

EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO^a

Cilene Nunes Dantas^b

Bertha Cruz Enders^c

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador^d

Resumo

O câncer cérvico-uterino é um grave problema de saúde pública, que atinge a população feminina, apesar de ser uma patologia prevenível quando detectada inicialmente nas ações integrais realizadas junto à mulher pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro. O objetivo do estudo foi descrever a experiência da enfermeira, ao realizar a consulta de enfermagem, na prevenção do câncer do colo uterino, segundo os preceitos da Teoria de Enfermagem Humanística. Pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento convergente-assistencial, realizada com oito mulheres atendidas em um serviço de saúde para o exame preventivo. Dados foram colhidos sobre a experiência da enfermeira na busca do diálogo vivido, elemento guia para a consulta com as mulheres. Foram identificados problemas relacionados à precária situação socioeconômica e de vida das mulheres, a falta de conhecimento sobre o câncer de colo uterino e as dificuldades da enfermeira em estabelecer a interação dialógica para discutir o autoconhecimento e a sexualidade. O estudo mostra a possibilidade de realizar a consulta ginecológica pautada no diálogo aberto entre a enfermeira e a mulher, mas ressalta a necessidade do autoconhecimento do profissional para efetivar o encontro em direção ao estar melhor da mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino e no viver de sua sexualidade.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Prevenção do câncer do colo uterino.

^a Extraído da dissertação de mestrado intitulada "A Consulta de Enfermagem à Luz da Teoria de Paterson e Zderad: Avaliação do Significado para as Mulheres na Prevenção do Câncer do Colo do Útero", de Cilene Nunes Dantas, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 2004.

^b Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Professora da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do RN (FACEX).

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFRN. bertha@ufrnet.br.

^d Acadêmica de Enfermagem do VIII Eixo Temático: Gerência e Cuidado de Enfermagem na Rede Hospitalar de Saúde da FACEX. petalatuani@hotmail.com

Endereço para correspondência: Rua Cerejeira, n.º 122, Nova Parnamirim, Parnamirim, Rio Grande do Norte. CEP: 59152-230. cilenenunesdantas@bol.com.br

Abstract

Uterine cervical cancer is a serious public health problem that affects the female population, despite being a preventable disease when first detected in the full shares held by the women by health professionals, especially nurses. The objective of the study was to describe the nurse's experience in conducting the appointment for the prevention of cervical cancer according to the precepts of the Humanistic Nursing Theory. A qualitative study with a convergent-care design was conducted with eight nurses that sought care in a health service for the prevention of cervical cancer. Data about the nurse's search for the lived dialogue, basic guide for Humanistic Nursing during the encounter in the nursing appointment, were collected and described as the nurse's experience. The socioeconomic and life problems, and the lack of knowledge about cervical cancer, were identified, as well as the nurse's difficulty in establishing an open dialogue of sexuality issues. The study asserts to the viability of the nursing appointment based on the open dialogue and to the need for the practitioner's self-knowledge that will enable the search for the woman's sexual well being during the nursing appointment.

Key words: Nursing theory. Nursing care. Cervix neoplasms prevention.

LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER
DE CUELLO UTERINO

Resumen

El cáncer cuello-uterino es un problema grave de salud pública, que afecta a la población femenina, a pesar de ser una enfermedad prevenible, cuando es detectada por primera vez en las acciones integrales destinadas a las mujeres por los profesionales de la salud, especialmente por los profesionales de enfermería. El objetivo del estudio fue describir la experiencia de estos profesionales de salud al realizar, en enfermería, la consulta de prevención del cáncer de cuello uterino, de acuerdo con los preceptos de la Teoría de enfermería Humanística. Investigación de carácter cualitativo con enfoque convergente-asistencial, llevada a cabo con ocho mujeres atendidas en un centro de salud para el examen preventivo. Los datos fueron recolectados a partir de la experiencia de las enfermeras en la búsqueda del diálogo vivido, elemento que sirvió de guía para la consulta con las mujeres. Fueron identificados problemas relacionados a la precaria situación socioeconómica y

la vida de las mujeres, la falta de conocimiento sobre el cáncer del cuello uterino y las dificultades de la enfermera en establecer la interacción dialógica para la discusión sobre el autoconocimiento y la sexualidad. El estudio revela la posibilidad de poder realizar una consulta ginecológica pautada en el diálogo abierto entre la enfermera y la paciente, pero hace hincapié en la necesidad del autoconocimiento del profesional para hacer efectivo el encuentro orientado al bienestar de la mujer en la prevención del cáncer de cuello uterino y al hecho de no vivir su sexualidad.

