



PESQUISA

Sentimentos vivenciados por mulheres com NIC na busca de atendimento em serviço de referência

Feelings experienced by women with CIN in seeking care at a referral
Los sentimientos que experimentan las mujeres con CIN en la búsqueda de atención en una referencia

Francisco Eduardo da Silva Batista¹ José de Ribamar Ross² Eliana Campêlo Lago³

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever as concepções e sentimentos de mulheres com resultado citopatológico para NIC na busca por atendimento em um serviço de referência. Utilizou-se uma pesquisa de abordagem descritiva exploratória realizada com mulheres de uma zona rural, do município de Caxias - Ma. O estudo observou que estas mulheres acabam por esperar até meses para conseguir atendimento, recorrendo muitas vezes a serviços particulares para serem atendidas, fator este que veio a contribuir com a possibilidade de desistência. A angústia, tristeza e medo, foram os sentimentos mais descritos na busca por atendimento. Percebeu-se que as mulheres apresentavam-se fragilizadas e amedrontadas devido, principalmente, à falta de conhecimentos sobre a doença e seu tratamento. Destaca-se que, dentro do serviço de referência ainda ocorrem grandes limitações em seu atendimento, pois o mesmo apresenta dificuldades que comprometem a assistência integral e humanizada para toda as mulheres que necessitam serem assistidas. **Descritores:** Câncer do Colo do Útero. Sentimentos. Listas de Espera. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the views and feelings of women with cytology results for NIC in the search for attendance in a reference service. We used a descriptive exploratory research approach conducted with women from a rural area, the city of Caxias - Ma. The study noted that these women end up wait months to get care, often using the particular services to be met, a factor this has come to contribute to the possibility of withdrawal. The anguish, sadness and fear were the feelings described in the search for care, it was realized that women were frail and frightened is mainly due to lack of knowledge about the disease and its treatment. It is noteworthy that within the reference service is still great limitations in their care, because it presents difficulties that compromise the integral and humanized assistance to women for all that need to be assisted. **Descriptors:** Câncer of the cervix. Feelings. Waiting Lists. Health Services.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo describir las ideas y los sentimientos de las mujeres con resultados citológicos de NIC en la búsqueda de atención en un centro de referencia. Se utilizó un enfoque de investigación exploratorio descriptivo con las mujeres de una zona rural, la ciudad de Caxias - Ma. El estudio encontró que las mujeres terminan esperar meses para recibir tratamiento. La angustia, la tristeza y el miedo eran los sentimientos descritos en la búsqueda de atención. Se observó que las mujeres presentaron vulnerable y asustadas, debido principalmente a la falta de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Es de destacar que la referencia de servicio se sigue con grandes limitaciones, y estas dificultades ponen en peligro la atención integral y humano para todas las mujeres que necesitan ser asistidas. **Descriptor:** Cáncer de cuello uterino. Sentimientos. Listas de Espera. Servicios de Salud.

1. Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA Pós Graduando em Saúde Pública e Saúde da Família - Instituto Athena Email: eduardobatista14@hotmail.com. 2. Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA. Diretor do curso de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Caxias - CESC/UEMA. Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família Caxias - Maranhão. Representante da Subseção COREN - CAXIAS. 3. Doutora em Biotecnologia. Cirurgiã-dentista e Enfermeira. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro

Universitário - UNINOVAFAP. Professora da graduação de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA e Professora da graduação de Enfermagem e Odontologia da Faculdade Integral Diferencial- FACID DEVRY-PI, Brasil. E-mail: elianalago@ig.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer do colo de útero é um tipo de câncer totalmente prevenível, pois dispõem de métodos preventivos baratos e acessíveis, entretanto, devido às falhas nos diferentes níveis de atenção, ainda se firma como a 2º ou 3º tumor mais frequente em mulheres de todo o mundo (RIBALTA et al., 2005).

Anualmente, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos no Brasil (2011), firmando-se assim como importante problema de saúde pública, gerador de altos índices de morbimortalidade, refletindo a situação de saúde do país visto ainda possuir dados relevantes para uma doença de barata prevenção.

