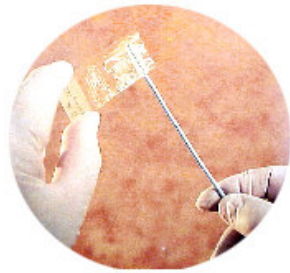


**DORA MARIELA SALCEDO BARRIENTOS**



**MULHER & SAÚDE:  
buscando uma visão generificada na percepção das  
usuárias acerca do exame ginecológico.**

**Dissertação de Mestrado  
apresentada à Escola de  
Enfermagem da Universidade  
de São Paulo. Pós-graduação  
em Enfermagem - Área de  
Concentração Enfermagem em  
Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> EMIKO YOSHIKAWA EGRY**

**São Paulo  
1998**

*Dedico este produto de muitas horas de reflexão e de transformação do meu olhar como profissional e especialmente como mulher comprometida*

*A Deus pela profunda força espiritual e seu enorme amor*

*Aos meus queridos pais Mariano e Dorotea, minhas irmãs Patricia e Julisa, pelo amor e compreensão nesta separação física; pelo seus exemplos, valores morais e espirituais demonstrado na vida e que hoje tem um significado muito importante na minha vida pessoal*

*Ao Juan Francisco, por compartilhar momentos de reflexão e luta neste nosso novo desafio longe dos nossos seres queridos*

*In memoriam da Catalina, a quem levo sempre no meu coração*

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho foi executado em um momento muito importante da minha vida, iniciando-se com uma decisão pessoal de renunciar a muitas coisas e seres queridos e integrar outro contexto maravilhoso denominado Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. E, iniciar minha experiência na exploração de um novo referencial e, pela mudança pessoal numa outra situação conjugal fortemente marcante neste novo papel social, não somente como pesquisadora acadêmica, mas, como uma mulher peruana identificada com as necessidades das mulheres na América Latina.

Assim gostaria de expressar meus profundos agradecimentos a todas aquelas pessoas que tem um significado muito especial nesta nova vida.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Emiko Yoshikawa Egry, orientadora deste trabalho, pela paciência, carinho e o tempo investido neste produto, pelas longas horas de reflexão, pelo esforço compartilhado neste novo referencial, pela sua confiança, amizade e dedicação para minha pessoa, Muito obrigado,

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Regina Car, pela assessoria nas técnicas de análise de discurso, pelo apoio incondicional, pela sua especial amizade, pelo estímulo contínuo e reflexão crítica durante a elaboração deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, pela assessoria e reflexões na perspectiva de gênero e pela valiosa colaboração na finalização deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amélia de Campos Oliveira (Méia) pela sua dedicação e aportes críticos na elaboração desta pesquisa e especialmente, pela sua amizade e apoio incondicional especialmente nos momentos de desespero e questionamentos, obrigada pelas reflexões compartilhadas.

Às Professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, às professoras do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da USP pelo apoio acadêmico, pelo afeto e carinho recebido durante estes 3 anos de convivência.

Às minhas verdadeiras companheiras e amigas de luta, nesta nova construção rumo a nossa própria mudança como enfermeiras e mulheres comprometidas, Rosângela, Leda, Eliana, Ana Paula, Norma, Roseli, pela amizade, pelo enorme apoio incondicional, pelo amor oferecido, e especialmente gostaria expressar meu agradecimento a Rosângela, pela sua dedicação, reflexão e paciência compartilhada neste trabalho.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem, especialmente a Ana Maria, Andréa, Luciana e especialmente a Terezinha Amaro dos Reis Alves, pelo carinho e preocupação nos momentos críticos e ao Ricardo Matos Castellani, pela disponibilidade na diagramação final deste trabalho.

Ao Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da USP, especialmente à sua diretora Alaíde Moura de Oliveira e as bibliotecárias Nadir Aparecida Lopes e Sonia Gardim pelo carinho e dedicação na revisão das referências bibliográficas.

Ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), pela oportunidade oferecida como bolsista do Departamento de Enfermagem.

Ao Departamento de Enfermagem do HU-USP, especialmente à sua diretora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dulce Maria Gualda, pelo apoio incondicional, pelos momentos de reflexão durante a execução deste trabalho e pelos aportes acadêmicos durante minha experiência como bolsista; minha sincera admiração e especial reconhecimento pelo seu desempenho e exemplo para a enfermagem.

À equipe do Departamento de Enfermagem do HU-USP, especialmente as enfermeiras do Serviço ambulatorial, Teresa, Rosana, Selma, Elizabeth,

Zilah, Aildes, Lúcia, Marília, Marilza; as enfermeiras, Maria Helena, Martha, Mônica, Daisy; Meimei; ao pessoal Técnico, Auxiliar, atendentes de enfermagem e a nossa secretária Meire, meus agradecimentos especiais pelo seu carinho, paciência e por preencher valiosos momentos de solidão familiar. E as minhas amigas Shirley e Maria Helena, pelo inmenso carinho e respeito que tenho experimentado na convivência diária, pela força do dia a dia e pela sincronicidade da nossa amizade.

E de maneira especial às mulheres participantes deste estudo, pela permissão no aprofundamento e compreensão da nossa própria realidade.

Ao CNPQ - Programa de Estudantes/ Convênio de Pós-Graduação PEC/PG/PM, pelo apoio financeiro na execução deste trabalho.

# SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Resumen	
Prólogo	
1 INTRODUÇÃO .....	1
2 OBJETIVOS .....	16
3 CAMINHO METODOLÓGICO .....	17
3.1.O método.....	17
3.2.Fonte de dados empíricos .....	23
3.2.1. O cenário de estudo .....	23
3.2.2. A população de estudo .....	30
3.3. Coleta e análise de dados. ....	31
3.3.1. Procedimento de apreensão de temas contidos nos depoimentos .....	33
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	36
4.1 Caracterização das Mulheres .....	36
4.2 A experiência das mulheres frente ao primeiro exame ginecológico .....	49
4.2.1 Atenção à Saúde (Serviço e Assistência à Saúde .....	51
4.2.2 O Exame Ginecológico .....	63
4.2.3 Mulher, vida e saúde .....	93
5. SÍNTESE.....	123
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS	
Figura A: Mapa demonstrativo	
Anexo I : Instrumento do Estudo	
Anexo II: Frases Temáticas	

## RESUMO

Este estudo, de referencial materialista histórico dialético (MHD), inserido numa perspectiva de gênero, teve dentre seus objetivos caracterizar as mulheres de acordo com a inserção social, idade, vínculo com a instituição, antecedentes ginecológicos e obstétricos; identificar as contradições acerca da percepção quanto ao primeiro exame ginecológico de prevenção de câncer de colo uterino e de mama e identificar caminhos para a transformação da atenção ginecológica.