Palabras-clave: Teoría de enfermería. Cuidados en enfermería. Prevención de cáncer de cuello uterino.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher, ao longo da história brasileira, vem sendo alvo das políticas de saúde em vários programas direcionados à atenção desse grupo populacional. Dentre eles, cabe ressaltar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU) e o Programa Viva Mulher, criados em 1997, no intuito de reverter os índices de morbimortalidade e as suas repercussões físicas, psíquicas e sociais nas mulheres.¹ Essa base ampliou-se em 2004, com o início da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), que consolidou as ações para redução dos índices relacionados a doenças evitáveis nessa população, entre elas o câncer do colo uterino.^{2,3}

O câncer do colo do útero é uma doença grave que atinge a população feminina em idade fértil. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa para o ano 2010 era de 18.430 casos novos do câncer cérvico-uterino e um risco estimado de 18 casos por 100 mil mulheres.⁴ Ele pode ser detectado precocemente por meio de um exame tecnicamente simples e de baixo custo, o citopatológico, conhecido como Papanicolau ou simplesmente como “preventivo”. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a prevenção do câncer do colo uterino engloba uma ação preventiva integral junto à mulher e inclui a coleta da citologia oncológica e orientações sobre sua realização.⁵

Apesar da reconhecida importância desse exame, estudos mostram a falta de adesão pelas mulheres devido a diversos fatores, tais como o desconhecimento do próprio corpo e do exame, dificuldade de acesso e outros motivos de ordem pessoal, bem como os mitos e tabus que envolvem a citologia, a exposição do corpo e a manipulação da genitália feminina.⁶⁻⁸

Nesse sentido, vale ressaltar que o MS refere que a prevenção do câncer do colo uterino, na atenção integral à mulher, é uma prática do profissional enfermeiro, ao especificar que cabe a esse trabalhador “[...] realizar a consulta de enfermagem, o exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão”.^{2:21}

Há de se considerar também que a consulta de enfermagem, como meio para realizar essa prática, constitui um instrumento de trabalho próprio da enfermagem. Embora existindo desde os anos de 1920, quando era denominada de entrevista pós-clínica, por se tratar de um procedimento delegado pela equipe médica à enfermeira, a título de complementação, o termo “consulta de enfermagem” surgiu no Brasil na década de 1960.⁹ Ela se tornou uma das atividades-fim da enfermeira, com a promulgação da Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 –, que dispõe sobre a consulta de enfermagem como ação privativa do profissional Enfermeiro.

Dessa forma, a implantação da consulta de enfermagem nas instituições brasileiras consolidou o trabalho da enfermeira, na medida em que se constituiu em um meio para alcançar uma assistência de maior qualidade e mais humanizada. É referida como um encontro entre o enfermeiro e o usuário, no qual se estabelecem o diálogo e o vínculo entre ambos. Assim, acredita-se que, nesse âmbito relacional, realiza-se o cuidado de forma transformadora, distanciando-se do mecanicismo e tecnicismo, e colocando-se em prática um modelo de assistência compreensivo, de respeito, sensibilidade e solidariedade.¹⁰ Cabe destacar que a consulta de enfermagem, além de ser uma das principais ações desenvolvidas pela enfermeira para atingir os objetivos da instituição e dos clientes, é também um espaço importante para a atuação dessa profissional e, conseqüentemente, contribui para a melhoria da saúde da população. Adicionalmente, é uma oportunidade para a enfermeira exercer sua autonomia profissional no que tange à promoção e proteção da saúde, quando, junto ao cliente e de forma sistematizada, identifica os problemas e procura soluções.¹⁰

Quando realizada na perspectiva humanística, a consulta é vista como uma ação direcionada a promover as interações entre o cliente, o profissional e o ambiente, porque oportuniza o contato com o ser humano, para o desvelo, a compreensão, a descoberta, a escuta, a observação e a tomada de decisão. Desse modo, a consulta é o momento oportuno para a intervenção de enfermagem na atenção integral à mulher, contribuindo para a conscientização das ações preventivas e a adesão a esse comportamento, bem como para uma discussão espontânea e sensível sobre seu bem-estar sexual.