O grande número de novos casos acaba por necessitar do governo elevados gastos financeiros com tratamento especializado e de alta complexidade. Por outro lado também gera desgaste emocional para os familiares e comprometimento psicossocial das mulheres vítimas desta doença. Um diagnóstico precoce através de exames de rastreamento da doença ainda em fase inicial em junção com o tratamento conservador representa uma estratégia não mutilante e com maiores chances de cura.

Entre os fatores de risco para desenvolvimento do câncer cervical estão, as baixas condições socioeconômicas, à multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, higienização íntima inadequada, uso prolongado de contraceptivos orais, tabagismo, reprodução precoce, infecções cervicais crônicas, história de câncer cervical na família, estado de sobrepeso e como de fator de

maior relevância a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (SMELTZER; BARE, 2009).

As condições de imunodepressão, redução do estado nutricional e predisposição genética somam-se aos demais fatores de risco já conhecidos. No entanto para que a lesão evolua até seu estágio invasor, é necessário haver a persistência e alta carga viral do HPV, um ambiente hormonal propício, imunossupressão e mais uma vez a ação do fumo, como facilitador deste processo evolutivo (RIBALTA et al., 2005).

Com todos os avanços nos tratamentos e medicações para o câncer, a prevenção se mostra como a melhor forma de controle, e a que mais necessita ser trabalhada com a população. O exame citológico representa uma estratégia para o diagnóstico precoce, e é disponibilizado na rede pública, sendo realizado nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente pelo profissional enfermeiro. Entretanto ao ser diagnosticado um caso das lesões precursoras do CA de colo de útero a mulher necessita ter um serviço público especializado capaz de solucionar o seu problema de maneira rápida e eficiente.

O serviço de referência tem por finalidade conferir à paciente um atendimento integral que permita assim a continuidade à assistência de serviços especializados que visem o acompanhamento, controle e recuperação objetivando o alcance de um melhor prognóstico.

Este estudo objetivou descrever as concepções e sentimentos de mulheres com NIC referenciadas de uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da zona rural sobre as ações executadas por um serviço público de saúde especializado.

A pesquisa pretende contribuir em âmbito local, aos profissionais acadêmicos e gestores responsáveis pelo funcionamento dos serviços locais e regionais de referência a mulheres com NIC, ao passo que permitiu o conhecimento das principais adversidades existentes neste atendimento e o nível de satisfação que as usuárias demonstraram, possibilitando desta maneira, a busca da realização de medidas que visem aperfeiçoar e melhorar a assistência oferecida.

REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna localizada no epitélio do colo uterino, e é originada de alterações celulares que apresentam alterações progressivamente maiores que evoluem de modo imperceptível, até tornar-se um carcinoma cervical invasor em um período que varia de 10 a 20 anos (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

O exame colpocitológico ou teste de Papanicolau é, dentre os métodos de detecção, o mais efetivo, podendo este, ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos (PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

Entretanto, inserir o exame citopatológico como rotina nos serviços de saúde não é suficiente. É necessário, também, organizar e articular ações de saúde para motivar as mulheres suscetíveis à doença, a realizarem-no e também oferecer assistência adequada àquelas que têm seus exames com resultados alterados.

As lesões pré-invasivas são chamadas de NIC (Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais, e são classificadas em graus I, II e III. A partir de 1988, as lesões classificadas como NIC I, são lesões de baixo grau, e as lesões tipo II e III, são de alto

grau. Já as alterações celulares que não podem ser classificadas, devem seguir de investigação e são classificadas como atípias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS), ou atípias de células glândulas de significados indeterminado (AGUS) (BRASIL, 2008).

Segundo as determinações do Ministério da Saúde, para as Lesões intra-epiteliais de baixo grau, deve-se repetir a citologia dentro de seis meses, visto que essas lesões, na grande maioria, apresentam regressão espontânea e caso a citologia repetida for positiva, aí então a colposcopia é imediata. Nas lesões de alto grau, o encaminhamento à unidade secundária deve ser imediato para a realização de colposcopia e início do acompanhamento (BRASIL, 2006b).