A análise dos dados foi realizada através da apreensão de temas contidos nas gravações, nas quais se identificaram como categorias empíricas à atenção à saúde, o exame ginecológico (razão, conhecimento e sentimentos) e a mulher, sua vida e saúde. Verificou-se que a atenção continua circunscrita ao “corpo biológico”, uma atitude alienante assumida pela usuária, reforçada pela mídia, pelo pessoal de saúde e pela própria mulher. Foram identificados também sentimentos ligados ao medo, à vergonha e ao sentimento de culpa. Finalmente, entre as usuárias e os trabalhadores do serviço de saúde encontrou-se uma relação dialética no olhar generificado sobre a saúde da mulher. Os resultados indicam o prosseguimento da investigação com os profissionais da área.

## **ABSTRACT**

This study, of referential materialistic historical and dialectic (MHD), inserted in a gender perspective, had as objective identify the women in agreement with the social insert, age, entail with the institution, gynecological and obstetric antecedents; to identify the contradictions concerning the perception with relationship to the first gynecological exam of cancer prevention and to identify ways for the transformation of the gynecological attention.

The analysis of the data was accomplished through the identification of themes contained in the recordings, in which there were identified as empiric categories the attention to the health, the gynecological exam (reason, knowledge and feelings) and the woman, her life and health. It was verified that the attention continues bounded to the "biological body", an alienating attitude assumed by the user, reinforced by the media, by the personnel of health and by the own woman. They were also identified feelings linked to the fear, to the shame and the blame feeling. Finally, a dialectic relationship was identified between the user and the health workers. The results indicate the pursuit of the investigation with the professionals of the area.



## RESUMEN

Este estudio, de referencial materialista histórico dialéctico (MHD), realizado en un hospital universitario en la ciudad de Sao Paulo, Brasil; inserido en una perspectiva de género, tuvo entre sus objetivos caracterizar a las mujeres de acuerdo con su inserción social, edad, vínculo con la institución, antecedentes ginecológicos y obstétricos; identificar las contradicciones relacionadas con la percepción cuanto al primer examen ginecológico de prevención de cáncer de cuello uterino y de mama e identificar caminos para la transformación de la atención ginecológica.

El tipo de estudio fue cualitativo y el análisis de los datos fue realizada a través de la extracción y comprensión de temas contenidos en las grabaciones, en las cuales se identificaron como categorías empíricas: la atención a la salud, el examen ginecológico (razón, conocimientos y sentimientos); mujer, vida y salud. Se verificó una atención continua circunscrita al “cuerpo biológico”, una actitud alienante asumida por la usuaria, reforzada por los medios de comunicación, por el personal de salud y por la propia mujer. Fueron identificados también sentimientos relacionados al miedo, la vergüenza y sentimiento de culpa. Finalmente, entre las usuarias y los trabajadores del servicio de salud se encontró una relación dialéctica desde una perspectiva de género sobre la salud de la mujer. Los resultados indican continuar la investigación con los profesionales del área y orientan a la reorganización del respectivo servicio.

## PRÓLOGO

Ao iniciar o presente estudo, quero compartilhar uma de minhas preocupações experienciadas no cotidiano da assistência, relativa às *questões de saúde da mulher*. Este sempre foi um tema apaixonante para mim, principalmente pelo fato de me identificar com cada uma dessas mulheres e, particularmente, com o grupo que enfrenta sua primeira passagem pela vida ginecológica. Eu vejo essa fase de uma maneira muito especial, pouco explorada sob certos ângulos, mas de grande importância.

Quem de nós, mulheres, já não passou pelo seu primeiro exame ginecológico? Recordemos como foi aquela experiência... e *como gostaríamos que tivesse sido...*

Certamente, sabemos que se trata de um momento delicado e difícil de expressar. Foi pensando em todas essas questões que nós nos propusemos a refletir e iniciar essa discussão, a partir da exploração das percepções das usuárias do serviço ambulatorial do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), acerca do exame preventivo ginecológico. Vimos a necessidade de reabrir essa questão para que possa ser discutida, já que essa parece ser uma preocupação coletiva.

É interessante compartilhar também da enorme dificuldade na aproximação da categoria *gênero*, por ser este uma primeira experiência pessoal com este tipo de abordagem, pela limitação da formação profissional e sendo esta a categoria escolhida, por ter um objeto de estudo ligado explicitamente as relações de poder dentro de um sistema hospitalar, mas levando em consideração a seguinte sugestão prática centrada em...

***“Não desista diante da primeira dificuldade. Acalme-se. Respire.***

***Continue”*** (Sônia Café)

conseguimos dar por terminado a primeira parte da nossa reflexão, comprometidas com nosso trabalho e com estas mulheres, cidadãs, dignas de respeito....

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o tipo de cânceres responsável pela maior taxa de mortalidade são semelhantes a aqueles mais freqüentes nos Estados Unidos. Para muitos oncologistas, estudiosos na área, é muito intrigante saber quão poucos são os canceres responsáveis pela maior parte de todo o problema. Os cânceres com maior incidência são o de pulmão, de cólon e reto, de mama, próstata, os linfomas não-Hodgkin e o câncer de bexiga. Nos Estados Unidos existem aproximadamente 1 milhão de novos casos de câncer por ano e cerca de 500.000 mortes. (SONDIK, 1994)

Em nível internacional - considerando tanto os países em desenvolvimento, quanto os países desenvolvidos - modalidades de canceres mais freqüentes são similares, porém diferindo na ordem de incidência. Países desenvolvidos assemelham-se aos Estados Unidos, enquanto que nos países em desenvolvimento os cânceres de colo uterino e estômago tendem a ocorrer com maior freqüência. (SONDIK, 1994)