Alguns estudos, no entanto, revelam que a consulta de enfermagem no preventivo, de forma geral, concentra-se na realização do exame e nas informações rotineiras, em vez de focalizar na escuta, na comunicação e nas necessidades da mulher.^{11,12} Ressalta-se, assim, a importância de uma abordagem metodológica que priorize a escuta e o diálogo. Considera-se que, estabelecido o vínculo afetivo, a empatia e o envolvimento entre a enfermeira e a mulher, elementos essenciais dessa relação, o profissional terá melhores condições de identificar as necessidades e estimular o entendimento da sexualidade e o autoconhecimento.

Nesse sentido, a Teoria Humanística de Enfermagem¹³ apresenta-se como o melhor caminho para a compreensão das experiências/vivências da interação entre a enfermeira e as mulheres, relacionadas à prevenção do câncer de colo de útero. Conhecida como a teoria humanística, por focalizar os princípios fenomenológicos na relação entre o enfermeiro e a mulher, no diálogo e no encontro, esse referencial é sugerido para orientar a prática desse profissional no que se refere às questões de sexualidade da mulher e de suas necessidades.

Nessa abordagem teórica, a enfermagem é vista como um processo fenomenológico em que há um chamado e uma resposta de cuidado entre duas pessoas, num momento de necessidade, em que se busca o bem-estar e o estar melhor; é um diálogo vivido, em que a enfermeira e o ser cuidado se relacionam de forma criativa, por meio do diálogo e do estar-presente. Há um encontro, no qual há uma relação sujeito-objeto em que é possível adquirir-se certo conhecimento sobre a pessoa; há relacionamento intersubjetivo, isto é, sujeito-sujeito, tornando-se possível o conhecimento de uma pessoa em sua individualidade; ambas as relações são essenciais ao processo clínico e constituem-se em elementos integrantes da Enfermagem Humanista.¹³ As fases desse processo são: preparação da enfermeira com conhecimento para que possa conhecer; conhecimento intuitivo sobre o outro; conhecimento científico sobre o outro; comparação e síntese das múltiplas realidades conhecidas até chegar a uma visão mais ampliada; e sequência, no íntimo da enfermeira, ao considerar a relação em múltiplas referências, expandindo sua própria visão em direção a um todo coerente.

A investigação da consulta de enfermagem no contexto do serviço de prevenção de câncer do colo do útero, nessa perspectiva da enfermagem humanística, é considerada relevante por várias razões. A primeira diz respeito a sua importância para a prática do enfermeiro na promoção da saúde da mulher, além da avaliação da consulta de enfermagem como uma intervenção direcionada para a saúde da mulher e seus resultados, especialmente

na realização de orientações sobre o corpo e a sexualidade. A segunda razão refere-se à oportunidade que ela oferece para o profissional se conhecer melhor, na medida em que o enfermeiro reflete sobre as potencialidades que possui para uma discussão aberta, empática e transacional com a mulher, nas questões relativas à sexualidade.

A escassez de estudos que avaliem a consulta quanto às ações humanísticas realizadas durante a sua realização alertam para a necessidade de analisar a aplicação desses preceitos. Surge, assim, a necessidade de investigar a realização da consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino com esse embasamento.

O objetivo deste estudo foi descrever a consulta de enfermagem na prevenção do câncer do colo uterino fundamentada nos preceitos da Teoria Humanística de Enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado de acordo com a abordagem qualitativa e utilizou o delineamento de pesquisa convergente-assistencial, que articula a prática assistencial com o conhecimento teórico no processo de investigação em quatro passos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.¹⁴ Foi realizado no mês de outubro de 2004, em uma das quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de Pedro Avelino (RN), localizado a 152 km da capital, em pleno semiárido da região Nordeste. Sua população, em 2000, foi registrada em 8.006 habitantes, sendo 4.087 do sexo masculino e 3.919 do sexo feminino.¹⁵ Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2004, o número de mulheres de 10 a 49 anos era de 1.458.¹⁶

Constituíram a população do estudo 13 mulheres que buscaram a consulta de enfermagem para prevenção do câncer do colo uterino durante o período da investigação. Dessas, nove atenderam ao critério de ter realizado o preventivo anteriormente; uma recusou-se a participar. Dessa forma, oito mulheres tomaram parte do estudo.