Os serviços de média complexidade são a referência para a confirmação diagnóstica e algumas formas de tratamento. Este nível de atenção é composto por unidades ambulatoriais, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que ofertam assistência especializada através de consultas e exames. Após atendimento o serviço de referência pode encaminhar a paciente à unidade básica, continuar atendendo-a na unidade especializada, ou ainda referenciá-la ao nível terciário de atenção (BRASIL, 2011a).

Para o Ministério da Saúde, o nível secundário de atenção é responsável pelo diagnóstico e tratamento das lesões através da colposcopia e cirurgias de alta frequência. Estes centros de saúde devem conter especialidades médicas em ginecologia com treinamento nestes procedimentos. No nível terciário de assistência é primordial a existência de profissionais habilitados a realizar o diagnóstico patológico, estadiamento, assim como biópsia, cirurgia, tratamentos de radio e quimioterapia. A contra-referência das pacientes ao serviço de Atenção Básica de origem é de suma importância, visto que se busca uma

assistência que atue em todas as suas necessidades, garantindo desta forma o princípio de integralidade (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a fim de conferir total cobertura nos atendimentos é recomendado que as localidades mais afastadas disponibilizem transporte aos usuários e que tenha alguma unidade a que possam referenciar.

O que se observa, no entanto é uma realidade de grandes dificuldades para as pacientes que necessitam do atendimento na referência, para chegarem a estes serviços, principalmente se oriundos nas regiões interioranas. As unidades médicas não dispõem de serviços de transporte atuante responsável por levá-las ao local de atendimento a qual foram encaminhadas.

Considera-se, portanto a necessidade em dispensar atenção especial às mulheres residentes na zona rural que necessitam destes serviços para tratar de câncer de colo uterino. As famílias residentes nos povoados e interiores, geralmente não dispõem de recursos financeiros para arcar com despesas que envolvem desde o transporte até a realização de exames e outros procedimentos, e estes fatores muitas vezes acabam gerando retardo ou mesmo abandono do tratamento.

O atendimento nestes níveis é de fundamental e extrema importância, no prognóstico da doença. Além de todos os tratamentos necessários estes centros devem esclarecer e preparar a paciente para os possíveis resultados, atuando de forma humanizada e acolhedora, conferindo resolutividade, menor tempo de espera, diminuindo os casos de abandono e otimizando os prognósticos.

METODOLOGIA

Optou-se por uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa pois estas trabalham com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

O estudo foi desenvolvido em uma UBS da zona rural da cidade de Caxias - MA. Esse município está situado no Leste do Estado e nele atuam 56 equipes da Estratégia Saúde da Família, 32 Unidades Básicas de Saúde, sendo 11 na zona rural.A UBS escolhida para o estudo foi Unidade que está localizada no povoado Caxirimbúlocalizado á 18 Km da área urbana.

Fizeram parte desta pesquisa dez mulheres que realizaram o exame de citologia oncológica na área da UBS do povoado Caxirimbú e que apresentaram resultado positivo para NIC. Sendo estes o critério de inclusão do estudo.

A coleta de dados ocorreu de entrevistas com roteiro semi estruturado, contendo6 questões abertas e as entrevistas foram gravadas em Mp4 player.As respostas foram transcritas na íntegra com o objetivo de que tais respostas representassem o ponto de vista das entrevistadas sobre o assunto em questão.Os dados obtidos nas entrevistas com as mulheres foram submetidos à Análise de Conteúdo para proporcionar a melhor compreensão do significado das falas dos sujeitos para além dos limites daquilo que é descrito (BARDIN, 1997).

Na realização da análise, foram estudados os conteúdos das informações colhidas durante as entrevistas. Para tanto, procedeu à transcrição

integral das falas, leitura exaustiva do material e categorização dos dados.

