

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: PERCEPÇÕES DE MULHERES AO PRIMEIRO EXAME E ATITUDES PROFISSIONAIS

UTERUS' CANCER PREVENTION: WOMEN'S PERCEPTIONS TO THEIR FIRST EXAMINATION AND THE PROFESSIONAL PERFORMANCE

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO: PERCEPCIONES DE LAS MUJERES EN EL PRIMER EXAMEN Y ACTITUDES PROFESIONALES

IVNA GIOVANA DA SILVA SOUSA¹

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA²

NANCY COSTA DE OLIVEIRA³

KILVIA GARDÊNIA TORRES EDUARDO⁴

O estudo teve por objetivos verificar percepções de mulheres com relação ao primeiro exame de prevenção e identificar atitudes profissionais favoráveis ao bem-estar das mulheres na realização do mesmo. Estudo descritivo-exploratório realizado com 34 mulheres atendidas no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará em março e abril de 2006 e que obedeceram aos critérios: ter terminado de realizar o primeiro exame de prevenção e aceitar participar livremente do estudo. Os dados foram coletados por entrevista. Participaram também os cinco profissionais responsáveis pelo atendimento. A organização das falas seguiu a Técnica de Análise Categorial da Análise de Conteúdo de Bardin. Os sentimentos das mulheres foram agrupados nas categorias vergonha; medo; tensão, desconforto e dor; "corpo de laboratório"; e naturalidade. As atitudes profissionais foram agrupadas em diálogo, toque, paciência, acolhimento e aproximação do universo cultural das mulheres. Atitudes citadas pelos profissionais foram efetivas e humanizadoras e se apresentam como sugestões para profissionais que atuam nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção de cancer do colo uterino; Esfregaço vaginal; Emoções; Relações profissional-paciente.

The aim of the study was to survey about women's feelings concerning the first examination for cancer prevention and to identify favorable professional attitudes for the well being of the women during the examination. It was an exploratory-descriptive study which took place at the Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, with 34 women from March to April 2006. All of them fit into the criteria of having been examined for the first time and accepted to take part in this study. The data were collected through interviews. Along with them there were the five professionals responsible for the examination. The organization of their speech was according to Bardin's Categorical Analysis Technique of Content Analysis. The women's feeling, were grouped in the following categories: shame, fear, tension, discomfort and pain, laboratory body, and naturalness. The attitude of the professional included: dialog, touch, patience, welcoming and getting closer to the women's cultural universe. The attitudes mentioned by the professionals were effective and can be used as suggestions for the professionals of the area.

KEYWORDS: Cervix neoplasms prevention; Vaginal smears; Emotions; Professional-patient relations.

El estudio tuvo como objetivos verificar las percepciones de las mujeres en relación al primer examen de prevención e identificar actitudes profesionales favorables al bienestar de las mujeres en la realización del mismo. Estudio descriptivo-exploratorio realizado con 34 mujeres atendidas en el Instituto de Prevención del Cáncer de Ceará en marzo y abril de 2006 y que obedecieron a los siguientes criterios: haber realizado el primer examen de prevención y aceptar participar libremente del estudio. Los datos se recogieron a través de entrevista. También participaron los cinco profesionales responsables por la atención. La organización de las declaraciones siguió la Técnica del Análisis de Categorías del Análisis de Contenido de Bardin. Los sentimientos de las mujeres fueron agrupados en las categorías vergüenza; miedo; tensión, incomodidad y dolor; "cuerpo de laboratorio"; y naturalidad. Las actitudes profesionales fueron agrupadas en diálogo, toque, paciencia, acogida y aproximación al universo cultural de las mujeres. Las actitudes citadas por los profesionales fueron efectivas y humanitarias y se presentan como sugerencias para profesionales que actúan en esta área.

PALABRAS CLAVE: Prevención de cáncer de cuello uterino; Frotis vaginal; Emociones; Relaciones profesional-paciente.