Norteadas pela metodologia da Enfermagem Fenomenológica proposta pela Teoria Humanística de Enfermagem,¹³ a enfermeira pesquisadora realizou a consulta de enfermagem junto às mulheres no preventivo, buscando o diálogo aberto e a vivência do fenômeno durante a sua realização. A consulta constituiu a coleta de dados para reflexão e análise.

As mulheres foram abordadas na sala de espera e convidadas a participar do estudo. Explicou-se que a pesquisa envolvia sua participação voluntária na consulta de enfermagem em que se realizaria o exame preventivo e na discussão sobre a saúde e a

vida como mulher; que elas poderiam desistir de participar a qualquer momento e, caso se recusassem, seriam atendidas no exame preventivo como de costume. As mulheres que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A consulta foi realizada utilizando um roteiro elaborado com base na normatização do MS e da ficha de requisição do exame patológico utilizada em âmbito local. O roteiro contém o histórico gineco-obstétrico e de saúde da mulher, os procedimentos específicos do exame a ser realizado e as questões relacionadas ao exame e à vida sexual da mulher, devendo ser implementado na perspectiva dialógica da Teoria Humanística. Foram realizadas também observações complementares sobre a interação da mulher no momento do exame. A fase do diagnóstico foi elaborada com base nas necessidades expressas e pela reflexão da pesquisadora no confronto com o conhecimento científico teórico. A prescrição e avaliação realizaram-se na indicação para retorno.

A análise e síntese complementar do enfermeiro sobre a situação da mulher, do estar melhor com seu corpo e com o companheiro para viver melhor sua sexualidade, foi feita por meio do diálogo estabelecido com ela. Tentou-se, em todo esse processo, realizar a atividade de forma interacional, conforme os conceitos humanísticos, especialmente ao abordar questões íntimas da vida da mulher para propósitos de orientação. No intuito de manter o anonimato das mulheres, estas foram designadas por nomes da mitologia grega, para a sua identificação. Vale ressaltar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), Parecer nº. 70/04.

RESULTADOS

As oito mulheres participantes do estudo tinham em média 36 anos e possuíam renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo; possuíam nível educacional de ensino fundamental incompleto, sendo a maioria da religião católica; eram casadas ou se encontravam em união conjugal estável; tinham, em média, quatro filhos e registraram ter tido de um a 10 parceiros sexuais.

A consulta de enfermagem realizada com as mulheres individualmente é descrita a seguir, em forma de reflexão da enfermeira pesquisadora na busca pelo diálogo vivido.

Descrição 1 – Em busca do diálogo com Íris. Quando Íris chegou à sala para a consulta, encontrava-se ansiosa. Iniciamos com a coleta dos dados de identificação, objetivando estabelecer uma aproximação com ela, a despeito de já conhecê-la das visitas domiciliares realizadas pela equipe na zona rural e das consultas de enfermagem anteriores

na Unidade de Saúde da Família (USF). Visando manter o encontro, começamos o diálogo com as questões norteadoras relacionadas à prevenção, à sua vida e à sexualidade, contidas no roteiro da consulta de enfermagem. Com o intuito de estabelecer a interação e conhecê-la como mulher, mostrava-me, dentro do possível, mais aberta e receptiva às questões. Durante o encontro, porém, Íris colocou barreiras, não se mostrando interessada em expor sua intimidade, como ficou evidente ao responder à questão sobre a sua vida sexual: *I: É tudo bom, normal, não gosto de dizer, não; tenho vergonha [risos]; é bom.* Quando questionada sobre o preventivo: *I: Porque me levaram, todo mundo tinha ido, eu peguei e fui, e fiz o preventivo. / E: Então, você nem sabia o que estava fazendo? / I: Era, eu estava preocupada, pois estava doendo e menstruava duas vezes.* Acreditamos que o encontro com Íris ocorreu no nível sujeito-objeto, pois a mulher não percebeu a minha disponibilidade como enfermeira para o diálogo, e sim, visualizou-me como uma profissional com a função específica de coletar o preventivo.

