

## CONSULTA GINECOLÓGICA – MOTIVAÇÕES E CONHECIMENTO DA MULHER SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

### GYNECOLOGICAL CONSULTATION – MOTIVATION AND KNOWLEDGE ABOUT THE WOMAN CONCERNING THE PREVENTION OF UTERUS LAP CANCER

### CONSULTA GINECOLÓGICA – MOTIVACIONES Y CONOCIMIENTO DE LA MUJER A RESPECTO DE LA PREVENCIÓN DE CANCER DEL CUELLO DEL ÚTERO

MÍRIA CONCEIÇÃO LAVINAS SANTOS<sup>1</sup>

ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES<sup>2</sup>

PACÍFICA PINHEIRO CAVALACANTI<sup>3</sup>

*Objetivamos identificar a distribuição da periodicidade e os motivos da mulher para a realização da consulta ginecológica e o nível de conhecimento da mulher sobre as medidas de prevenção do câncer do colo do útero, após a consulta. Trata-se de um estudo quantitativo no qual entrevistamos 141 mulheres, atendidas em um posto de saúde, no período de abril a maio de 1999. Encontramos que 80 (56, 7%), das mulheres procuraram a consulta por queixas ginecológicas (dor pélvica, prurido e corrimento vaginal). Constatamos que 77 (64, 7%) mantinham intervalo de até 1 ano entre uma consulta e outra. Concluímos que as mulheres desconhecem as medidas de prevenção do câncer de colo uterino, levando-nos a refletir sobre a importância do momento da consulta ginecológica para enfatizar a educação para a prevenção do câncer ginecológico.*

**UNITERMOS:** Neoplasias do colo uterino/prevenção & controle; Diagnóstico precoce.

*We aimed at identifying the distribution of periodicity and the reasons for the woman to attend a gynecological consultation and the level of the woman's understanding concerning the measures for uterus lap cancer prevention after the consultation. It is a quantitative study in which we interviewed 141 women, assisted at a health center, from April to May 1999. We noticed that 80 (56, 7%) of the women made the appointment due to gynecological complaints (pelvic pain, itch and vaginal running). We observed that 77 (64, 7%) kept an interval of up to 1 year from one consultation to another. We concluded that the women ignore the measures for the prevention of uterine lap cancer, which led to the analysis of the importance of gynecological consultation as a means of education for the prevention of gynecological cancer.*

**KEY WORDS:** Cervix neoplasm/prevention & control; Early diagnosis.

*Se objetivó identificar la distribución de la periodicidad y de los motivos de la mujer, para la realización de la consulta ginecológica y el nivel de conocimiento de la misma a respecto de las medidas de prevención de cáncer del cuello del útero, después de la realización de la consulta. El planteo es un estudio cuantitativo donde entrevistamos 141 mujeres, que se atendieron en un centro de salud, en el período de abril a mayo de 1999. Nosotros percibimos que 80 ( el 56, 7%), de las mujeres fueron a consultarse con un médico por causa de quejas ginecológicas (el dolor pelviano, comezón y disturbio vaginal). Verificamos que 77 ( el 64, 7%) mantenían un intervalo de hasta 1 año entre una consulta y otra. Concluimos que las mujeres desconocen las medidas de prevención del cáncer uterino, mostrándonos que debemos reflexionar sobre la importancia del momento de la consulta ginecológica para dar énfasis a la educación preventiva del cáncer ginecológico.*

**PALABRAS CLAVES:** Neoplasmas del cuello uterino/prevenición y control. Diagnóstico pronto.

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Pública Universidade Vale do Acaraú/UVA, Mestranda/ UFC.

<sup>2</sup> Doutora Professora Adjunto II. Departamento de Enfermagem/UFC.

<sup>3</sup> Enfermeira Mestranda do Curso de Pós-graduação em Farmacologia/UFC.