¹ Enfermeira. Pronto Atendimento Cardiológico – Prontocardio / Centro Cirúrgico. R. Capitão Melo, 3708. São João de Tauape. 60.120-220. Fortaleza-CE. E-mail: ivnasousa@terra.com.br Fone: (85) 3272 7103.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^ª. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Av. Filomeno Gomes, 80. Apt^o. 401. Ed. Carajás. Jacarecanga. CEP: 60.010-280 Fortaleza-CE. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br Fone: (85) 3366 8454

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa Saúde de Fortaleza-CE. R. Oscar Bezerra, 72. Apt^o. 401. Damas. 60.425-720. E-mail: nancostaoliveira@terra.com.br Fone: (85) 3492 1647.

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa Saúde da Família de São Gonçalo do Amarante-CE; R. Estado do Rio de Janeiro, 50. Apt^o. 1133, Pan Americano, CEP: 60441-150, Fortaleza-CE. e-mail: kilvyaeduardo@yahoo.com.br Fone: (085) 88076426.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, perdendo apenas para o câncer de mama. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para 2008, o número de casos novos esperados no Brasil é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos em cada 100.000 mulheres. Para o Ceará a estimativa foi ligeiramente menor, ou seja, de 17,8 casos para cada 100.000 mulheres, perfazendo um total de 770 novos casos no referido período¹.

A detecção de lesões de colo pré-invasivas é realizada por meio da citologia cérvico-vaginal pelo método de Papanicolaou. Este procedimento é utilizado há mais de 50 anos com excelente razão custo-benefício, sendo o método de avaliação que tem modificado efetivamente as taxas de incidência da doença². É reconhecido mundialmente como sendo seguro e eficiente, exigindo infra-estrutura simples para ser realizado, sendo recomendado para mulheres em atividade sexual e de até 60 anos de idade, uma vez ao ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos, orientação que se apóia na lenta progressão do câncer de colo de útero³.

A coleta de material para a citologia é efetuada com auxílio de espéculo, que introduzido na vagina permite a visualização do colo uterino. Em seguida faz-se a raspagem da ectocérvice com a espátula de *Ayre* e com a escovinha “campos da paz” se faz uma leve esfoliação da endocérvice, trazendo material para pesquisa de alterações celulares. Também é realizada a inspeção visual com ácido acético a 5% e o teste de *Schiller*, exames que permitem descrever alterações que colaboram com a análise do material coletado². O exame é rápido e indolor, porém mulheres descrevem desconforto ou pressão no baixo ventre, de modo que promover o relaxamento da musculatura pélvica é importante para que estas se sintam confortáveis.

Estudo registrou sentimentos negativos vindos de mulheres que se submeteram ao exame de prevenção, como medo, vergonha, ansiedade e nervosismo, o que foi associado, pelas mesmas, à educação sexual inadequada e ao desconhecimento acerca do exame⁴. O medo e a vergonha são sentimentos que afastam a mulher do exame preventivo, sendo necessário que o profissional de saúde saiba lidar

com esses sentimentos, particularmente em se tratando do primeiro exame, pois é a partir deste que a mulher registrará suas impressões para futuros exames⁵. Estudo de observação realizado com 11 enfermeiros atuantes em oito municípios do Ceará mostrou que somente quatro desses profissionais explicavam o exame para as usuárias⁶.

Diante do exposto e remontando à nossa prática profissional que confirma a dificuldade de mulheres em realizar o exame de prevenção com tranquilidade e o desempenho inadequado de parte dos profissionais que o realiza, surgiu o interesse pelo desenvolvimento deste estudo, desenhado para responder as seguintes questões: quais as percepções de mulheres frente ao primeiro exame de prevenção? Quais atitudes profissionais são adotadas para amenizar percepções negativas das mulheres com relação ao exame? Neste contexto, definimos como objetivos: verificar percepções de mulheres com relação ao primeiro exame de prevenção; e identificar atitudes profissionais favoráveis ao bem estar das mulheres na realização do exame.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório realizado no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), referência estadual para prevenção do câncer de colo uterino. O aspecto descritivo consistiu em observar, registrar, classificar e interpretar dados da coleta citológica sem interferência do pesquisador e, mais, obter o retrato preciso de como as mulheres sentiam-se frente à realização do primeiro exame ginecológico⁷. As mesmas autoras complementam que o estudo exploratório explora as dimensões deste fenômeno, como se manifesta e se relaciona com outros fatores.