Os sujeitos que concordaram em participar do estudo receberam previamente informações sobre o tema, as justificativas, objetivo e a finalidade da pesquisa, e antes de iniciar a entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, firmando assim sua participação voluntária.

O pesquisador se comprometeu com as normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 e suas complementares, que tratam dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, onde assegura ao sujeito garantia de sua privacidade e proteção de sua integridade física e moral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados e suas discussões foram divididos em duas partes. A primeira representando a caracterização dos sujeitos, e a segunda, as categorias e subcategorias feitas segundo as informações coletadas nas entrevistas com mulheres.

Caracterização do sujeito

A população foi constituída de 10 mulheres com faixa etária de 22 a 40 anos, residentes na zona rural do município de Caxias - Ma.

Para uma melhor compreensão da realidade pela qual essas mulheres estão inseridas analisou-se os seguintes quesitos: estado civil das entrevistadas onde pôde ser observado, que a grande maioria (9) era casada e apenas uma era solteira. Em relação ao quesito ocupação profissional observou-se que a maioria (8) delas era lavradora e apenas duas eram do lar.

R. Interd.v.6, n. 3, p. 52-62, jul.ago.set. 2013

Ao realizar as entrevistas com essas mulheres permitiu-se a observação de como as mesmas sentiram-se durante o tratamento, pois, suas falas possibilitaram uma análise do atendimento e dos sentimentos vivenciados por elas no serviço de referência.

Categorias e subcategorias obtidas de acordo com à análise de conteúdo das entrevistas

Categoria 1 - Níveis de Atendimento

Constatou-se que o primeiro atendimento às mulheres era realizado na UBS do Caxirimbú, onde eram feitos o exame de citologia oncológica e assim que apresentavam um resultado alterado, o profissional de saúde responsável às encaminhava para um serviço de maior complexidade, seguindo as condutas determinadas pelo Ministério da Saúde.

Subcategoria 1.2 - Atendimento na Referência

Sobre atendimento na referencia as entrevistadas relatam:

Ai eu fui lá (...) num resolvi na mesma semana, mas quando foi na outra semana, porque já tava lotado lá, eu fui e gostei, o medico me atendeu direitinho. (Orquídea)

Meu atendimento num foi muito bom porque eu só consegui porque eu paguei a consulta, ai eu fui pra Fundação particular, ai depois da(...) que eu fui pro(...) pra fazer a cauterização, mas depois que eu paguei que eu fui atendida, mas pra mim por conta do SUS eu não conseguia. (Rosa)

A integralidade é um princípio ainda distante na realidade da saúde do país. Visto esta ainda se apresentar fragmentada, não proporcionando continuidade nem acesso do sujeito a assistência que necessita impedido que o cuidado seja oferecido em sua totalidade e deixando-o desassistido frente ao problema de saúde e exige desta forma uma reavaliação tanto

de esferas do governo, quanto dos usuários (XIMENES NETO; CUNHA, 2006).

Os relatos do estudo sobre o atendimento recebido na referência destacam-se um episódio de resolubilidade do problema apresentado, e em outro descontinuidade da assistência, onde a usuária do Sistema Único de Saúde, foi desassistida, e necessitou recorrer ao serviço privado para receber atendimento

As situações encontradas neste estudo assemelham-se as descritas por Mattos (2004), que destaca a integralidade como um princípio pouco visível na história do SUS, não havendo melhoras relevantes na assistência integral dos serviços públicos, sendo observada apenas em casos isolados, sem a generalização nem notoriedade necessária.

Para que possa dessa forma consolidar-se como uma estratégia de mudança e de transformação das práticas de saúde, a integralidade deve ser firmada em sua totalidade e não apenas em casos esporádicos. Propõem-se também uma maior análise e atenção às experiências vivenciadas pelos usuários, como forma de transformar a realidade dos serviços públicos de saúde.