## INTRODUÇÃO

A alta mortalidade causada pelo câncer ginecológico em nosso país, constitui um problema grave de saúde pública. Segundo as estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil para o ano 2003, entre os tipos de câncer ginecológico, o carcinoma de colo de útero se insere de forma preocupante, causando a morte de 4,58/100.000 mulheres em 2003, o que representa a 5ª causa de óbito entre todos os tipos de câncer e a 2ª causa entre os de tipo ginecológico. Verifica-se, então, um desperdício de vidas, mortes prematuras que seriam perfeitamente evitáveis. <sup>(1)</sup>

Houve um progresso significativo na área diagnóstica, especialmente do diagnóstico precoce, cuja aplicação prática seria de acordo com a localização da doença neoplásica. A seqüência de diferentes procedimentos diagnósticos deve ser organizada de modo prático, lógico e "adaptada às condições sociais das mulheres", criando-se um sistema que evite a perda de casos, nessa fase, pela complexidade dos procedimentos.

Ressaltamos a importância da educação para a saúde como um meio de alcançar resultados eficientes no controle do câncer ginecológico. A educação em saúde tem uma importante contribuição a prestar nas ações de saúde, com destaque na área de câncer de colo de útero. É no momento da consulta de enfermagem ginecológica que o enfermeiro atua nas ações de controle do câncer, faz orientações das doenças sexualmente transmissíveis, como também identifica aspectos da "história de vida e saúde da mulher", envolvendo-se sempre com a educação em saúde. <sup>(2)</sup>

Aliado às medidas de detecção e diagnóstico precoce, também observa-se investimentos vultosos em material e tecnologia. Entretanto, a dimensão da abordagem que envolve o atendimento da mulher na consulta ginecológica deve ser considerada de grande importância, uma vez que envolve os tabus, preconceitos, os mitos em relação ao exame ginecológico.

Levando-se em consideração os aspectos mencionados, é nossa afirmação que um programa de prevenção do câncer ginecológico será funcional somente quando as mulheres tiverem compreensão sobre a necessidade e a importância do controle do câncer ginecológico.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo identificar a distribuição da periodicidade os motivos da mulher para a realização da consulta ginecológica e o nível de conhecimento da mulher sobre as medidas de prevenção do câncer do colo do útero, após a consulta.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em um serviço de prevenção ao câncer ginecológico (SPCG) no interior do Estado do Ceará.

Foram abordadas para a pesquisa 200 mulheres, o que representou 17% do atendimento/ mês,\* com 59 casos de recusa à entrevista, constituindo nossa amostra 141 participantes.

A coleta de dados foi realizada no período de 16 de abril a 31 de maio de 1999, utilizando para coleta de dados um formulário com duas partes. A primeira, com idade e perfil sociocultural e a segunda, composta das seguintes questões norteadoras: Qual a periodicidade das consultas ginecológicas? Que motivação para a busca a consulta? Qual o nível de conhecimento sobre a prevenção ao câncer de colo de útero.

Foi respeitada a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda preceitos para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

Na apresentação dos resultados, quanto ao grau de conhecimento acerca das medidas profiláticas em relação ao câncer de colo de útero, as mulheres incluídas no grupo das que "sabem" foram aquelas que citaram uma ou mais medidas corretas. No grupo das que "não sabem", foram incluídas aquelas que nada responderam ou citaram medidas incorretas.

A análise dos dados foi realizada através de média aritmética e percentagens apresentadas em tabelas e gráficos.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 1 Caracterização do perfil da clientela

Das 141 mulheres que participaram deste estudo, 78 (55,3%) eram casadas, 45 (31,9%) solteiras, 12 (8,5%) separadas e 6 (4,2%) viúvas.

\* (o equivalente a 800 mulheres/ mês no SPCG, (Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico).

Quanto à idade, a média foi de (29,4%) de 14 – 60 anos, (ver gráfico 1), faixa- etária- alvo enquadrada pelo Ministério da Saúde, que estabelece entre 25 a 60 anos, o período para realização do exame de Papanicolau. (3-4)

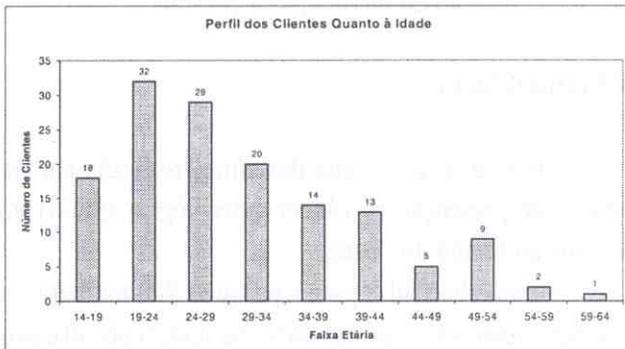


GRÁFICO 1- DISTRIBUIÇÃO DOS CLIENTES QUANTO À IDADE, FORTALEZA-CEARÁ, 1999.