Descrição 2 – Em busca do diálogo com Selene. Conhecia Selene das consultas anteriores, pois ela frequenta a unidade regularmente no nosso serviço. Nessa ocasião, mostrou-se receptiva e alegre desde o início da consulta, além de demonstrar um conhecimento prévio em relação à prevenção do câncer de colo e o relacionou com a questão de saúde. A despeito da minha disponibilidade, Selene respondeu aos questionamentos de forma concisa, pois, mesmo referindo sentimentos positivos em relação à realização do preventivo, o fez de forma restrita. Isso ficou evidenciado quando afirmou que o significado da prevenção é: *S: Prevenir o câncer, fazer o exame de 6 em 6 meses.* Da mesma forma, quando questionada acerca de como se sentiu durante o exame, ela respondeu: *S: A minha sensação foi ótima.* Porém, quando abordada em relação ao diálogo com o companheiro, ela expressou-se de forma ampla: *S: Conversamos sobre os filhos, sobre a relação; conversamos, assim, sobre a prevenção de doenças, sobre vir fazer o preventivo. Eu pergunto se ele sente alguma coisa e sobre doenças.* Contudo, quando questionada sobre como era a sua vida sexual com o marido, ela respondeu de forma pontual: *S: Boa.* O discurso de Selene reflete sua preocupação em responder citando aspectos considerados apropriados para o momento. Tal afirmativa faz pensar que Selene estava expressando o que ela pensava que eu queria escutar. Faço essa reflexão porque acredito que Selene, ao ser abordada sobre sua sexualidade ou sobre seu relacionamento, não conseguiu, ou mesmo não quis expressar sua intimidade para mim.

Descrição 3 – Em busca do diálogo com Atena. Ao entrar na sala, Atena demonstrou ansiedade e timidez, pelo seu modo de olhar e sentar. Além disso, mostrou-se fechada, respondendo as questões com frases curtas e sem aprofundamento. Creio que o diálogo não fluiu facilmente, já que sentimos barreiras durante a interação que não conseguimos derrubar. Cremos que Atena não permitiu que eu a conhecesse. Outrossim, ela pode não ter percebido a consulta como um espaço para o envolvimento mulher-enfermeira. Atena não conseguiu revelar-se pela vergonha em relação às questões mais íntimas do ser mulher. Isso fica evidente quando abordada em relação aos sentimentos que envolvem a realização do preventivo: *A: O que eu sinto? Sinto muita vergonha* [risos]. Atena, em suas falas, deixou evidente, quando foi abordada sobre o conhecimento de seu corpo, que o desconhece e, ao mesmo tempo, verbalizou que não tinha curiosidade.

Descrição 4 – Em busca do diálogo com Penélope. Apesar de apresentar-se ansiosa, Penélope mostrou-se aberta ao diálogo, sendo possível o encontro, momento em que a enfermeira e a mulher conseguiram instituir uma intimidade. Ambas estavam disponíveis para o diálogo vivido. Na fala a seguir, Penélope expressa seu relacionamento com o seu companheiro: *P: Eu sinto falta de carinho e não de relação. Eu sinto vontade de três em três dias, de dois em dois dias, entendeu? O que eu sinto falta é de uma palavra de conforto, de me tocar, entendeu? Sem ter que ter relação... de conversar, de fazer dar certo aquilo ali. Ele não conversa. Ele deita, transa, vira para o lado e vai dormir. Aí eu fico rolando na cama! ...não faz um carinho, não conversa, entendeu?* Esse discurso diz respeito ao relacionamento de Penélope com seu companheiro no que tange a sua vida sexual. Verifiquei que aquela mulher percebeu que a consulta foi um espaço para o diálogo, pois ela conseguiu expor seus sentimentos. Penélope referiu que seu parceiro não a realizava como mulher, não lhe proporcionava o prazer. Questionei por que a relação não ocorria de outra forma e ela revelou que ele era mais velho e, por isso, muitas vezes, ela não conseguia satisfazer-se, mas que continuaria com ele pelo medo da solidão. Em determinado momento, Penélope solicitou uma orientação sobre o que deveria fazer. Nessa ocasião, refleti sobre as recomendações de Paterson e Zderad acerca da reserva profissional. Por isso, não teci orientação a respeito, procurando ressaltar que qualquer mudança na sua relação deveria ser bem pensada quanto a sua importância e necessidade. Penélope demonstrou, em suas falas, certo conhecimento sobre seu corpo: *P: Eu gosto de me olhar, porque às vezes, na vagina da gente, tem algum caroço, algum negocinho assim. Me olho logo para saber se tem algo, se é um caroço, mancha, entendeu?* Acredito que foi possível o encontro sujeito-sujeito com Penélope, pois conseguimos dialogar e expor nossas ideias.