A incidência de câncer de mama tem aumentado muito nos Estados Unidos, embora nos últimos anos uma parte significativa desse aumento seja resultado de uma maior utilização de métodos para sua detecção, tal como demonstra a publicação dos resultados do Programa de Demonstração de Detecção de Câncer do Instituto Nacional de Câncer (NCI) nos Estados Unidos. (SONDIK, 1994)

Em 1980, um aumento alarmante começou a ocorrer, devido, em parte, ao aperfeiçoamento dos níveis de rastreamento e a um aumento latente de cerca de 1% por ano na incidência, o que vem ocorrendo há mais de 40 anos. Nos Estados Unidos, os dados levantados pelo Programa de Vigilância Epidemiológica e Resultados Finais (SEER) indicam que a porcentagem de câncer de mama é bem maior entre brancos do que entre afro-americanos, embora haja uma tendência da taxa de mortalidade de manter-se estável, para mulheres entre 45 e 84 anos de idade, esta ainda é significativamente mais alta do que na Ásia Oriental. (SONDIK, 1994)

Já o Câncer de Colo Uterino nos Estados Unidos não causa tanta preocupação, pois sua incidência é relativamente baixa (13.500 novos casos e 4.400 mortes por ano). Nos Estados Unidos, uma porcentagem relativamente alta de mulheres realiza o exame de Papanicolaou regularmente (cerca de 75%), graças ao setor de propaganda, cujo objetivo “é estimular a mudança de comportamento, fazendo com que a população e os profissionais da saúde passem a ter hábitos saudáveis”. Infelizmente, existem áreas onde isso não ocorre e o Programa de Prevenção e Controle do Câncer do NCI tem se concentrado nessas regiões geográficas e grupos populacionais, na tentativa de melhorar essa situação. Os principais desafios da prevenção e controle do câncer nos Estados Unidos são o combate ao fumo e uso do tabaco e pesquisas tem sido realizadas para conhecer mais sobre os fatores alimentares e planejar métodos para mudanças na alimentação, aplicar melhor as tecnologias de rastreamento e melhorar os métodos de detecção precoce. (SONDIK, 1994)

No Brasil, em 1988, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de adotar uma uniformização para permitir o ajuste da demanda de exames à capacidade operativa dos serviços de saúde. Foram identificados os seguintes fatores responsáveis pelos altos índices de câncer cérvico-uterino, no País: insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; utilização inadequada dos recursos existentes; má articulação entre os serviços de saúde na prestação de assistência nos diversos níveis de atenção; indefinição de normas e condutas; baixo nível de informação em saúde da população em geral e insuficiência das informações necessárias ao planejamento das ações de saúde. Determinou-se então, que a periodicidade do exame de Papanicolaou a ser adotada na ação do controle do câncer cérvico-uterino deve ser de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano. A faixa etária priorizada situa-se entre os 25 e os 60 anos, **com ênfase nas mulheres que nunca realizaram exame preventivo em sua vida**. É relevante destacar a necessidade de orientação da clientela feminina quanto à realização rotineira do exame clínico das mamas, já que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, nos estágios I e II, podem ter influência significativa na diminuição da

mortalidade por este tumor. Após esse estágio, a eficácia do tratamento local fica reduzida. (BRASIL, 1994)

Em novembro de 1994, o Ministério da Saúde admitiu que em 1988, as doenças crônico-degenerativas foram responsáveis por cerca da metade dos óbitos registrados. No período de 1978 a 1986 o câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, foi responsável pelas maiores taxas de mortalidade entre as mulheres. A distribuição dos óbitos por essas duas neoplasias apresenta diferenças regionais, relacionadas ao grau de desenvolvimento social. O câncer cérvico-uterino apresenta-se com maior freqüência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No período de 1981 a 1985, os canceres cérvico-uterino e de mama apresentaram freqüências relativas de 20,1% e 16,6%, respectivamente, o que os colocou no segundo e terceiro lugares entre as neoplasias malignas da população feminina brasileira. (BRASIL, 1994).

Com respeito à situação no Estado de São Paulo, no caso do câncer, a morbidade é medida pela incidência verificada nos registros de base populacional. Assim observa-se no ano de 1991 que o Município de São Paulo apresenta o segundo maior coeficiente de câncer da mama (65,5 / 100.000 mulheres), ficando atrás somente de Porto Alegre e à frente de todas as demais cidades brasileiras. Inversamente, a Cidade de São Paulo apresenta o segundo menor coeficiente de incidência de câncer do útero (42,0 / 100.000 mulheres), maior apenas que o da capital gaúcha. Alguns autores apontam que este comportamento da incidência dos canceres ginecológicos em relação à situação geográfica regional provavelmente não é mera coincidência, pois se assume como causa importante a dimensão socio-econômica entre os fatores de risco. (FONSECA, L. 1994)

As ações de controle do câncer cérvico-uterino envolvem atividades preventivas e curativas, a seguir discriminadas: consulta clínico-ginecológica, coleta de material para esfregação cérvico-vaginal, teste de Schiller, colposcopia, citopatologia, histopatologia, tratamento dos processos inflamatórios e neoplasias intra-epiteliais, encaminhamento para clínica

especializada dos casos indicados para complementação diagnóstica e ou tratamento, controle dos casos negativos e seguimento dos casos tratados. (BRASIL, 1994)

Pesquisas realizadas em 1989 evidenciam que o controle das principais neoplasias ginecológicas depende de 3 fatores: a) da possibilidade das mulheres utilizarem os recursos existentes de saúde, b) da existência de atividades voltadas para a prevenção das neoplasias; c) da relação estabelecida entre os profissionais e as usuárias para a superação de tabus femininos com relação ao próprio corpo, de forma que as mulheres incorporem certas práticas, como o auto-exame de mama e a citologia vaginal. Tais práticas, para serem efetivamente preventivas, precisam ser realizadas com a devida periodicidade. (FAERSTEIN, 1989)

FONSECA, L. (1994), ressalta que ainda são desconhecidos todos os fatores etiológicos que provocam o câncer de mama que atinge a população mais desenvolvida, ainda que tenham sido identificados alguns, tais como a exposição a radiações ionizantes antes dos 35 anos de idade, a ingestão indiscriminada de gorduras, a menarca precoce, a menopausa tardia, a nuliparidade e o uso indiscriminado de preparados hormonais, isso sem deixar de lado os antecedentes familiares de câncer e os fatores genéticos e hereditários. Ainda o autor refere que o exame de mamas se associa ao estilo de vida urbano, onde as mulheres se casam e têm filhos mais tardiamente e, em menor número, recomendando o auto exame das mamas, levando em consideração todos estes fatores de risco e priorizando a atenção para todas as mulheres após os 20 anos de idade (FONSECA, L. 1994).