Participaram 34 mulheres atendidas no referido serviço de saúde durante o período estabelecido para a coleta de dados (março a abril de 2006) e que obedeceram aos critérios de ter terminado de realizar o primeiro exame de prevenção e aceitar participar livremente do estudo. Ao sair da sala de exame a mulher era abordada pela pesquisadora a fim de esclarecer se aquele era o seu primeiro exame de prevenção. Em caso positivo, esta era convidada a participar da pesquisa, por meio de entrevista. O número de mulheres foi definido pela saturação das falas, ou seja, em torno da vigésima entrevista percebeu-se repetição de in-

formações e idéias, tornando-se mais persistente à medida que prosseguimos, chegando ao ponto em que novas idéias deixaram de ocorrer, encerrando-se, pois, a coleta dos dados. Participaram, ainda, o total de profissionais (cinco) que atenderam as respectivas mulheres.

As entrevistas seguiram roteiros específicos para cada categoria de participantes. Para as usuárias foram contempladas questões relacionadas à identificação (idade, anos de estudo, condição marital, ocupação, renda familiar, e início da vida sexual) e à satisfação em relação ao atendimento (sentimentos frente à realização do exame e percepção sobre a atuação do profissional que a atendeu). As entrevistas realizadas com os profissionais continham questões sobre a percepção destes sobre os sentimentos demonstrados pelas usuárias por ocasião do exame e sobre as estratégias que utilizavam frente a estas manifestações. Os depoimentos foram gravados, transcritos e identificados de acordo com cada informante pela letra “U” de usuária seguida de um número que obedeceu a ordem das entrevistas. Os depoimentos dos profissionais foram identificados pela letra “M” de médico e pela letra “E” de enfermeira e numerados conforme a ordem das entrevistas.

A organização das falas para a análise seguiu a Técnica de Análise Categrorial da Análise de Conteúdo de Bardin, que sugere a descrição objetiva e sistemática dos dados obtidos e o agrupamento em categorias comuns. Categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão de características comuns destes elementos⁸. Percepções de 29 mulheres foram agrupadas em quatro categorias que revelaram sentimentos negativos ou ameaçadores: vergonha; medo; tensão, desconforto e dor; e “corpo de laboratório”; e uma categoria que reuniu percepções de outras cinco mulheres que descreveram sentimento de confiança, de ter recebido um cuidado humanizado: “senti-me à vontade... profissional super gente boa”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer N^o. 346/05 e seguiu as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁹.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Percepções de mulheres quanto ao primeiro exame de prevenção

A faixa etária das 34 participantes variou entre 13 e 28 anos, sendo que 21 (73,6%) tinham entre 17 e 24 anos; a escolaridade variou de 4 a 11 anos e mais de estudos, com 17 (50%) tendo de 8 a 10 anos de estudos; a renda familiar variou entre ½ a 3 salários mínimos, porém 22 (64,7%) apresentaram renda superior a um salário mínimo.

Neste estudo, “percepção” foi compreendida como a representação que cada ser humano tem de si e de tudo que faz parte de seu meio e da realidade, interpretando e transformando a informação obtida pelos sentidos, registrando-a na memória. A percepção é seletiva para cada pessoa, o que significa que qualquer situação é vivenciada de uma maneira única, por cada um dos indivíduos envolvidos, correspondendo ao principal componente do sistema pessoal¹⁰.

Vergonha

Expor a intimidade do corpo para um profissional desconhecido foi a causa da vergonha expressa pelas mulheres, aspecto que se confirmou nos testemunhos que seguem:

“Foi ruim a sensação de estar sem roupa, mas foi preciso”(U18)

“Você não conhece ela [referindo-se à profissional] e você tem que estar lá toda sem roupa. É ruim o estado, mas fazer o quê?”(U29)

“Ah! eu fiquei com vergonha, sabe?”(U30)

“Muito constrangida. É horrível, você nunca viu a pessoa, né? Então fica difícil você fazer o exame, tirar a roupa. Foi até difícil eu sair pra fora [sair do consultório]. Tive que tomar coragem...” (U32)

Quando o exame foi realizado por profissional do sexo masculino, o mesmo sentimento foi exacerbado, sobre o que U7 narrou: “Durante o exame, fiquei toda me

tremendo, morrendo de vergonha, porque foi homem. Fiquei tremendo e nervosa direto, durante o exame inteiro”. Nesse contexto, U26 destacou: senti-me melhor durante o exame porque era mulher [referindo-se à profissional]. Se fosse homem era mais ruim”.