A prevenção começa a salvar maior nº de vidas quando realizada em mulheres a partir dos 40 anos. Se um único controle fosse possível, seu efeito protetor maior teria se concretizado entre 35 e 40 anos, porém quando analisamos a idade das participantes do estudo, verificamos que dois picos ocorrem (ver gráfico 1): o primeiro é maior situado na faixa de 19 a 24 anos, e o segundo, um pouco menor, entre os 24 e 29 anos. Observamos, também, que a partir da faixa de 24 a 29 anos, há uma diminuição progressiva do número de mulheres até os 40 anos, deixando descoberta uma clientela que está no ápice de risco. (5,6,4,7)

Em relação ao nível de escolaridade, 11 (7,8%) eram analfabetas, 97 (68,8%), não completaram o ensino fundamental, 16 (11,3%) concluíram o ensino fundamental, 1 (0,7%) tinham ensino médio incompleto, 13 (9,2%) concluíram o ensino médio e 3 (2,1%) tinham nível superior. Destacamos o baixo índice de escolaridade como um fator impeditivo para um melhor desenvolvimento das ações de saúde.

Quanto à atividade profissional, 102 (72,3%) dedicavam-se às prendas do lar. Das 39 (27,6%) que trabalhavam, 10 (7,0%) eram empregadas domésticas, 9 (6,3%) operárias e as 20 (14,1%) restantes atuavam como empregadas do comércio, vendedoras autônomas e pequenas comerciantes – proprietárias.

A renda familiar era maior do que um salário para 36 (25,5%) mulheres, entre 1 e 2 salários para 72 (51,1%), entre 2 e 4 salários para 22 (15,6%) entre 4 e 6 para 7

(4,9%), e somente 4 (2,8%) tinham renda familiar maior do que 6 salários, caracterizando a clientela do serviço de prevenção com perfil social de carência material e intelectual.

## 2 Distribuição da periodicidade das consultas

As clientes tinham, em média, realizado 2,6 (1-20) consultas no serviço de prevenção do Programa de Assistência à Mulher (PAM), 65 (46,0%) estavam em sua primeira consulta, 38 (26,7%) na segunda consulta, 15 (10,6%) na terceira consulta, 7 (5,0%) na quarta, 3 (2,1%) na quinta e 13 (9,2%) já tinham comparecido a mais de 5 consultas. Para 22 (15,6%) a consulta no PAM estava sendo a primeira na vida. Destacamos que, 119 (84,4% das mulheres) haviam realizado mais de 1 consulta na vida, seja no PAM, seja em outro serviço de prevenção. Foi pesquisado o intervalo que estas 119 (100%) mantinham entre as consultas (figura 2).

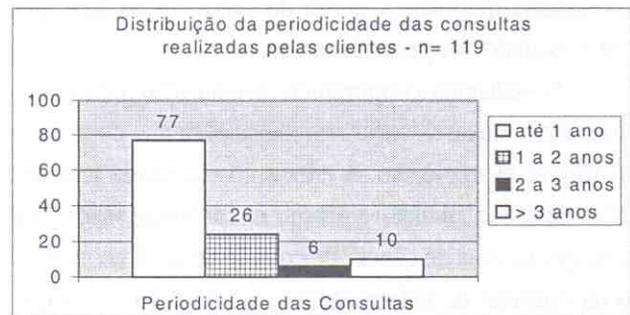


GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA PERIODICIDADE DAS CONSULTAS REALIZADAS PELAS CLIENTES, N= 119, FORTALEZA-CEARÁ, 1999.

Ao observar o intervalo entre as consultas das 119 mulheres que haviam realizado pelo menos 2 consultas em serviço de prevenção, constatamos que 77 (64,7%) mantinham intervalo de até 1 ano, 26 (21,8%) entre 1 e 2 anos, 6 (5,0%) até 3 anos; apenas 10 (8,4%) mantinham intervalo superior a 3 anos ficando demonstrado que a maioria mantém a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. Deve-se a isto o fato da motivação pela consulta ser queixa clínica e não a necessidade de prevenção (Tabela 1).