O mesmo autor afirma que as causas de colo uterino estão ligadas diretamente à pobreza, ao número excessivo de filhos e más condições de higiene. (FONSECA, L. 1994)

Outras pesquisas relacionadas com a prática assistencial à mulher também tentaram analisar o exame ginecológico. Para GRECO (1993), em seu estudo denominado “*Repensando a atenção à saúde da mulher na prevenção*

*do câncer ginecológico: as perspectivas do serviço e das usuárias na Unidade Básica de Saúde Jardim Suiná, do Município de Taboão da Serra*”, buscou avaliar a atividade de prevenção do câncer cérvico-uterino, desenvolvida por atendentes de enfermagem, como parte do Modelo de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Além disso, buscou conhecer a representação das mulheres sobre esse exame, tendo sido traçado ainda o perfil dessas mulheres, segundo algumas características pessoais e sua inserção social. Entre as principais conclusões, refere que com respeito à representação das mulheres sobre o exame “percebe-se que existe uma total falta de conhecimento sobre o que é este exame, por que e como é feito (...). Infelizmente, as mulheres não são adequadamente informadas e orientadas sobre o que é o exame nem antes, nem após o procedimento”. (GRECO, 1993)

“Como consequência do fato de que não existe um vínculo entre usuárias e serviço, as clientes não reconhecem que o atendimento à saúde é um direito de todo cidadão e um dever do Estado e que, como tal, os serviços públicos de saúde têm o dever de lhes oferecer um atendimento de qualidade” (GRECO, 1993).

Refere a autora ainda que “na busca de superar o medo gerado pelo desconhecido, as mulheres procuram informação sobre o exame com mulheres mais próximas - amigas, mães, patroas, irmãs - que nem sempre as orientam corretamente” (GRECO, 1993).

ALMEIDA (1991) no seu estudo “*Câncer de mama: análise de fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin*”<sup>1</sup>, realizado na região de Riberão Preto - SP, verificou que há uma significativa lacuna entre as metas oficiais do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o cumprimento efetivo nas unidades de saúde. Dessa forma, as medidas que deveriam estar contribuindo para um diagnóstico precoce, tais como a caracterização de grupos de risco no nível local e a utilização de um protocolo

---

<sup>1</sup> A teoria de Kurt Lewin se origina de conceitos da física e matemática aplicados à psicologia, sendo que as abordagens qualitativas e quantitativas são complementares uma a outra. É utilizado como método para analisar relações causais e criar construções científicas (ALMEIDA, 1991)

de controle desses grupos revelam-se distantes dessa realidade de saúde. A autora concorda nesse ponto com Lewin, que “considera ser qualquer acontecimento, no transcorrer da vida, resultante de uma variedade de fatores que devem ser analisados e interrelacionados”. Assim sendo, a tentativa de se estabelecer um perfil da mulher com câncer mamário torna-se desafiante, pois sua importância não pode ser julgada sem se considerar a situação como um todo. A análise de alguns aspectos relacionados ao câncer mamário, a partir dessa aproximação, possibilitou identificar e localizar alguns vetores de relações mútuas na situação concreta de ter o câncer de mama.

Assim como no estudo anterior, evidencia-se, na maioria dos estudos realizados nesta área até o momento, um claro predomínio do enfoque multifatorial no entendimento do processo saúde-doença. Faz-se necessária esta consideração pois nosso olhar tenta analisar os processos à luz do referencial teórico filosófico do materialismo histórico e dialético, assumindo como um "processo histórico e dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência (...) É um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção: os processos de trabalho (que são as expressões individuais do modo de produção da sociedade), os perfis de consumo e as conseqüências destes perfis nas diferentes formas de vida que se articulam às correspondentes condições favoráveis de saúde e sobrevivência, assim como as condições desfavoráveis, isto é, os riscos de adoecer e morrer" e, operacionalmente, a autora refere que o processo saúde-doença é "a resposta dinâmica que as classes sociais manifestam de forma diferenciada, de acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais, resposta esta dada pelas características de riscos e de potencialidades que são reflexos do processo biológico de desgaste ". (EGRY, 1996)

A partir das explorações anteriores acerca do câncer ginecológico e de questões sociais atinentes ao assunto, continuaremos, a seguir, destacando os



aportes de acordo com as posições adotadas por alguns pesquisadores que trabalham com a referida categoria gênero, categoria utilizada nesta pesquisa.

Para SCOTT (1995) “as preocupações teóricas relativas ao gênero como categoria de análise só apareceram no final do século XX. Elas estão ausentes na maior partes das teorias sociais formuladas desde o século XVIII, até o começo do século XX. De fato, algumas dessas teorias construíram a sua lógica sob analogias com a oposição masculino/feminino, outras reconheceram uma questão feminina e outras ainda preocuparam-se com a formação da identidade sexual subjetiva, mas o gênero, como meio de falar de sistema de relações sociais ou entre os sexos, não tinha aparecido”.

A mesma autora diz que o termo gênero “faz parte das tentativas feitas pelas feministas contemporâneas para reivindicar um certo campo de definição, para insistir sobre o caráter inadequado das teorias existentes em explicar as desigualdades persistentes entre mulheres e homens”. Parece ser significativo, de acordo com a autora, que o uso da palavra gênero tenha emergido num momento de grande efervescência que, em certos casos, toma a forma de uma evolução dos paradigmas científicos em direção aos paradigmas literários. É, nesse espaço, que devemos articular o gênero como uma categoria de análise (SCOTT,1995).