Por fim, a vergonha apareceu como sentimento capaz de adiar a realização do exame por parte de U1: “Eu não vim mais cedo porque eu tinha muita vergonha”.

O primeiro exame de prevenção é um passo importante para a garantia da saúde da mulher. Porém, mesmo consciente da necessidade de fazê-lo, a vergonha a afasta do serviço. Esse sentimento também foi citado como motivo para a não adesão ao exame por 32,5% das mulheres participantes de um estudo em município da região sudeste, também correlacionando vergonha e desconforto físico ao exame de prevenção¹¹.

Percebeu-se, ainda, que o sentimento de vergonha teve maior impacto quando o exame fora realizado por profissional do sexo masculino, o que pode ser explicado por uma possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamentos do corpo e de quem se pode esperar compreensão⁴.

Medo

O medo é uma perturbação angustiosa conseqüente de um risco ou um mal real ou imaginária, que desaparece com o fim da situação ameaçadora¹². Boa parte das mulheres relatou sentir medo do exame, o que se mostrou associado a concepções equivocadas acerca do mesmo (doloroso, mutilador), passadas por outras mulheres, bem como a orientação de que “as doutoras são ignorantes”.

“Muitas pessoas falaram que o ferro [referindo-se ao espéculo vaginal] era grande, doía e que as doutoras eram ignorantes por a gente ser a primeira vez. Aí eu tive medo, né?” (U18)

“Disseram que a mulher [a profissional] rasgava o negócio da gente [referindo-se ao órgão genital], abria assim com um bico de pato e rasgava. Aí eu fiquei morrendo de medo” (U22)

Parte das mulheres já chegou para realização do primeiro exame com idéias pré-concebidas a respeito do mesmo, elaboradas a partir de experiências negativas passadas por outras mulheres. Nesse contexto, sugerimos aos profissionais, numa perspectiva de promover o protagonismo e a autonomia dessa clientela, a promoção de atividades de informação com a parceria das próprias pacientes como multiplicadoras, de forma a ganharem cada mulher de seu círculo de convivência familiar e comunitária no sentido de superar boatos, mitos e fantasmas desfavoráveis à procura do exame de prevenção.

Outros autores identificaram o medo como decorrente de preocupações com a existência de doenças sexualmente transmissíveis e/ou a expectativa em relação a resultado positivo de câncer, possivelmente devido à presença de sintomas outros como leucorréia e prurido¹¹.

Tensão, desconforto e dor

A tensão manifesta pelas mulheres interferiu na realização do exame, pois a contratilidade da musculatura pélvica e vaginal dificulta a introdução do espéculo, provocando desconforto e dor:

“Fiquei muito dura, tensa, né? Não consegui relaxar” (U14)

“Não relaxei as pernas, isso aqui tudo ficou duro [apontando para a região pélvica]” (U22)

Ficar em posição ginecológica foi o motivo de tensão de U30 que argumentou ser o desconforto durante o exame, algo inevitável, por não haver outra maneira de realizá-lo sem essa exposição: “. . . a gente não fica à vontade. Por mais que a pessoa tente ficar relaxada, sossegada, não consegue naquela posição” (U30).

Estudo sobre o conhecimento de mulheres acerca do exame de Papanicolaou afirmou que a posição ginecológica proporciona sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo, desencadeando tensão, vergonha e medo durante o exame. Também presumiu que o toque ginecológico, a introdução do espéculo e a utilização do foco luminoso podem ocasionar tais sentimentos¹³.

“Corpo de laboratório”

O sentimento demonstrado por este grupo de mulheres traduziu uma forma de atendimento impessoal, voltada tão somente para a realização mecânica do procedimento, desconsiderando o ser cliente. “Corpo de laboratório” foi uma expressão tomada de uma das depoentes para descrever essa categoria:

“Eu me senti um corpo de laboratório. É tão prático pra ela [referindo-se a profissional] ter estudado sempre aquilo, que pra ela é uma coisa normal, mas pra nós não, é muito artificial” (U3)

“Ela [a profissional] fica muito quieta, muito “cara de gelo”, uma coisa bem séria, como se o trabalho dela só importasse isso: abre as pernas, pronto, acabou”(U5)

“Ela [a profissional] foi extremamente direta: Minha filha abra as pernas que eu vou lhe consultar agora...”(U19).

