendo com que essa população torne-se um grupo de risco para esse tipo de câncer, sendo evidenciado pela experiência supracitada, onde apenas duas mulheres com idade superior a 60 anos realizaram o exame citopatológico.

Conforme Ferreira (2009) é importante que a mulher faça seu exame periodicamente, pois em fase precoce, o CCU habitualmente é assintomático, sendo maior a chance de detecção precoce de lesões curáveis. No entanto, o fato destas mulheres não aderirem ao exame de rotina, pode estar relacionado, segundo Soares et al. (2010) por não estarem conscientes da importância do exame citopatológico, não apenas como preventivo do CCU, mas também como detector precoce de lesões precursoras do agravo.

4.2.2 Medo e Insegurança

Através das consultas tornou-se perceptível o grande número de mulheres que se restringiam a realizar o exame citopatológico, destas, haviam aquelas que estavam há mais de cinco anos sem fazê-lo referindo vergonha, medo e insegurança no procedimento. Alegavam também medo dos resultados, medo de estarem com câncer e isso ser sinônimo de morte.

Corroborando com a experiência supracitada, Casarin e Piccoli (2011) e Ferreira (2009) em estudos realizados em Santo Ângelo-RS e Botucatu-SP, respectivamente, no ano de 2007, afirmavam que em relação à prática do exame, muitas mulheres sentem-se constrangidas, envergonhadas, com medo da dor ou ocorrência de sangramento e principalmente quanto à positividade do resultado. Algumas mulheres afirmaram que o medo está relacionado com o desconforto na realização do exame e à expectativa do diagnóstico ser positivo, ficando evidente a mistificação do câncer como doença fatal, portanto, a falta de informação em muitos casos refere-se como indutor de nervosismo e ansiedade.

4.2.3 Cultura e Sexualidade

No momento da anamnese, quando o profissional está em contato direto e isolado com a usuária, deve haver uma troca de confiança por ambas as partes, enfermeiro/usuária, e acredito que em alguns casos, essa troca foi recíproca, pois puderam relatar fatos de sua vida íntima, que dificultavam sua busca à unidade. Uma usuária relatou que estava muito receosa em fazer o exame, não lembrava à época que o tinha realizado, primeiramente, referiu que a distância era muito grande de sua casa para a unidade, que não tinha com quem deixar sua filha, pois é especial e necessita de cuidados permanentes e que seu marido não a deixava fazer o exame, pois descrevia o exame preventivo do CCU como sendo um desrespeito a intimidade da mulher. Naquele dia procurou a ESF por sentir muita dor na região de baixo ventre, sangramento e odor desagradável e que sabia que poderia ser algo mais sério, temendo por saber que seu marido mantinha a prática sexual fora do casamento com múltiplas parceiras.

Dentro deste contexto, pude perceber que o fator cultural é muito forte em algumas comunidades, no caso supracitado, a submissão ao marido a impedia de procurar os serviços de saúde quando necessitava, atrelado a isso, a falta de informação também é um grande fator agregado, pois quando a mulher conhece a verdadeira importância do exame preventivo, busca a prevenção periodicamente.

Pensando na possibilidade de estratégias eficazes na cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino, é preciso considerar que as influências histórico-culturais podem refletir-se na maneira de como as mulheres enfrentam o exame preventivo (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

A submissão das mulheres aos seus maridos as afasta do procedimento preventivo, pois muitos não permitem que realizem o exame. Assim, incluí-los no processo educativo pode ser uma estratégia facilitadora, principalmente devido à subalternidade histórica das mulheres em relação aos seus companheiros sexuais (CRUZ; LOUREIRO, 2008)

O exame preventivo do CCU é invasivo, expõe o corpo e aborda a questão da sexualidade, condições que envolvem temas que ainda são tabus para a mulher, referentes à exposição de seu corpo.

Em alguns momentos, essas mulheres se restringiram em fazer o exame por minha presença, afinal, seria mais de uma pessoa na sala, e isso às deixavam desconfortáveis. Porém quando eram informadas do profissionalismo e da ética, acabavam cedendo à minha presença, mas não me deixavam realizar a coleta, e algumas mulheres perguntavam se realmente era necessário de despirem.