A autora destaca que gênero, enquanto elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, implica trabalhar com quatro elementos relacionados entre si: o primeiro baseado “nos símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas (freqüentemente contraditórias)”; o segundo baseia-se “nos conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas”; o terceiro “é explodir a noção de fixidade, descobrir a natureza do debate ou da repressão que leva à aparência de uma permanência eterna na representação binária dos gêneros” e finalmente o quarto elemento “é a identidade subjetiva”. (SCOTT,1995)

Um outro autor concorda que gênero é um conceito chave, dentro da teoria feminista. Afirma que sua concepção também tem evoluído desde uma perspectiva puramente biológica até outra muito mais sociológica. Segundo Harding apud CASTRO; BRONFMAN (1993) “gênero é uma construção social sistemática do masculino e do feminino que está pouco (ou nada) determinada pela biologia (pelo sexo), presente em todas as sociedades, e que permeia todas as dimensões da vida social e privada” (trad. da autora).

Para os mesmos autores trata-se de uma categoria situada no centro da teoria feminista, tanto por sua capacidade analítica como por seu conteúdo crítico que ilumina a forma genérica predominantemente masculina em que está organizada a sociedade ocidental. Este debate não terminou, embora já tenham sido identificadas as principais direções, nas quais é necessário um maior desenvolvimento teórico. O que é claro, portanto, é que tanto o patriarcado como o sistema sexo/gênero referem-se a uma forma de dominação específica nas quais os conceitos do modo de produção e de classe social não necessariamente fazem referência. (CASTRO e BRONFMAN, 1993)

Assim, pode-se dizer que a categoria gênero “pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social (...) Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anatomo-fisiológicas, portanto, biológicas, existentes entre os homens e as mulheres, o segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história” (FONSECA, R.M. 1995).

A mesma autora, refere também que “o sexo social é historicamente construído, é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo destas mesmas relações, nas quais, as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis. A utilização da categoria gênero pretende assim explicar, à luz destas relações de poder, as manifestações sociais das mulheres” (FONSECA, R.M 1995).

Para BREILH (1996) a situação de gênero não é uma exceção. Como todo processo social, estabelece o desfrute de bens e suportes e o padecimento de perigos e carências. O maior ou menor acerto e competência de uma análise da situação de gênero depende, então, do maior grau de contato com a realidade concreta, do emprego das categorias e de um marco conceitual que permita reconhecer as contradições e oposições mais importantes que determinam a vida de gênero e sua projeção.

O mesmo autor continua afirmando que a saúde é um campo para o qual convergem múltiplos determinantes e onde se fazem especialmente visíveis as contradições de gênero, especialmente quando se transcende o plano meramente individual dos padecimentos pessoais e se ascende para o plano coletivo, onde se estudam as condições de saúde das populações e grupos humanos, sejam estas as classes sociais, as etnias ou os membros de um determinado gênero.

Assim, comenta o autor que “uma leitura epidemiológica moderna da realidade mostra como a vida humana se constrói *entre fogos*. A qualidade de vida e a saúde forjam-se em termos globais em meio a uma luta permanente e dinâmica entre o interesse privado e a necessidade coletiva, entre os processos destrutivos de diversas ordens que se geram nas distintas dimensões (geral, particular e individual) e espaços da reprodução social (etnias, gêneros, classes sociais) e os processos protetores que são possíveis nas dimensões da realidade sócio-epidemiológica, com seus grupos e suas famílias” (BREILH, 1996 trad. da autora).

A concentração de poder remonta ao início da humanidade, diz Breilh, consolidando-se e expandindo-se na etapa histórica das sociedades clássicas, onde ficam estabelecidas, em sua unidade e interdependência, as 3 fontes de inequidade social: a condição de gênero, a situação etno-nacional e a situação de classe. Assim, a categoria inequidade social expressa, em última instância, as contradições sustentáveis do poder que enfrentam os grupos existentes na sociedade, contradições que determinam 3 processos interdependentes, onde a apropriação e reprodução do poder ocorrem, mesmo assim, em 3 domínios

de distinta generalidade e peso determinante, que são: as relações sociais de classe dadas pela localização de propriedade na estrutura produtiva, as relações etno-nacionais e as relações de gênero. Como relações de classe, entende-se em primeiro lugar, relações de poder econômico a partir das quais se estabelece o acesso a outras formas de poder. Dependem da localização diferencial dos grupos no sistema de produção, das relações de propriedade sobre os bens e meios de produção, do grau de controle e relações técnicas que as pessoas desse grupo têm sobre a marcha do processo produtivo e da cota que lhes cabe para seu consumo, de acordo com as relações de distribuição. Isso quer dizer que as relações de classe definem-se principalmente pelas contradições de interesse econômico e pelas outras formas de poder, complementarmente (BREILH, 1996).

Com respeito ao conceito de gênero, refere BREILH (1996) que não se trata de uma variável interessante para estratificação, nem é somente um problema conceitual como categoria teórica, é fundamentalmente uma perspectiva humana e política para focar a luta pela saúde e pela defesa da vida. “É a categoria de gênero que condiciona principalmente os aspectos da vida de classe que se devem estudar. O sistema de contradições de gênero do regime patriarcal é colocado no centro e se vincula analiticamente com as determinações da vida social mais ampla” (trad. da autora).

Segundo FONSECA R.M (1996) através da categoria gênero “é possível compreender a dupla subalternidade a que está exposta a maioria das mulheres nas sociedades onde é mais evidente o colapso da modernização, considerando-se que este opera muito mais por exclusão que por inclusão e que este processo penaliza muito mais as mulheres”.

Frente a estas reflexões, achamos que, não é possível que uma população realmente importante na produção econômica do país não tenha uma atenção de saúde de qualidade. O Programa (PAISM) existente não responde cabalmente as verdadeiras necessidades desta população. Dados históricos registram que houve uma efetiva participação das feministas, buscando uma verdadeira atenção integral à saúde da mulher, considerando

como base à categoria gênero, mas ficou pendente seu encaminhamento e efetivação na prática cotidiana. Hoje é preciso refletir sobre esse passado histórico que tentou resgatar a identidade feminina colocando em cheque as diversas transgressões dos direitos reprodutivos femininos, colocando em perigo a própria identidade feminina que longe de reforçá-la, o interesse maior inclina-se pela repressão dos seus sentimentos traduzidos em inumeráveis passagens da vida destas mulheres.

Contraditoriamente, no Brasil, marcado por uma política neoliberal, cujo *slogan* baseia-se na diminuição das desigualdades, na qual se tem produzido uma polarização marcada dos bens, as políticas públicas não tem conseguido a sustentação necessária para efetivar aos programas.