Subcategoria 1.3 - Agilidade na Referência

A agilidade no serviço de referência funciona como fator fundamental e determinante para um melhor prognóstico da paciente, exige menores gastos, pois quanto mais cedo o atendimento maior as chances de encontrar e tratar lesões em estágios iniciais evitando assim longos e dolorosos tratamentos, como em casos onde a patologia já se encontra em estágio agravado. A agilidade possibilita ainda uma maior segurança e confiança da paciente no serviço,

Sentimentos vivenciados por mulheres...

diminuindo assim as chances de abandono do tratamento pela demora em ser atendida.

Sobre agilidade na referência os depoimentos demonstram que:

Não, foi rápido e não foi porque quando eu fui pela primeira vez eu não fui atendida porque disseram que o aparelho estava quebrado, tudo bem, foi o tempo que eu fui fazer o exame particular (...) e faz é dia que eu tento falar com outra médica e não estou conseguindo de jeito nenhum. (Acácia)

Demorou um pouco, demorou uns 5(cinco) meses. Ah quando eu recebi o primeiro exame foi demorado pra mim fazer o tratamento, depois que eu recebi a alteração do exame demorou bastante, pra mim conseguir pra fazer o tratamento. (Rosa)

Pelo descrito nos depoimentos, observamos que para nenhuma das pacientes houve rapidez no atendimento, e que mesmo após resultados alterados em seus exames o atendimento necessário apresentou grande demora para acontecer.

Como descrito por Acácia, a demora no serviço muitas vezes acontece por falta de recursos e aparelhagens necessárias para conferir a realização de exames e realização de outros procedimentos, contudo mesmo após efetuado o exame particular, houve dificuldade em demora dar continuidade ao tratamento.

Sobre a agilidade do atendimento nos serviços locais de referência, observou-se que as pacientes podem esperar até meses para cumprirem as condutas de tratamento impostas pela sua condição clínica. Este acontecimento, portanto, merece maior destaque, visto que a demora de atendimento reflete a qualidade do atendimento prestado comprometendo ainda mais condição de saúde.

A agilidade no atendimento funciona como um fator para a avaliação do serviço, pois apresentando agilidade no atendimento

proporciona uma diminuição da tensão, dos medos, e ainda funciona como um elemento preventivo contra possíveis abandonos ao tratamento, já que um atendimento com maior rapidez exige menos gastos de ambas às partes.

Categoria 2 - A Busca ao Atendimento na Referência e o Sentimento de Abandono

O abandono pode ocorrer por diversos motivos, onde podemos destacar os seguintes fatores: desde a demora no atendimento, fatores psicológicos, até fatores socioeconômicos. Tal problemática acaba sendo um dos maiores empecilhos para um tratamento adequado, melhor acompanhamento, atentando para todas as suas necessidades.

A respeito da busca ao atendimento na Referência e o sentimento de abandono, os relatos obtidos demonstram que:

Às vezes sim às vezes não, porque eu tenho medo ao mesmo tempo. Exatamente por causa do atendimento. (Acácia)

Pensei. Desisti por falta de ter dinheiro pra ir pra lá fazer o tratamento. (Margarida)

Pensei varias vezes, eu disse se eu não arrumasse o dinheiro da consulta eu ia desisti. Porque pelo SUS eu não conseguia, pelo SUS. (Rosa)

A fala de Acácia permite observar que o medo manifestado é sobre como será seu atendimento, e não especificamente medo da doença. O atendimento descrito na fala da paciente pode estar relacionado tanto aos exames e procedimentos que deverá fazer, mas também pode ser analisado como medo sobre como será sua assistência e acolhimento pelos profissionais.

Contudo, a possibilidade de abandono ao tratamento neste estudo, está relacionada às condições financeiras, apresentadas pelas mulheres, e assemelhasse ao mesmo resultado R. Interd.v.6, n. 3, p. 52-62, jul.ago.set. 2013

encontrado por Brenna (2001), que concluíram que a dificuldade financeira, é um fator determinante não apenas para abandono do tratamento, mas também para motivar a busca por serviços de saúde para realizar cuidados preventivos.