Diante tal comportamento fica evidente a associação existente entre o exame e a sexualidade, reforçados por sentimentos de vergonha em relação ao que o enfermeiro iria visualizar, em relação às possíveis má formação de grandes e pequenos lábios da vulva, que podem não influenciar a capacidade funcional do órgão e sim a estética. Sentia como se elas quisessem que o exame fosse feito sem uma inspeção prévia da vulva.

A forma como algumas mulheres se manifestaram ao terem que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado por um profissional, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher, afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas. Daí talvez o fato de as mulheres associarem sempre a exposição das genitálias à sexualidade, produzindo sentimento de vergonha em relação a seu corpo. Este sentimento de vergonha prevalece quando o profissional é do sexo masculino (FERREIRA, 2009).

Destarte, as mulheres colocam desnecessariamente sua saúde em risco por influência de fatores histórico-culturais permeados pelo marxismo, vergonha, preconceito e sentimentos de pudor em realizarem os exames ginecológicos de rotina.

4.2.4 Desconhecimento quanto à importância do exame

Diante da minha experiência naquela unidade, percebi que a maioria das mulheres não tinham acesso a informações acerca da importância do exame citopatológico, quais seus objetivos e esclarecimento de como é realizado o mesmo. Algumas mulheres na verdade, nunca o tinham feito, mesmo com idade mais avançada, outras, relataram que já tinham passado da idade de realizar, ou mesmo que na família não havia casos de câncer. O que revela a falta de abordagem tanto aos fatores de risco do CCU quanto aos benefícios do exame citopatológico.

De acordo com Moura et al. (2010), muitas mulheres acham que o exame citopatológico serve apenas como instrumento de detecção de afecções ginecológicas, e não como método de rastreamento do CCU.

É fundamental que os serviços de saúde estejam estruturados para orientar a população a respeito do exame preventivo, pois esta é a melhor estratégia contra este tipo de câncer e sua realização periódica permite a detecção de lesões precursoras e diagnóstico precoce. Verifica-se também que a falta de conhecimento sobre a finalidade do exame e sobre a doença prejudica a mulher na procura dos cuidados preventivos, provocando desinteresse na realização do exame. Ao contrário do que acontece com mulheres que sabem a finalidade do exame, pois influenciam na realização deste (VALENTE et al. 2009).

4.2.5 Atenção integral e Acessibilidade

Foi observado durante o estágio, que as necessidades dessas mulheres estavam além daquela consulta de enfermagem, que sua carência de atenção ultrapassa a realização da prática de um profissional. Por tudo que elas relatavam durante a anamnese, percebi que o ambiente e a capacidade intelectual do ser influenciam diretamente no processo saúde-doença e que o enfermeiro deve estar apto a administrar qualquer tipo de situação, pois deve ter capacidade de articulação, de integralizar estas usuárias no sistema de saúde, agendando os encontros e garantindo o atendimento, para que elas não desistam da consulta por não encontrar profissional disponível para realizá-la.

Ao pensar em integralidade na saúde da mulher, também se pressupõe que essas mulheres, em algum momento de suas vidas, fizeram uso dos serviços de saúde para atendimento de seus problemas e necessidades, ou de seus familiares, momento em que poderiam ter sido orientadas quanto à importância dos cuidados necessários à prevenção do agravo ou de sua detecção precoce (SOARES et al. 2010)

Uma das principais dificuldades encontradas principalmente na zona rural foi à grande demanda de mulheres para realização do exame citopatológico, uma vez que a unidade abrange várias comunidades rurais, com atendimento de apenas três dias na semana. A enfermeira tinha que realizar consultas em todas as áreas, deixando-a sobrecarregada. Para sanar tal problema é viável o agendamento por dia de atendimento, seguindo um cronograma de atividades.

Vários fatores estão atrelados ao distanciamento das mulheres das zonas rurais aos serviços de saúde: a dificuldade de acesso às informações, as grandes distâncias entre a zona rural e os serviços de saúde e a precariedade dos serviços. Neste sentido, percebe-se que há pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com esta especificidade (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Durante todo o estágio, senti a necessidade de acolhida aos pacientes, de uma troca de informações, do verdadeiro diálogo entre enfermeiro e usuário. Senti necessidade de formação de grupos de mulheres, dispondo sobre informações necessárias a estas no tocante a qualidade de vida. A abordagem a essas mulheres poderia ser em qualquer momento da vinda destas as unidades, onde qualquer membro da equipe pudesse orientar quanto às práticas de promoção e prevenção de saúde, dentre elas o exame preventivo do CCU.