## 2 Natureza das ações de acordo com a motivação para a consulta ginecológica

O primeiro motivo que mais sobressaiu, com 80 citações, foi a queixa ginecológica (corrimento vaginal, pru-

rido, nódulo mamário,) seguida da busca de anticoncepcionais (AC), prevenção do câncer e pré-natal, (ver tabela 1).

A procura maior ao ginecologista foi devido a eventos como : gravidez, necessidade de métodos contraceptivos e tratamento de leucorréias, <sup>(4)</sup> indo de encontro com os achados de nosso estudo.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM AS MOTIVAÇÕES PARA CONSULTA.

MOTIVAÇÕES	FA	%
QUEIXAS	80	56,7
BUSCA AC	36	25,5
PREVENÇÃO DO CÂNCER	20	14,2
PRÉ-NATAL	5	3,6
TOTAL	141	100

AC = Anticoncepcionais

Entre as queixas ginecológicas mais comuns encontram-se a dor pélvica (n= 36) e o prurido associado a corrimento vaginal (n= 27). As demais queixas eram nódulo mamário (n=4), amenorréia (n=13).

O segundo motivo ficou caracterizado com 36 (25,5%) buscavam métodos anticoncepcionais, destas 36 (100%), 24 (66,7%) buscavam a pílula, 7 (19,4%) iriam colocar o DIU e 5 (13,9%) desejavam o preservativo masculino (condom).

Cabendo o terceiro motivo a prevenção com apenas 20 (14,1%) das que compareceram ao serviço de prevenção com o intuito de se prevenir contra o câncer ginecológico.

O quarto motivo, apresentado por 5 mulheres (3,5%) diz respeito a consulta de prevenção como parte da consulta ginecológica, estudos semelhantes como o nosso mostram essa mesma realidade. <sup>(8-4)</sup>

Esta caracterização deve-se à obrigatoriedade de passarem pelo Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico, como pré-requisito para inscrição no Programa de Planejamento Familiar. Inegavelmente, estes aspectos envolvidos são reflexo do tipo de abordagem que o profissional realiza durante a consulta ginecológica, faltando à mulher conhecimento para desenvolver uma reflexão crítica de educação para a sua saúde.

#### 4 Nível de conhecimento quanto às medidas de prevenção do câncer do colo uterino

Quando as mulheres foram indagadas a citar as medidas de profilaxia contra o câncer de colo uterino, 97 (68,8%) não sabiam o que responder.

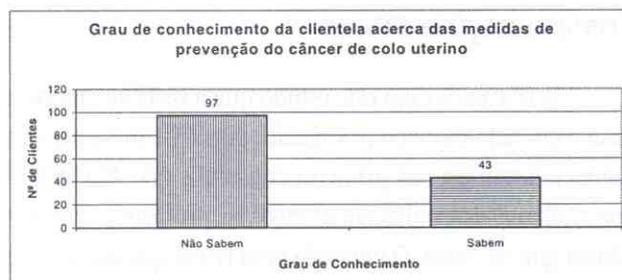


GRÁFICO 3 – GRAU DE CONHECIMENTO DA CLIENTELA ACERCA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO, FORTALEZA-CEARÁ, 1999.

Destaca-se que 97 (68,8%) não sabiam o que responder. O “exame de citologia” é citado por 37 (26,2%) “diminuição das relações sexuais e evitar promiscuidade” por 5 (3,5%) “cuidar das inflamações vaginais” por 3 (2,1%), e “asseio vaginal por 3 (2,1%). É citado 1 (0,7%), vez cada medida a seguir:” uso de camisinha”, “não transar menstruada”, “não andar descalça em terreno quente”. O total de citações é maior do que 141 (100%), porque 5 (3,5%) mulheres citaram mais de uma medida.

A medida de prevenção do câncer cérvico – uterino são desconhecidas por 70 (49,6%) participantes, observa-se que as doenças sexualmente transmissíveis, um dos principais fatores de risco para esta doença, só foram citadas por 3,5% das mulheres e o uso de camisinha por 0,7%, mesmo no transcorrer dos tempos atuais quando a incidência da síndrome de imunodeficiência adquirida assume na população feminina proporção que a caracterizam como preocupante problema de saúde pública.