Ficou evidente a visão fragmentada dos profissionais em lidar com essas mulheres por ocasião do exame, causando-lhes insatisfação. Tal atitude mostra o predomínio da técnica sobre um corpo que vibra, necessitando de uma relação mais humana e uma visão integrada¹³. Diante do exposto faz-se necessária a oferta de serviços de qualidade técnica e, sobretudo, humanizada. A humanização depende de mudanças profissionais, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre profissionais e usuárias, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os profissionais a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um modo de convivência humano¹⁴. Nesse contexto, é importante observar a invasão da tecnologia nas práticas de saúde, acarretando falta de contato pessoal e os aspectos emocionais ficando em segundo plano. Ser solidário com o outro, valorizar o aspecto humano, prestar o cuidado

holístico e estabelecer uma relação de ajuda e empatia é a base da Enfermagem. Ademais, os códigos de Ética Médica e de Enfermagem incorporam valores que delineiam a informação sobre o procedimento a ser executado e a decisão consciente do cliente quanto aos procedimentos e intervenções indicadas como dever profissional.

“Senti-me à vontade... profissional super gente boa”

Essas mulheres vivenciaram o exame com naturalidade, o que foi atribuído por todas à atitude da profissional “super gente boa” que realizou o atendimento:

“Pra ser sincera me senti normal. Não fiquei nervosa. Antes eu tava um pouquinho nervosa, mas na hora que ela começou a falar, passou” (U10).

“A enfermeira foi super gente boa, me relaxou bastante. Aí fiquei normal, normal” (U28).

“Pra falar a verdade, eu achei que ia me sentir pior, entende? Eu acho que devido a pessoa que tava ali eu me senti à vontade, não senti nada, agi normal” (U34).

Ficou evidente a atitude profissional como forma de proporcionar a aproximação e confiança das pacientes, gerando satisfação e bem-estar. Interações dessa natureza estão no cenário da humanização da assistência. Apesar de a humanização não apresentar consenso teórico e operacional, conforma-se como uma diretriz de trabalho, com possibilidade de gerar uma nova prática de assistência. Para que essa inovação ocorra é preciso a aproximação e o respeito do profissional pelas bases culturais da paciente, conhecer suas expectativas, representações¹⁵. Para tanto, práticas e mecanismos de “permitir a voz do usuário” e sua “livre verbalização” é o que determina discursos como os de U28 e U34 – “Senti-me à vontade”, – “A enfermeira foi super gente boa...”.

Comportamentos e atitudes profissionais empregadas para amenizar sentimentos negativos das mulheres durante o exame de prevenção

Três dos profissionais eram enfermeiros e dois eram médicos; quatro eram do sexo feminino e todos tinham

idade acima de 45 anos. O tempo de formados variou entre 23 e 31 anos e já atuavam na respectiva área do cuidado por mais de seis anos, sendo que três atuavam há mais de 21 anos; e todos trabalhavam nessa área por escolha e não por necessidade de inserção no mercado de trabalho.

Comportamentos e atitudes descritas pelos profissionais para amenizar sentimentos negativos de mulheres ao primeiro exame de prevenção foram agrupados nas categorias: diálogo, toque, paciência, acolhimento e aproximação do universo cultural das mulheres.

Diálogo

O diálogo é uma comunicação, discussão, uma conversa entre duas ou mais pessoas envolvendo exposição de idéias por perguntas e respostas¹².

Os profissionais deste estudo destacaram o diálogo como forma de amenizar sentimentos negativos por parte das mulheres, em duas dimensões: 1) explicar como é feito o exame e porque fazer; e 2) distrair as mulheres.

Explicar o procedimento que a paciente vai ser submetida e a importância de realização do mesmo é direito seu e dever do profissional. Essa atenção gera empatia e confiança entre quem assiste e é assistido. Este aspecto foi lembrado pelos profissionais nas falas que se apresentam a seguir:

“... a gente explica como é o exame, conversa com a paciente pra tirar a tensão, demonstra pra ela a colocação do espéculo, peço que a mulher aperte a sua mão e mostro pra ela que se ficar tensa na hora do exame sua vagina se contrai como a sua mão e, assim, o especulo vai incomodar. Então ela entende que deve relaxar” (E1).