Descrição 5 – Em busca do diálogo com Geia. Ao entrar na sala, Geia demonstrou desinteresse em relação ao diálogo, respondendo as questões de forma sucinta. Apesar de ser professora, tinha dificuldade em expressar seu pensamento. Isso ficou evidente nas pausas e nas risadas ao longo de suas falas, que expressaram ansiedade, principalmente no início, quando foi abordada em relação à prevenção, respondendo que não sabia nada e nunca tinha realizado o preventivo: G: [pausa], *sei lá* [risos]. *Não sei não*. Nesse momento, expliquei como ocorria o procedimento. Pensei, portanto, que Geia não queria expor-se por medo ou mesmo por nunca ter sido abordada com relação à temática. Ao longo da consulta, procurei interagir com Geia para que houvesse o encontro. Acredito, porém, que sua visão estivesse voltada exclusivamente para o cuidado de enfermagem, percebido por Geia como a realização do exame citopatológico.

Descrição 6 – Em busca do diálogo com Afrodite. Afrodite veio à consulta de enfermagem encaminhada pela médica, porque possuía um nódulo na mama, motivo pelo qual estava ansiosa e com medo do câncer. Assim expressou-se, quando questionada acerca de sua vida: A: *Porque às vezes eu fico pensando assim muita coisa na minha cabeça, tipo assim uma doença, entendeu? Às vezes eu fico com medo que uma mama minha, Ave Maria!, tenha aquela doença*. A despeito do medo e da ansiedade em relação ao nódulo na mama, foi possível dialogar com Afrodite ao longo da consulta, pois ela encontrava-se aberta e percebeu que eu estava disponível também. Penso que o diálogo fluiu e que consegui estabelecer um relacionamento sujeito-sujeito com Afrodite, já que ela verbalizou sua intimidade e seus sentimentos. Relato o discurso com relação a sua intimidade: A: [risos] *Aí, é difícil, viu. Sabe, porque ele é homem carinhoso; eu tenho experiência, porque já fui mulher de três homens. Ele faz carinho; por isso que eu digo, é mais tranquilo*. Acredito que o diálogo fluiu naturalmente numa reflexão sobre a sexualidade, já que ambas estávamos abertas e sem medo de expor nossos sentimentos.

Descrição 7 – Em busca do diálogo com Pandora. Inicialmente, Pandora mostrou-se aberta, receptiva e alegre, sendo possível uma aproximação, facilitando o diálogo, para que fluísse tranquilamente, em especial quando foi abordada sobre a realização do preventivo, que, anteriormente, tinha realizado sem saber seu significado, como informou na consulta. Desde que foi orientada na UBS, referiu que começou a compreender sua importância, e sua ansiedade diminuiu: P: *Não. Eu ouvi falar aqui. Eu fazia o preventivo, mas ninguém sabia. Abria as pernas e fazia, ninguém explicava nada. Graças a Deus. Para mim é*

saúde, de não pegar doença e problema maior. Antes ficava nervosa, hoje é tranquilo. Esse discurso demonstra que é possível estar com o outro desde que as duas pessoas se encontrem reciprocamente abertas para o diálogo. Percebi que, apesar da alegria de Pandora, ela enfrentava dificuldades de vida e socioeconômicas, ao referir: *P: Ser mulher, para mim, tem hora que é duro [risos]. Tem que aguentar marido, filhos, problemas, né... a dificuldade sem trabalho.* Assim, devemos, como profissionais, buscar outros conceitos de saúde que vão além da doença, abrangendo questões sociais, econômicas, dentre outras. Acredito que Pandora tenha meios para melhorar sua situação de vida, já que é uma agricultora.