Considerando-se também que a infecção pelo Papiloma vírus Humano (HPV) representa o principal fator de risco para o câncer de colo do útero. <sup>(9-10)</sup> As mulheres chegam aos serviços de prevenção com câncer invasivo, sendo identificado o conhecimento inadequado do exame de Papanicolau. <sup>(4)</sup>

Diante desses fatos compreendemos que o ato de prestar cuidado a alguém, sofre influência da visão de mundo daquele que cuida, pois, o cuidado sofre influência da individualidade do ser e de suas necessidades. O cuidado implica necessariamente o estímulo ao auto cuidado para melhor adaptação à situação de doença e manutenção em situação de saúde, visando o bem-estar do indivíduo. <sup>(11)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos com este estudo que a visita ao ginecologista é um hábito pouco priorizado, pois 65 (46%) das mulheres estavam em sua primeira consulta e que 97 (68,8%) das mulheres desconhecem as medidas profiláticas contra o câncer ginecológico. O intervalo para realização da consulta de até um ano foi respeitado por 26 (21,8%) delas.

O principal motivo para realização da consulta foi as queixas ginecológicas (dor pélvica, prurido e corrimento vaginal).

Sabendo-se da importância em lidar com a prevenção do câncer ginecológico, é que devemos desenvolver junto a estas mulheres a educação em saúde. O profissional deve valorizar o momento da consulta ginecológica, não se restringir apenas à resolução de queixas imediatas e ter por meta intensificar as medidas preventivas no que concerne as campanhas educativas e as propagandas veiculadas pela mídia.

A comunicação entre o profissional/cliente deve ser valorizada, possibilitando a conquista de idéias e pensamentos, favorecendo o esclarecimento da população ao avanço dessa doença.

Consideramos que os mitos e os tabus em torno do exame são fatores que dificultam a adesão a esse tratamento. Os gestos, postura e expressões faciais das mulheres durante a consulta são essenciais para determinar a abordagem durante o exame, identificando eventuais entraves de nível psicológico que possam surgir.

A possibilidade de intervenção que abrange estas questões necessita ser contemplada nos serviços de prevenção do câncer ginecológico, o cuidar envolve as ações de conhecimento, habilidade e atitude pelo profissional, elementos essenciais para a promoção de conhecimento e mudanças de atitude por parte das mulheres em relação à prevenção do câncer ginecológico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde(BR). Instituto Nacional do Cancer/Comprev. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2002. Rio de Janeiro, 2003.
2. Diógenes MAR. et al. Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica: aspectos éticos e legais. Fortaleza: Pouchain Ramos; 2001.
3. Instituto Nacional de Câncer(BR). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer. Normas e manuais técnicos. Rio de Janeiro: 1999.
4. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. Cad. Saúde Pública 2001 jul/ago; 17(4):909-14.
5. Fletcher A. Screening for cancer of the cervix in elderly women. Lancet 1990; 335: 97.
6. Zeferino LC. et al. Prevenção do câncer do colo uterino: importância da faixa etária e da periodicidade dos controles. Rev Ginecol Obstétr 1992; 3 (1):5-11.
7. Pinho AA, França Junior, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2003 jan/mar; 3(1): 95-112.
8. Pinotti JA. et al. Controle do câncer cervical no Brasil. Rev Ginecol Obstetr 1994; 5(1):5-10.
9. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. Rev Bras Cancerol 2003; 49(4): 209-14.
10. Atalah Samur E, Urteaga R C, Rebolledo Acevedo A, Villegas R R, Medina Lois E, Csendes Juhasz A. Alimentacion, tabaquismo e historia reproductiva como factores de riesgo del cáncer de cuello del útero. Rev Med. Chile 2003 jun; 129(6):597-603.
11. Fialho AVM, Pagliuca LMF. Mulher portadora de câncer: diagnóstico de enfermagem à luz da teoria do autocuidado de OREM. Rev RENE 2000 jan/jun; 1(1):46-50.

RECEBIDO: 18/02/2003

ACEITO: 14/06/2004