“Na maioria das vezes a gente procura conversar com a paciente e explicar a necessidade do exame” (M1)

Estudo realizado com 200 mulheres argentinas a respeito do conhecimento, atitude e prática no exame de Papanicolaou concluiu a necessidade dos profissionais de saúde também dialogarem com suas pacientes, sobretudo fornecendo-lhes informações sobre o exame, pois a sua

prática foi considerada adequada por apenas 30,5% das participantes¹⁶.

O diálogo como forma de distração foi apresentado no sentido de desviar a atenção das mulheres. Neste sentido, os profissionais enfatizaram que quando uma paciente se mostra preocupada ou nervosa com o exame é recomendável desviar sua atenção para outro foco:

“Digo assim: pronto, primeiro respira, não treme e vamos lá conversar. Tu moras aonde, tu és de onde, qual é o teu interior? vou distraíndo...” (E3)

“Mando relaxar o dedo do pé, então eu desvio a atenção delas. E realmente quando ela relaxa o dedo do pé, que ela desvia a atenção, ela ta relaxando o resto. É minha estratégia pessoal” (M2)

Esse último depoimento evidenciou uma atitude profissional desenvolvida a partir do seu contexto prático, pautada na experiência acumulada, na intuição e no envolvimento sincero de amenizar o sofrimento das mulheres no exame.

O caráter da distração também foi conduzido com diálogos que trazem brincadeiras, humor, ou seja, um tipo de comunicação que promova sorriso, alegria. Para os profissionais, as brincadeiras bem humoradas são utilizadas como forma de descontração, fazendo com que a paciente sinta-se à vontade e relaxada no momento do exame de prevenção.

“Eu tenho mania de brincar dizendo: não é injeção não, menina! Aí elas [as pacientes] acham graça e relaxam” (E3).

“Eu digo assim: você tem marido? E ele presta? Aí elas [usuárias] morrem de rir. Elas riem de cada pergunta besta que eu faço” (E3)

Tal estratégia foi reconhecida na voz de U1: “A doutora examina a gente brincando, todo tempo rindo, é tão bom a gente se distrai e esquece do que ta fazendo”(U1).

O riso é um estimulador do hipotálamo, que sintetiza as betas endorfinas, substâncias analgésicas similares às morfina, mas com potência analgésica cem vezes maior. Estas substâncias são produzidas nas situações de riso, gar-

galhadas, alegria ou em toda situação de bom humor¹⁷. É baseado neste princípio fisiológico que a terapia do riso ou a risoterapia tornou-se um método terapêutico desde a década de 60, propagado pelo médico americano *Hunter Adams*, que desde sua época de estudante já implantava este método em hospitais e escolas por observar o baixo estado de alegria e de humor em seus clientes. Assim, introduziu a terapia do riso, ou seja, um descondicionamento de atitudes e hábitos perniciosos arraigados na personalidade, para viver com amor e felicidade.

As brincadeiras promovem uma interação aconchegante e de confiança entre profissional e cliente. Desse modo, as brincadeiras facilitam a realização do procedimento, quebra a formalidade e produz satisfação no exercício da profissão.

“Ela brinca muito, tem o espírito jovem. Ela brinca com a gente como se a gente fosse amiga dela. Uma brincadeira de amizade, como se ela fosse adolescente também. Aí a gente fica bem relaxada” (U1).

Toque

Para os profissionais pesquisados, o contato físico, o toque, é estratégia que tranquiliza a usuária durante o exame de prevenção. E1 afirmou que divide com a auxiliar de enfermagem que a apóia na realização do exame essa tarefa: “E lá na hora mesmo [referindo-se a introdução do espêculo] a auxiliar que trabalha com a gente pega na mão da paciente, alisa, faz de tudo um pouco para ela ficar bem tranqüila”. O toque é um gesto que faz parte do cotidiano, sendo considerado um meio facilitador ou dificultador da comunicação e da criação de vínculos. É uma necessidade básica do ser humano e precisa ser satisfeita para que o organismo sobreviva¹⁸. É um dos instrumentos primários que os profissionais dispõem para estabelecer contato direto com os pacientes em um curto período e para identificar as necessidades dos mesmos.