Para BREILH (1996) o neoliberalismo centra-se no “crescimento econômico do progresso tecnológico e o predomínio de uma lógica competitiva e eficientista, que são afins à reprodução do aparelho empresarial nas mãos dos grupos hegemônicos”. Tudo isto faz com que o setor informal da economia, portador de pouca tecnologia e produtividade, acabe sendo excluído do mercado. A liberação das importações, resultando na oferta de produtos a preços menores que os nacionais, tem gerado a derrota da pequena indústria nacional, enquanto que a aceitação do investimento estrangeiro ocasiona escassez de emprego.

Tais fatos, aliados à chamada Modernização do Estado, pelo enxugamento da máquina administrativa, traduzido na redução do trabalhador anteriormente estável ou fixo pelos funcionários com contratos temporários, têm criado instabilidade no emprego. O trabalhador vê-se obrigado a optar pelo regime de salário integral (prestações, saúde e bonificações), cujo resultado trará repercussões, prioritariamente em grupos de baixo nível econômico trazendo como produto o agravamento dos problemas da saúde tais como risco nutricional entre outros, refletindo numa política que responde quase sempre aos interesses dos poderosos que manejam a superestrutura de acordo com suas prioridades. Em meio a esse contexto, a mulher não vê outra alternativa do que sair em busca de oportunidades de emprego, sem deixar de

lado a função de dona de casa, o que reforça sua identidade de mulher trabalhadora como qualquer componente desta população economicamente ativa, produtora de bens e serviços.

Para BREILH (1996), esta situação tem como conseqüência a discriminação social, política, econômica, com repercussões familiares (altas taxas de má nutrição, morbidade e mortalidade materno-infantil, baixo rendimento e produtividade no trabalho e na escola, baixa renda familiar, perpetuação da pobreza rural, migração, terrorismo/violência, etc)

A mulher, nessa conjuntura, muitas vezes, desconhece os benefícios do Papanicolaou e, não raramente, faz o exame sem prévia orientação, o que desrespeita sua individualidade e sua história de vida carregada de temores, medos e vergonha. É, neste momento, que se evidencia também uma real relação de gênero, onde o médico, fazendo uso de seu papel de autoridade, exerce seu poder obrigando a paciente a submeter-se (subordinar-se ao exame), às vezes não levando em consideração os ambientes inadequados dos consultórios, trato pouco amável, etc. Ela, muitas vezes, para evitar negar-se ante essa situação, assume seu papel de subordinada. Desta forma, sua liberdade fica limitada e as repercussões psicológicas, físicas e emocionais ficam de lado. Muitos destes fatos podem ser marcantes na vida da mulher ao intercambiar informações com outras mulheres, de forma positiva ou negativa, chegando até a rejeição aos exames posteriores.

E isto é agravado quando acrescido do fato de que os cânceres cérvico-uterino e de mama são verdadeiros problemas de saúde pública no Brasil, devido ao elevado índice de mortalidade. Desta forma, o conhecimento sobre os fatores de risco ligado a prática diária é importante e prioritária, como afirma o próprio Ministério da Saúde, sem deixar de considerar as próprias vivências grupais como parte de uma sociedade complexa, que merece respeito e ser entendido pela sua própria caracterização biológica, histórica e cultural.

Finalmente centralizando-se no problema objeto deste estudo ao realizar a observação e entrevistas (de maneira preliminar e assistencializada

para verificar a importância do problema identificado) com as enfermeiras encarregadas da Coleta do Papanicolaou no Ambulatório do HU - USP, atividade implementada a partir do mês de agosto de 1996, as mesmas manifestaram que a rotina do exame ginecológico realizado pelo médico baseava-se na aplicação de uma ficha ginecológica, sem orientação prévia do exame, seguida do exame propriamente dito. Posteriormente, de acordo com certos critérios médicos (solicitação de exames de laboratório, cirurgia, internação, planejamento familiar, etc), a paciente era encaminhada à entrevista - consulta com a enfermeira encarregada do setor, o que também embasava a sua atenção na aplicação de um instrumento de recompilação de dados com um enfoque bio-médico, baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (S.A.E)<sup>2</sup>. Este visa à operacionalização das ações de enfermagem centrada na filosofia institucional do que "o paciente seja assistido de acordo com suas reais necessidades, preservada sua individualidade e especificidade, direcionado o atendimento para o aprendizado do autocuidado e que o enfermeiro tenha sua prática concretizada num prisma onde seu papel de coordenador da assistência de enfermagem esteja assegurado", estes são executados mediante o uso de alguns instrumentos aprovados pelo Departamento de Enfermagem (histórico de enfermagem, evolução de enfermagem, prescrição de enfermagem).

Com respeito às percepções das pacientes acerca da consulta médica, as enfermeiras manifestaram que as usuárias não apresentaram queixas. Segundo elas, as pacientes afirmam que "a atenção é ótima". Por outro lado, as mesmas enfermeiras *desconhecem especificamente as percepções das pacientes que se submetem pela primeira vez ao exame ginecológico e reconhecem que seria importante obter essa informação*. Os outros profissionais da saúde (especificamente o pessoal médico) levantaram as possíveis limitações deste estudo, pois acreditavam que seria difícil a captação do tipo de grupo escolhido, ou seja, *a percepção das mulheres que assistem pela primeira vez ao exame ginecológico* .

---

<sup>2</sup> O SAE conhecido no processo de enfermagem como um elemento importante na sistematização da assistência de enfermagem está fundado nos princípios teóricos do Autocuidado da norte-americana Dorothea Orem e na Teoria da Wanda Horta, teórica brasileira.

A *percepção* é uma palavra relativamente comum no nosso meio, no entanto convém precisar para não ser entendida enquanto senso comum. Assim, é “o ato, efeito ou faculdade de perceber” e *perceber* é “adquirir conhecimento de, por meio dos sentidos. Formar idéia de; abranger com a inteligência; entender, compreender. Conhecer, distinguir; notar” (FERREIRA, 1988). O sentido filosófico da palavra é dado por CHAUI (1995) <sup>a</sup>, para ela a “percepção é uma relação do sujeito com o mundo exterior e não uma reação físico-fisiológica de um sujeito físico-fisiológico a um conjunto de estímulos externos (como suporia o empirista), nem uma ideia formulada pelo sujeito (como suporia o intelectual). A relação dá sentido ao percebido e ao percebedor, e um não existe sem o outro”. A autora refere também que a percepção envolve toda nossa personalidade, nossa história pessoal, nossa afetividade, nossos desejos e paixões, é uma maneira fundamental dos seres humanos estarem no mundo, sendo que para ela também “é uma forma de comunicação que estabelecemos com os outros e com as coisas”.