Descrição 8 – Em busca do diálogo com Vênus. Apesar de Vênus frequentar a unidade e ser acompanhada por mim, ela mostrou-se pouco à vontade e diria até mesmo sem disponibilidade para instituir o diálogo. Pela aproximação que temos, porém, foi-lhe possível falar de seus sentimentos sobre a realização do preventivo: *V: Ah, de novo! ai meu Deus! Eu fico nervosa, tenho medo, um pouquinho de vergonha, mas já acostumei com você.* Mesmo tendo experiências anteriores em relação ao procedimento e ter recebido orientações a respeito, Vênus demonstrou medo e vergonha em seu discurso; parecia incomodada em falar. Com relação à sua intimidade com seu companheiro, respondeu apenas que era boa. Referiu não conhecer seu corpo porque nunca se olhava. Pela dificuldade em instituir o diálogo com Vênus, não trago mais falas, pois não contribuíram para que ela demonstrasse se conhecer bem como mulher. Acredito que, a despeito de a interação ter sido limitada, ela pôde iniciar um processo de reflexão a respeito da sua sexualidade.

Os diagnósticos de enfermagem identificados nas consultas foram: desconhecimento sobre o câncer de colo do útero relacionado com a falta de orientação acerca do tema; dificuldade socioeconômica relacionada com o contexto sociocultural de origem; dificuldade de interação relacionada com a inexperiência em colocar-se como mulher; e dificuldade de expressar a sexualidade relacionada com a timidez.

Em síntese, observou-se que a experiência da consulta de enfermagem pautada na Teoria Humanística de Enfermagem foi realizada de forma presencial e com disponibilidade para o diálogo. Contudo, a interação foi limitada, na maioria dos encontros, em razão da indisponibilidade das mulheres em discutir assuntos relacionados a suas vidas.

DISCUSSÃO

Os diagnósticos identificados como resultados das consultas de enfermagem realizadas nesta experiência refletem algumas deficiências na relação estabelecida entre a

enfermeira e as mulheres. Houve dificuldade na realização do diálogo vivido na maioria dos encontros entre esses dois atores. Ao abrir a discussão para além das questões específicas do exame, a enfermeira vivenciou dificuldade em conseguir que as mulheres discutissem os aspectos de autoconhecimento e as questões relacionadas à sexualidade que poderiam ser abordadas numa perspectiva de atenção integral e promoção da saúde. As mulheres, em geral, limitaram-se a discutir os aspectos do exame e retraíram-se, impondo barreiras quando se levantavam questões da intimidade feminina no exame preventivo em si e na vida sexual.

Acredita-se que esses resultados relacionem-se a vários fatores, tais como: timidez da mulher perante os procedimentos que envolvem as partes íntimas, ocasionada pela vergonha de mostrar o corpo, aspectos culturais relativos à posição social da mulher e limitações de autoconhecimento do profissional para tratar a sexualidade de forma aberta, segura e hábil, durante a consulta.

Com relação à timidez, há de se considerar que a consulta de enfermagem para o exame preventivo e as orientações que formam parte desse serviço envolvem as partes íntimas da mulher – os seios, a vagina e o útero – bem como temas de natureza sexual. A ausência das mulheres nesse diálogo franco e aberto reflete o tabu acerca do comportamento sexual que existe na vida delas. A esse respeito, estudos mostram que a vergonha, especialmente com relação à exposição da genitália, é um dos motivos para a mulher não realizar o exame preventivo, bem como constitui o fator que traz constrangimento à mulher quando ela se submete ao exame.^{13,18,19}

Além disso, conhecer a anatomia do próprio corpo ainda é um desafio para muitas mulheres, como demonstrado pelas participantes neste estudo. Alguns autores explicam esse fenômeno pela identificação do corpo como âncora conceitual da definição histórica do gênero feminino, em que a repressão da sexualidade foi entendida como uma forma de controlar a reprodução biológica.²⁰ Contudo, esse desconhecimento de seus corpos traz profundas consequências para a identidade e autoestima das mulheres.¹⁸

Por outro lado, a sexualidade está ligada aos valores e comportamentos aceitos em uma estrutura cultural. Dessa forma, as normas culturais na sociedade e, portanto, no setor de saúde, colocam a atividade sexual como algo vergonhoso e não falado, influenciando na ausência de uma conversa sensível com a mulher.