No entanto estes resultados diferem de Fylan (1998), que atribui o abandono do tratamento pelas mulheres á questões como o medo de sentir dor no momento do procedimento, e a possível chance de confirmação do diagnóstico de câncer.

A apesar de atribuir-se a desistência do tratamento a vários fatores, os resultados deste estudo afirma que as dificuldades financeiras e os problemas socioeconômicos são os determinantes para o abandono e a falta de continuidade do tratamento.

Categorias 3 - A Busca de Atendimento na Referência e o Sentimento de Persistência

A persistência na busca e permanência no tratamento em boa parte se deve aos sentimentos que afloram nessas pacientes, pois nesse momento as emoções tornam-se mais fortes devido ao fato das mesmas procurarem motivos, por mais que pequenos para se agarrarem e conseguirem forças para lutarem pela vida, e não fraquejarem diante da luta contra tal problema.

Observando o tópico busca de atendimento na referência e o sentimento de persistência os relatos das entrevistadas dizem que:

Eu tenho medo de apiorar a situação, ta entendendo, é isso. (Acácia)

É porque minha irmã ficou falando pra mim que eu tinha que me cuidar, que eu tenho 3 .filhos, só isso mesmo. (Flor de Liz)

O que me motivou é porque eu tava me sentindo mal de novo eu fui, mas aí eu só comecei e num terminei de novo. (Margarida)

O depoimento de Acácia mostra o medo a respeito do seu estado de saúde, o que pode constatado pelo fato da mesma apresentar receio que sua situação piore, demonstrando com isso que seu sentimento de persistência esta relacionado a esse fator, o que pode ser avaliado que sem esse elemento o resultado poderia ter sido outro com relação ao tratamento.

Pelo depoimento de Flor de Liz se concluí que ela só persistiu no tratamento, pelo incentivo da família e por pensar nos filhos que têm. Podemos analisar que talvez sem a existência do fator família, esta paciente tivesse desistido de cuidar da própria saúde.

O impacto positivo da família sobre as decisões de se continuar o tratamento, também foi descrito nos estudos de Nerone e Trincaus (2007), que evidenciaram o papel relevante da família durante a reabilitação das pacientes e na manutenção de sua saúde.

É declarado pelos autores que a família não é apenas uma fonte de ajuda, mas também uma unidade de cuidados, e sua aproximação da mulher neste momento a faz rever seu papel de cuidadora que sempre exerceu, e a impulsiona com vitalidade e apoio para vencer a doença.

A partir do exposto torna-se importante que a equipe, reconheça a relevância da participação da família no tratamento destas mulheres. Os profissionais então poderão ver nos familiares uma fonte capaz de conferir sentimentos de enfrentamento na paciente, e desta forma devem desenvolver seus cuidados, de uma maneira que incentive e reforce os vínculos familiares.

Categoria 4 - Percepção da Qualidade do Atendimento na Referência

A qualidade do atendimento na referência é um fator fundamental para a permanência da paciente na busca de tratamento, e para avaliação da qualidade nesses serviços, diversos fatores têm que ser observados dentre eles podemos destacar: a agilidade no atendimento, o nível de receptividade dos profissionais para com as pacientes, entre outros. Tornando a avaliação dessa qualidade um ponto subjetivo.

A percepção da qualidade do atendimento na referência é vista da seguinte maneira:

O atendimento dos profissionais do serviço de referência num é lá essas coisas não, mas também num é ruim não. Me trataram bem, agora só o medico mesmo que é eu num achei lá essas coisas. Não que eu acho que ele deveria, eu e as outras companheiras, porque num era só eu mesmo que entrava lá na sala, porque quando a gente pensava que elas tavam entrando, já tavam era saindo,ai é isso que eu num quero voltar lá no (...) de jeito nenhum. (Acácia)

Pra mim me atenderam bem, me atenderam bem me explicaram como é que era, mas só que eu parei porque eu não tinha condição de ir. (Margarida)

É quando eu comecei tudo ocorreu bem, aí eu me recuperei graças a Deus hoje eu tou boa, tou curada. (Rosa)

Concluí-se a partir do depoimento de Acácia, que a atitude imprópria de um profissional pode acabar por desenvolver uma aversão ao local do tratamento. Profissionais que lidam com doenças de significação tão grande como o câncer devem dispor de uma conduta acolhedora e humanizada, a fim de que a paciente sinta-se mais segura em receber tratamento em tal local.