Segundo Casarin e Piccoli (2011), é fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o país.

4.3 Profissionais de saúde enquanto Promotores de Saúde

As ações educativas em saúde são atividades voltadas ao desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde, portanto, dentro do contexto de uma ESF, estas estratégias surgem como ferramenta fundamental para estimular cada indivíduo quanto ao seu autocuidado e autoestima, assim como de toda comunidade, promovendo reflexões que conduzam modificações nas condutas dos usuários (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Nas consultas de enfermagem, onde há o contato íntimo com os usuários, foi feito abordagens sobre seu modo de vida, sobre os conhecimentos em relação às doenças e seus fatores de risco, apresentando um déficit de conhecimento destes. Mediante esta problemática, percebi que o papel do enfermeiro não deve se limitar apenas à realização de um interrogatório prévio durante as consultas.

Neste contexto, o enfermeiro influencia diretamente no processo saúde-doença da comunidade, pois seu trabalho na ESF está diretamente relacionado à promoção da saúde e prevenção de agravos. Realizando ações educativas que proporcionem aos usuários conhecimentos inerentes a sua própria saúde, possibilitando desta forma a autonomia para uma tomada de decisões e autocuidado.

Abrir espaços de produção de diálogo, reflexão e problematização junto à comunidade possibilita a construção de uma relação de co-responsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde (RODRIGUES et al., 2012).

A identificação das necessidades educativas por meio do trabalho multidisciplinar é mais efetiva, pois não parte apenas da observação de uma única pessoa, mas sim de toda uma equipe que conhece e convive com a população. O enfermeiro deve se articular com todos os profissionais, principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes são peças fundamentais para o contato direto com os usuários, através de uma busca ativa, por estarem em contato constante com a população e possuir maior conhecimento da comunidade, e, conseqüentemente, de suas necessidades.

As estratégias de prevenção do CCU eram realizadas mediante busca da mulher à unidade de saúde. Durante a anamnese eram orientados alguns cuidados, apontados de fatores

de risco, mas não havia nenhum grupo de apoio à mulher, nenhuma abordagem acolhedora, nenhuma roda de conversa onde pudessem trocar experiências umas com as outras e com os profissionais. Entendi que a atenção integral, uma das diretrizes preconizadas pelo SUS, tanto a mulher como a qualquer usuário do sistema, não estava sendo cumprida, pois as idas a ESF eram vagas, apenas com o propósito curativo.

Posto isso, verifica-se que a Educação em Saúde é forte aliada no objetivo de despertar mudanças de comportamento. Por intermédio dela, as usuárias do sistema de saúde podem adquirir informação, refletir sobre suas práticas, bem como sobre a importância do exame ginecológico e da autovalorização. O desafio está em buscar um momento e um espaço para educar. Diante disso, a sala de espera se mostra como um local propício para passar informações relevantes à paciente, antes da consulta, e para compartilhar informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum. Porém, essa prática deve ser aliada a outras estratégias que visem promover e facilitar a disseminação das informações de forma criativa e atraente ao maior número de pessoas possível (RODRIGUES et al., 2012).

Nesse sentido, os profissionais de saúde trabalham diariamente com pessoas que possuem o seu referencial de vida, que têm os seus valores e crenças estabelecidos, mas, muitas vezes esse saber popular e suas vivências não são levados em consideração. Portanto, para trabalhar num contexto de Educação em Saúde na prática junto às comunidades é imprescindível que os profissionais estabeleçam uma relação entre as ciências da saúde, as ciências sociais e a educação, com a finalidade de promover uma ação educativa holística, respeitando a liberdade individual em busca do processo de conscientização (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu relatar a trajetória de uma graduanda de enfermagem no contexto da atenção primária no município de Massaranduba – PB, onde foi possível agregar os conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica às práticas cotidianas de um serviço de saúde, exercendo autonomia profissional, superando o medo e a insegurança, tendo a possibilidade de trabalhar com uma equipe multidisciplinar, o que contribuiu para exercer atenção holística aos usuários e perceber a necessidade de Educação em Saúde voltados à prevenção do CCU.