Estudo experimental realizado com 20 ratos da raça *Wistar* pesquisou o efeito do toque terapêutico na cicatrização de lesões de pele de cobaias e concluiu-se que o toque terapêutico acelerou o processo cicatricial dos ratos

que pertenciam ao grupo experimental quando comparados com o grupo controle¹⁹. Estudo a respeito do contato terapêutico realizado com 15 mulheres que receberam massagens durante o trabalho de parto evidenciou que as massagens foram eficazes no alívio da dor, proporcionando relaxamento, bem-estar e redução do medo relacionado ao parto²⁰. Portanto, estes pesquisadores corroboram a estratégia do toque, devendo ser mantida e adotada por profissionais outros que realizam o exame de prevenção, como fonte de alívio da tensão e do desconforto das mulheres.

Paciência

A paciência foi uma virtude apresentada como sendo fundamental na prática de profissionais que realizam exame de prevenção, visto que a usuária demanda tempo para aceitar e colaborar com o procedimento, marcadamente o primeiro, pois para esta tudo é desconhecido: “É procurar ter mais paciência quando é o primeiro exame porque, de qualquer maneira, é diferenciado por que ela [a usuária] não tem a experiência de nenhum, né?” (E2). A paciência da enfermeira foi reconhecida por U32 como força mobilizadora para o seu retorno e como força motivadora para convencer outras mulheres a virem realizar o exame: “Eu voltaria para a mesma enfermeira e recomendaria ela para outras mulheres, devido toda paciência dela com as pessoas que nunca fizeram o exame”.

Na lógica do primeiro exame de prevenção, a paciência da profissional que o realizou colaborou para a adesão ao retorno da usuária e a formação de sua atitude favorável a que outras mulheres procurem o serviço.

Acolhimento

Para os profissionais entrevistados, acolher bem proporciona o estabelecimento de vínculo, de confiança, como foi destacado por E3: “Quem bota a mulher pra dentro sou eu. Eu gosto de chamar, dar o bom dia, olhar pra cara, pois a gente se relaciona melhor”.

O acolhimento corresponde ao ato de receber a paciente, desde sua chegada ao serviço, tomando para si a responsabilidade pelo seu atendimento, ouvindo suas queixas e dando-lhes oportunidade para que suas preocupações sejam

reveladas. O acolhimento implica na escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde do usuário, conforme sua cultura, saber e capacidade de avaliar riscos. Assim, para tornar o acolhimento eficaz E3 orientou para que o profissional se coloque no lugar da usuária e sinta suas inquietações: “na hora que você sentar num birozinho, o outro lado [o lado da paciente] é você de novo”.

Para as usuárias, a falta do acolhimento adequado foi retratada na categoria “corpo de laboratório”, na qual reuniram insatisfações com relação à postura impessoal e desumana adotada por parte dos profissionais. Por outro lado, na categoria “senti-me à vontade... a profissional foi super gente boa” as mulheres reuniram satisfação com a atitude acolhedora de parte dos profissionais.

Aproximação do universo cultural das mulheres

Esse comportamento foi apresentado na forma de apropriação por parte da profissional, de termos, linguagem e costumes da clientela. Quando esse universo é levado pelo profissional no momento do exame, há uma identificação por parte das mulheres gerando equilíbrio na interação profissional-cliente. E3 defende esse ponto de vista ao narrar:

“Aí elas [usuárias] têm confiança porque eu falo igual a um caboclo, porque sou do interior, elas relaxam. Trabalho há 20 anos no interior, aí eu fico igual a elas. Aí elas dizem: a doutora é igual a mim!”

Um dos obstáculos no relacionamento profissional/cliente é o distanciamento socioeconômico e cultural entre os envolvidos. Algumas mulheres procuram o serviço com receio de estabelecer contato com os profissionais por sentir-se diminuída, inferior e por não ter consciência dos seus direitos como usuária do sistema de saúde.