Pela descrição de Acácia sobre seu atendimento, a privacidade da paciente não foi respeitada, pois esta relata não ser a única na sala, revelando através da análise, que este fato a incomodou e foi decisivo para a avaliação que esta faz do serviço.

O atendimento de Acácia no serviço de referência chama atenção para certa indiferença e naturalidade, dos profissionais na consulta e a falta de privacidade percebida. Visto que o momento de um atendimento e diagnóstico é de extrema importância para pacientes que o aguardam, pode-se analisar que Acácia sentiu isto, no momento em que descreve a quantidade de profissionais que entravam e saíam da sala no momento em que era atendida.

Buscando mudar a realidade presenciada no atendimento rotineiro de serviços, assim como descrito no comentário anterior, que o Ministério da Saúde, desenvolveu a política nacional de humanização para dar mais ênfase ao acolhimento, aos pacientes que procuram os serviços de saúde, através de uma escuta qualificada, privacidade e uma postura capaz de disponibilizar respostas mais adequadas (BRASIL, 2006b).

O processo de humanização dos serviços públicos de saúde como uma estratégia que diminui a existência de conflitos entre familiares, clientes e a própria equipe de saúde, além de proporcionar maior adesão ao tratamento, e atendimento das necessidades especiais da clientela (HORTA, 2004).

Um atendimento de qualidade deve visar não apenas a cura da patologia, mas um acompanhamento global da paciente além de visar à recuperação da qualidade de vida da mesma, pois não apenas o físico que comprometido, como o psicológico também é muito abalado e um serviço qualificado apresenta por finalidade devolver a mulher em condições de desempenharem todas as suas atividades tanto profissionais, quanto do cotidiano. A ajuda emocional é de suma importância, e um trabalho conjunto da equipe multidisciplinar pode conseguir excelentes resultados, possibilitando

R. Interd.v.6, n. 3, p. 52-62, jul.ago.set. 2013

que a paciente volte a apresentar uma maior qualidade de vida, além de ter sido melhor acompanhada e ter tido um atendimento de qualidade o que capacita o serviço e o proporciona elogios ao mesmo por parte das usuárias.

Categoria 5 - Sentimentos Vivenciados na Busca ao Tratamento na Referência

Durante a busca do tratamento na referência, a mulher encontra-se em um estado onde cada sentimento está mais aflorado, dentre eles os que baixam sua autoestima e os que colocam dúvidas na cabeça das mesmas são os mais observados, além da falta de informação, como ocorre em muitos casos, que funciona como um facilitador para que tais eventos sejam possibilitados, pois o baixo nível de escolaridade representa um dos fatores de risco para o aparecimento e agravamento da patologia, funcionando assim como um elemento que propicia com que tais eventos sejam permitidos.

Sobre os sentimentos vivenciados na busca do tratamento no serviço de referência, os relatos obtidos demonstram que:

Angustia oxe mais foi aquela angustia aquele medo. Fiquei com medo de ser uma coisa muito pior do que é. (Acácia)

Só medo mesmo. (Flor de Liz)

No momento que eu recebi a noticia fiquei triste. (Violeta)

Ah eu fiquei apavorada, angustiada, com medo de ter dado alguma coisa assim de grave, AVE MARIA eu fiquei ruim de mais, fiquei nem sentava, caminhando direto, querendo chorar. (Orquídea)

O resultado anormal do citológico e o encaminhamento ao serviço de referência podem causar altos níveis de angústia, principalmente pelo limitado entendimento sobre os

procedimentos que serão realizadas a partir de então (FYLAN, 1998).