Frente a essas considerações, assentadas na motivação pessoal e acadêmica de buscar o conhecimento, propõe-se o desenvolvimento da presente pesquisa que verificará a percepção das usuárias, do serviço ambulatorial do Hospital Universitário, acerca do seu primeiro exame ginecológico, numa perspectiva de gênero.

Parte-se da hipótese de que os técnicos da equipe de saúde (enfermeira, médico, outros) não evidenciam as desigualdades existentes especificamente nesta população com características especiais e por isso deixam de aproveitar a posição individual como uma projeção no coletivo, não oferecendo uma atenção de qualidade e com maior humanização.



## **2. OBJETIVOS:**

- Caracterizar as mulheres em estudo, de acordo com a inserção social, idade, vínculo com HU-USP, serviço e modalidade onde foram atendidas, ocupação, escolaridade, estado civil, religião, pessoas que coabitam no mesmo domicílio, antecedentes ginecológicos e obstétricos.
  
- Identificar as contradições acerca da percepção ao primeiro exame ginecológico de prevenção de câncer de colo uterino e de mama, explicitadas pelas mulheres;
  
- Interpretar as representações sociais das mulheres acerca do exame ginecológico privilegiando a categoria gênero;
  
- Identificar os caminhos para a transformação da atenção ginecológica no processo saúde-doença das mulheres.

### 3. CAMINHO METODOLÓGICO

#### 3.1. O método:

O presente estudo adotou o referencial *materialista histórico dialético* (MHD), tendo como bases metodológicas às de QUEIROZ e EGRY (1988) propostas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva.

EGRY (1996) refere que “o materialismo histórico tem como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento. É materialismo porque sustenta que a produção material é a base sobre a qual se estabelece o modo de viver dos homens, o que determina toda a vida da sociedade. O materialismo histórico atribui caráter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os susceptíveis de serem transformados pela ação dos homens. Nesse sentido, diferencia-se do funcionalismo, que considera os fenômenos sociais como a-históricos”. A autora apresenta uma proposta centrada no marco filosófico do materialismo histórico e dialético denominada Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), com o objetivo de refletir e ampliar a abordagem metodológica da intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade; “é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção”.

Segundo FONSECA, R.M.G. (1996), “somente o entendimento da trama das relações sociais de produção, em relação dialética com as forças produtivas, constituindo a base material sobre a qual se constrói a superestrutura social, não explica determinados fenômenos inscritos na construção e vivência dos sujeitos sociais, especialmente das mulheres”. Ao refletir sobre o método e reconhecendo os limites do MHD para a

compreensão dos fenômenos a partir do perfil reprodutivo convida a “lançar mão de outras categorias que dêem conta dessa explicação” optando pelo uso da categoria *gênero*, que teve suas raízes nos movimentos feministas nos anos 80. Hoje a Saúde Coletiva também incorpora esta categoria, com o objetivo de encontrar novas saídas partindo de múltiplas reflexões rumo a uma atenção humanizada e de qualidade. A seguir apresentaremos algumas definições de gênero, elaboradas por alguns pesquisadores na área:

BREIHL (1994) explicita que “a categoria de gênero pode ser central em alguns estudos ou ações específicas, entretanto, não pode ser principal na determinação do conjunto global do movimento histórico da população das quais são partes inseparáveis dos gêneros” (trad. da autora).

As pesquisas de gênero e saúde não se reduzem ao conhecimento de indicadores de doenças que afetam primeira ou totalmente um gênero, nem tampouco, se limitam a buscar o nexos empírico da patologia feminina com fatores sociais correlacionados. Devem sim explicar como intervir nas condições e nas relações de gênero, no processo de determinação social da saúde-doença. Para fazê-lo, deve-se levar em conta que essas relações modificam-se historicamente e que possuem expressões distintas nos diversos grupos humanos da sociedade (BREILH, 1994 trad. da autora).

Para SCOTT (1995), a categoria gênero, possui duas partes e várias subpartes ligadas entre si, mas analiticamente distintas. *“O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”*.

Na incorporação da categoria gênero FONSECA, R.M.G. (1996) identifica uma das saídas para a superação das contradições que evidenciamos cotidianamente, tanto na nossa relação social com a clientela feminina/masculina, como na que estabelecemos com os demais trabalhadores da área da saúde.

Para BREILH (1996), gênero corresponde ao domínio coletivo, e é a feminilidade típica caracterizada historicamente. Define-o como um conjunto de capacidades, potenciais e reais, e limites do ser mulher coletivo num cenário social concreto. *Mulher*, por sua vez que corresponde ao domínio individual, é o ser feminino singular com traços culturais e biológicos próprios. A *mulher* na sua reprodução particular reproduz-se diretamente a si mesma e ao conjunto do gênero e à sociedade indiretamente. Assim, a categoria gênero é uma ferramenta para aprofundar o desenvolvimento da epidemiologia crítica: no avanço do conhecimento epidemiológico (construção integral da especificidade feminina ou masculina); no desenvolvimento da prática nas áreas de prevenção e promoção da saúde e na potencialização da participação feminina nos processos de monitorização estratégica da realidade social e epidemiológica. (trad.da autora).