Outro ponto a destacar foi a profissional mencionar seu lugar de origem, estreitando o relacionamento através das raízes interioranas, uma vez que parte das mulheres que procuram o serviço é proveniente do interior do Ceará, ocorrendo, pois, um encontro cultural entre profissional e mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções identificadas nesse estudo a respeito da realização do exame de prevenção, como vergonha, medo, tensão, desconforto e dor, provocados por atitudes impessoais e mecânicas dos profissionais, como falta de diálogo e de orientação, foram semelhantes às aquelas encontradas por outros autores. Todavia, mensagens passadas por mulheres que já realizaram o exame de prevenção foi fator identificado como gerador de sentimentos negativos das mulheres no primeiro exame. Essa realidade foi discutida e foram apresentadas sugestões para a sua superação, ficando a assertiva de que a realização do primeiro exame deve ser feita com respeito e ética por parte do profissional, que deve estar preparado para lidar com boatos e fantasias suscitados em cada mulher.

Vivenciar o exame com sentimentos negativos já não foi comum a todas as mulheres, encontrando-se aquelas que o realizaram com naturalidade e se sentiram à vontade, resultado atribuído à postura acolhedora do profissional que o realizou.

Comportamentos e atitudes apresentadas pelos profissionais para amenizar percepções e sentimentos negativos das mulheres sobre o exame foram relevantes, simples, intuitivos e se apresentam como sugestões para os profissionais que lidam nessa área do cuidado. Destacam-se o diálogo, no sentido de explicar o procedimento para a usuária e levá-la à distração, utilizando-se de brincadeiras; o toque; a paciência; o acolhimento; e a aproximação do universo cultural das mulheres. Os respectivos comportamentos e atitudes apareceram nas falas de parte das mulheres, porém em depoimentos de outras se percebeu exatamente a necessidade de tê-las, do que se conclui haver uma distância entre o discurso profissional e a prática. Neste contexto, levanta-se a necessidade de estudos que procurem mostrar por que os profissionais sendo conhecedores de estratégias que amenizam os sentimentos negativos das mulheres negligenciam neste sentido.

Com base nos depoimentos de U7 e U26 a respeito de sentir-se melhor com profissional do sexo feminino, sugere-se que o profissional não só respeite essa manifestação de sentimento, mas que crie um espaço de aproximação

ção, diálogo, vínculo e confiança com essas mulheres, gerando um ambiente favorável à superação deste evento. Casos de insucesso e tendo o serviço de saúde, profissionais de ambos os sexos, deveriam proporcionar à mulher, o direito de escolha. Não sendo possível essa escolha, que a mulher seja referenciada para outro serviço. Uma simples atitude do profissional em dirigir-se à sala de espera, apresentar-se e conversar com as mulheres sobre o exame e sobre sua postura na realização do procedimento já ameniza esses sentimentos de recusa das mulheres em serem examinadas pelo sexo oposto, conduzindo-as à aceitação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2008. [on line]. [acesso 2008 jan. 12]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2008/>.
2. Secretaria de Saúde(CE). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: SESA; 2002.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(1):13-5.
4. Carvalho MLO, Furegato ARF. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. *Rev Eletronica Enferm*. [on line] 2001 [acesso 2005 maio 25]; 3(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
5. Loowdermilk LD, Perry ES, Bobak MI. O cuidado em Enfermagem materna. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Nogueira RA, Moura ERF. Atuação de enfermeiras nas ações de prevenção do câncer cérvico uterino. *Rev Anima*; 2004; (6):37-43.
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
10. King IM. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: J. Wiley; 1981.
11. Paula AF, Madeira AMF. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. *Rev Esc Enf USP* 2003; 37(3):88-96.
12. Rocha R. Minidicionário. São Paulo: Scipione; 1996.
13. Amorim T. Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 1997.
14. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
15. Bosi MLM, Affonso KC. Direito à saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79.
16. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):270-6.
17. Lambert E. Rir é o melhor remédio (entrevista). [on line]. [acesso 2006 jul 9]. Disponível em: http://www1.uol.com.br/vyaestelar/vya_estela60.htm.
18. Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. 5ª ed. São Paulo: Summus; 1988.
19. Saviato RM, Silva, JMP. Efeitos do toque terapêutico na cicatrização de lesões de pele de cobaias. *Acta Paul Enferm* 2004; 17(4):377-82.
20. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relaxamento. *Rev RENE* 2002; 3(1):67-72.

RECEBIDO: 29/11/2007

ACEITO: 31/03/2008