Acácia descreveu como sentimentos ao procurar o serviço de referência, angústia e medo. Apresentando também medo que seu problema fosse mais grave. Orquídea descreveu pavor e angústia e assim como Acácia, sentiu medo de que o resultado representasse algo grave.

Estes sentimentos foram descritos nos estudos de Frigato e Hoga (2007), que apresentaram em seus resultados a fragilidade e altos níveis de anseios pelas mulheres, devido ao diagnóstico, prognóstico e às mudanças que a doença acarretará em suas vidas.

Ao analisar os depoimentos pode-se destacar, que nenhuma das pacientes desenvolveu sentimentos de religiosidade notórios. Através da leitura de suas falas, evidencia-se medo, porém estas não descrevem sentimentos como esperança e fé.

Este fenômeno se difere dos resultados encontrados por Nerone e Trincaus (2007), que evidenciaram em seus estudos sentimentos de forte esperança e religiosidade apresentados por mulheres com câncer cervical, ou mesmo a possibilidade de desenvolverem.

CONCLUSÃO

O serviço de referência ainda apresenta muitas imperfeições, sendo estas relacionadas a recursos tecnológicos, humanização dos profissionais, número limitado de vagas e demora em conseguir tratamento, o que compromete o atendimento, não propiciando assim uma homogeneidade da assistência, visto que nem todas as pacientes conseguiram um atendimento ágil e humanizado por parte do serviço.

, Os objetivos do estudo foram alcançados na medida em que evidenciou-se que os R. Interd.v.6, n. 3, p. 52-62, jul.ago.set. 2013

sentimentos vivenciados por essas mulheres estavam muito relacionados com a assistência prestada a elas. A partir dos relatos observou-se uma grande prevalência dos sentimentos que demonstram fragilidade emocional e angústia relacionados à sua própria recuperação bem como o medo, devido ao desconhecimento da patologia e seu tratamento.

Dessa forma, as instituições de referência devem estar preparadas para acolher as mulheres que buscam o serviço, de forma mais humanizada, onde o trabalho coletivo da equipe multiprofissional representa um fator de suma importância, pois não deve ocorrer uma atenção focalizada apenas na parte clínica da patologia,mas também na parte emocional, o que proporcionará uma assistência integral das necessidades da mesma.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARROS S. M. O.; MARIN H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para prática assistencial**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2002.

BEZERRA S. J. S. et al. Perfil de mulheres portadoras de lesões cervicais por hpv quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST - Jornal Brasileiro Doenças Sexualmete Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.17, n.2 p. 143-148, abr/jun, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer do colo uterino: Programa nacional de controle do câncer do colo uterino**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Batista, F. E. S; Ross, J. R; Lago, E. C.

Sentimentos vivenciados por mulheres...

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRENNA S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicola ou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2001.

FRIGATO, S.; HOGA, L. A. K.; Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 209-214, jul, 2003.

FYLAN, F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behavior. **British Journal of General Practice**, v. 48, n. 433, p. 1509-1514, 1998.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 15. ed. São Paulo: EPU, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5 set/out, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NERONE, V; TRINCAUS, M. R. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Salus-Guarapuava**, Paraná, v. 1, n. 2, jul/dez, 2007.

PINHO AA; FRANÇA JUNIOR I. **Prevenção do câncer de colo do útero**: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste Papanicolaou. **Revista Brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 3 n. 1, p. 95-112, jan/ mar, 2003.

RIBALTA, J. C. L. et al. Câncer de Colo de Útero. In: FORONES, N. M. et al (coord.). **Guias de R. Interd.**v.6, n. 3, p. 52-62, jul.ago.set. 2013

Medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Guanabara: Koogan, 2009.

XIMENES NETO, FRG; CUNHA, ICKO. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis. v. 15, n. 3, p.427-433 jul./set. 2006.

Submissão: 29.11.2012

Aprovação: 08.03.2013