Tais considerações, portanto, sugerem que a restrição demonstrada pelas mulheres na discussão de sua vida sexual, neste estudo, estaria relacionada às normas sociais que seu ambiente cultural impõe-lhes. As respostas concisas e curtas da maioria das mulheres

do estudo, quando questionadas acerca de sua sexualidade, bem como a recusa de falar sobre o assunto, sugere o medo de expor a intimidade, o que foi expressado pela timidez.

Nesse sentido, a enfermeira necessita aplicar todos os instrumentos de comunicação disponíveis para efetivar o diálogo preciso para uma consulta com enfoque na atenção integral da mulher,¹³ tendo em vista que a consulta de enfermagem, acima de tudo, constitui um espaço de educação em saúde, em que o usuário é convidado a protagonizar tais momentos. Assim, em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde.²¹

As limitações da pesquisadora acerca desse tipo de relacionamento nas consultas anteriores realizadas no serviço alertam para a importância de aprofundar a capacitação na Enfermagem Humanística, pois é pela comunicação que as transformações ocorrem nos momentos da vida do ser humano, ao construir sua história.² No caso do enfermeiro, essas transformações ocorrem principalmente no atendimento das necessidades da mulher durante a consulta de enfermagem.

Entende-se ainda que, para compreender o outro, torna-se necessário que os enfermeiros se desnudem de preconceitos de gênero e atuem numa perspectiva mais humanística, resgatando a experiência e o saber das mulheres que assistem. Para isso ocorrer, deve haver uma orientação e capacitação dos profissionais de saúde que enfatizem a subjetividade feminina e o apoio de profissionais como sexólogos, psicólogos, dentre outros, para embasar as discussões relativas ao ser mulher e, dessa forma, trabalhar as situações que exigem certo conhecimento da área, como casos de orientação sexual.

Compreende-se que o olhar da consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino seja um encontro dialógico que promove o estar-melhor e o bem-estar da mulher para além do exame preventivo, amplia o conhecimento teórico e instrumental para a promoção da saúde integral dessa população. A consulta de enfermagem, nessa perspectiva, oferece uma oportunidade para o enfermeiro vivenciar o encontro com o ser cuidado, de forma consciente e reflexiva de seu próprio conhecimento e sentir.

REFERÊNCIAS

1. Rosenstein Junior R. Prevenção e intervenção precoce nas lesões precursoras do câncer de colo de útero. *Divulgação em saúde para debate*. 2003;6:76-83.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília; 2006.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010 – Incidência do câncer no Brasil, 2010. Extraído de [<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>], acesso em [27 de setembro de 2010].
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de controle do tabagismo. Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro; 2000.
6. Pinho AA. Fatores associados à realização do Teste de Papanicolau entre mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
7. Slomp FM. Melhora quantitativa dos preventivos de câncer uterino colhidos nos domicílios no Programa Saúde da Família Guarapuava (PR) [Monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2000.
8. Peretti SM, Biancardi C, Campos DA, Avancini ECM, Moreno CN, Vancine SMC. Prevenção de câncer de colo uterino. Rev Bras Med. 2001;58 (9):697-700.
9. Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1996.
10. Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Westphalen MEA, Carraro TE. Metodologia para a assistência de enfermagem: teorias, modelos e subsídios para prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 41-56.
11. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. Rev Latino-am Enferm. 2007;15(3):426-30.
12. Teixeira CAB, Silva RM, Rodrigues MSC, Lunesu AG, Diógenes MAR, Mendonça FAC. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. Rev APS. 2009;12(1):16-28.
13. Paterson JG, Zderad LT. Humanistic nursing. 2ª ed. New York (NY): National League for Nursing; 1988.
14. Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Rio Grande do Norte, 2000. Extraído de [<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil11.shtm>], acesso em [27 de setembro de 2002].
16. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Datasus. Extraído de [<http://www.datasus.gov.br>], acesso em [25 de julho de 2004].
17. Muraro RM, Boff L. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante; 2002.
18. Duay LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(3):733-42.
19. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame Papanicolou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 abr/jun;13(2):378-84.
20. Giffin K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. *Saúde em debate*. 1995;46:29-33.
21. Souza IPMA, Jacobina RR. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. *Rev baiana saúde pública*. 2009;33(4):618-27.
22. Berlo DK. O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. 9.^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Recebido em 25.10.2010 e aprovado em 26.9.2011.