Buscou explicação para os principais motivos que dificultam a realização do exame preventivo do CCU pelas mulheres em uma ESF, sendo evidente que fatores socioeconômicos

e culturais estão diretamente ligados a ausência da realização do exame citopatológico de rotina, tornando-as mais vulneráveis à doença. Observou-se que sentimentos de medo, vergonha, constrangimento, submissão e pudor são elementos que influenciam diretamente na não adesão destas mulheres ao exame de rotina.

Constatou-se também que algumas mulheres mesmo na condição de serem casadas estão expostas às IST's devido ao comportamento sexual extraconjugal do marido, nos inquietando quanto à passividade da mulher ao aceitar esta condição. A falta de conhecimento quanto ao propósito real do exame foi evidenciado pelo comportamento expresso, salvo, que a procura por este ocorria apenas quando estavam com alguma queixa ginecológica, ficando evidente a desinformação acerca do principal objetivo do exame de prevenção de CCU.

Neste contexto percebe-se a importância do enfermeiro como promotor da saúde e atenção integral, uma vez que este profissional está em contato diário com as usuárias do sistema, conhecendo portanto suas necessidades específicas e os diferentes contextos socioeconômico e cultural que estão inseridas.

O profissional diante da realidade exposta deve formar grupos para ouvir, discutir e tentar em conjunto amenizar os desconfortos referidos, discutir sobre autoestima, planejamento familiar, prevenção das mais diversas patologias e falar de forma clara sobre sexualidade, prazer e afetividade.

O enfermeiro como educador em saúde aparece como ferramenta indispensável na promoção do conhecimento, ensinando e informando as mulheres quanto às medidas de prevenção do agravo é também conscientizá-las de seu papel quanto sujeitos responsáveis por sua saúde e bem estar. Garantindo, portanto, autonomia das mesmas na tomada de decisões inerentes a sua própria saúde e garantindo a prática de autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 301-309, 2009.

ARAUJO, P. B. de. **Controle do Câncer do Colo de Útero**: uma análise de dois anos de coleta do exame citopatológico em uma unidade de saúde da família. 2009. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

AYRES, A. R. G.; SILVA, G. A. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 963-974; 2010.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2012, vol.65, n.1, pp. 172-178. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100025>. Acesso em 15 Ago. 2013.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141381232012000100017&lngen&nrmiso>>. Acesso em 15 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100017>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. p.133-134: Seção II.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n.13**. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária: Rastreamento**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Brasília, 1998.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev. Panam Salud Pública**. v. 31, n. 2, p. 150-20, 2012.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, 2011.

CRUZ, L. M. B. da; LOUREIRO, R. P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n. 2, p.120-131, 2008.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 2, p. 378-384, abr./jun. 2009.

FREITAS, G. L.; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. [Internet]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.> Acesso em 26 Jul. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Senso 2010 e informações estatísticas.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=250920&idtema=16&search=paraibalmassarandubalsintese-das-informacoes->> Acesso em: 12 Jul. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Assistência Médica Sanitária** 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=250920&idtema=5&search=paraibalmassarandubalservicos-de-saude-2009>> Acesso em: 12 Jul. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>> Acesso em 26 Jul. 2013.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 14, p. 1463-1472, 2009.

MELO, M. C. S. C. de; et al. O enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero: O cotidiano da atenção básica. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

MOURA, A. D. A. et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 94-104, jan./mar. 2010.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009. [Internet]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>> Acesso em 26 Jul. 2013.

OLIVEIRA, S. L.; ALMEIDA, A. C. H. de. A Percepção das mulheres frente ao Exame de Papanicolaou: da observação ao entendimento. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 3, p. 518-526. Jul./Set. 2009.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000200007&lng=en&nrm=iso> Acesso em 15 Ago. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RODRIGUES, B. C. et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, Mar. 2012 . Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. de 2013.

ROECKER, S.; NUNES, E. de F. P. de A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2013.

SILVA, R. M. da; SILVA, I. C. M. da; RAVALIA, R. A. Ensino de enfermagem: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. **Revista Práxis**, n. 1, 2009.

SOARES, M. C. et al. Câncer de Colo Uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 14, n.1, p. 90-96, jan./mar. 2010.

THULER, L. C. S. Editorial: Câncer do Colo do Útero no Brasil: Estado da Arte. **Revista Brasileira de Cancerologia** . v. 58, n. 3, p. 321-337, 2012.

VALENTE, C. A. et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 43, Esp. 2, p. 1193-1198, 2009.