Para FONSECA,R.M.G.S (1996), a concepção de gênero, na vertente pós-estruturalista francesa, categoria âncora da presente pesquisa, insere-se na perspectiva de que “a incorporação da categoria analítica gênero na área da saúde, através da epidemiologia social, é fundamental para a compreensão das desigualdades sociais e da qualidade que assume o processo saúde-doença em cada sujeito ou em cada grupo social. Em se tratando de mulheres, além do conhecimento da especificidade da biologia feminina, há que se conhecer e compreender as especificidades da condição da mulher no espaço social considerado.”*Não basta dizer e reconhecer a situação de subalternidade feminina no mundo contemporâneo. Há que se conhecer as formas assumidas por esta subalternidade e como ela se expressa no que toca à determinação do processo saúde-doença. Isto pode ser feito através de algumas sub-categorias que concretizam as desigualdades existentes entre os sexos”*

OLIVEIRA,E. (1997) afirma que a categoria gênero busca desvendar as relações ocultas de dominação entre os gêneros. Refere também que o uso desta categoria nos estudos e pesquisas na área de saúde “contribui e alarga a compreensão do fenômeno do processo saúde-doença que, a partir da complexidade dos fatores intervenientes neste caso, introduz a dimensão de

poder crivada pela desigualdade sexual para explicar os diferentes impactos que a exposição aos mesmos riscos químicos, ergonômicos e psíquicos nos locais de trabalho provocam no homem e na mulher. Assim também contribuem para reorganizar o conhecimento científico na ótica da não desqualificação pela diferença sexual”.

Um aporte interessante que ajuda a refletir na transformação da atenção ginecológica no processo saúde-doença baseia-se num quadro construído por EGRY (1994), a partir das considerações de BREILH (1990) e adaptado por FONSECA (1996), que mostra as diferenças entre a saúde pública e a saúde coletiva com respeito à saúde da mulher, onde são abordados diversos elementos, a partir de uma visão da Saúde Coletiva (QUADRO 1):

## QUADRO 1

### Diferenças entre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva na Abordagem da Saúde da Mulher

ELEMENTOS	VISÃO DA SAÚDE PÚBLICA	VISÃO DA SAÚDE COLETIVA
Conceito de saúde-doença/ Conceito de saúde-doença da mulher	Empírico, reduzida ao plano fenomênico e individualizado da causação biológica Agravos relacionados à especificidade biológica da população feminina (relação causa-efeito). Priorização da problemática relacionada à função reprodutiva da mulher. Saúde materna, Saúde Reprodutiva	Determinado historicamente pelo processo coletivo de produção dos fenômenos sociais. Perfis de saúde-doença determinados historicamente na situação social da mulher compreendida segundo classe social, gênero, raça/etnia, geração. Saúde da Mulher
Ancoragem metodológica/ Ancoragem metodológica na saúde da Mulher	Método empírico-analítico baseado no funcional positivismo (estrutural funcionalista, popperiano ou fenomenológico) Fundado nos mesmos pressupostos anteriores capazes de analisar a função reprodutiva da mulher. Usa sexo, raça, etnia, idade como variáveis.	Método dialético embasado na filosofia da praxis Epistemologia feminista: utiliza gênero, raça/etnia, idade como categorias analítico interpretativas dos perfis de saúde-doença da mulher
Centralização da ação/ Centralização da ação na Saúde da Mulher	Sob a ótica do Estado e de seus interesses na sociedade capitalista Responde aos interesses capitalistas do papel da mulher de reprodução e manutenção da força de trabalho	Demandas originárias das lutas populares, crítica e renovação do “que fazer” estatal Demandas dos movimentos de mulheres, de gerações, raciais Subjaz à noção de cidadania e de direito à saúde
Amplitude e dinâmica das ações/ Amplitude e dinâmica das ações de Saúde da Mulher	Melhorias graduais e localizadas, dentro das possibilidades limitadas e definidas pelo Estado Melhorias nos perfis de saúde reprodutiva, dentro das possibilidades definidas pelos organismos internacionais e pelo Estado	Mudanças radicais, consideradas a dialética das possibilidades e necessidades, resultantes do embate entre o Estado e a Sociedade Mudanças na situação social das mulheres, dentro das possibilidades e necessidades resultantes do embate entre o Estado e os movimentos sociais de mulheres, negros, idosos, jovens.

Construído por EGRY (1994) a partir das considerações de BREILH (1990) e adaptado por FONSECA, R.M.G.S. da (1996)

É sob este quadro teórico que, a investigadora fez uma aproximação do fenômeno, que trata da percepção das mulheres acerca das ações de saúde, onde se buscou explicitar as contradições existentes no discurso das mesmas, na perspectiva de compreendê-las, para a implementação das intervenções na própria instituição de estudo.

Em relação à população, MINAYO (1994), ao destacar as diferenças entre uma abordagem quantitativa e a qualitativa em saúde, destaca que esta última preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. A escolha da população do estudo deve, portanto, permitir refletir a totalidade em suas várias dimensões. Dentre os requisitos para a seleção da população, MINAYO (1994) cita os seguintes:

- “definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação”;
- “não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa” ;
- “embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria”;
- “prever uma triangulação (multiplicar as tentativas de abordagem)”.

Assim as *categorias analíticas* eleitas para este estudo foram classificadas da seguinte forma:

- Assistência à saúde da mulher (exame ginecológico / exame papanicolaou)
- Gênero

### **3.2. Fonte de dados empíricos**

Os dados empíricos obtidos considerados como fontes primárias foram captadas através das mulheres que compareceram pela primeira vez ao exame ginecológico nesta instituição. Os dados de fontes secundárias foram captados através de prontuários, registros, observações, entrevistas com os técnicos e consulta a outros documentos elaborados pela própria instituição, tais como o Regimento Interno.

#### **3.2.1 O Cenário do Estudo**

Este estudo foi realizado no Serviço Ambulatorial do HU-USP, situado no Município de São Paulo.

De acordo com o regimento interno, o HU-USP, tem entre as suas finalidades, como parte do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo e como prestador de serviços ao SUS, promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à comunidade (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1992).

Para atingir seus objetivos, cabe ao HU-USP (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1992) desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento de enfermidades no nível secundário, bem como de proteção e recuperação da saúde. Para tal, o HU-USP presta serviços ao corpo docente, discente, aos servidores e dependentes da USP do campus S. Paulo e dos demais campi (Pirassununga, Piracicaba, São Carlos, Riberão Preto, Baurú); assim como para a população da área geográfica de sua abrangência. Esta área correspondente ao antigo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – (SUDS R-2) - Butantã, atualmente é parte integrante do Núcleo Regional 1 - DIR I. Até junho de 1996, além das unidades estaduais localizadas no SUS R-2, as Unidades da Prefeitura do Município de São Paulo que pertenciam a sua área de



abrangência integravam a Administração Regional de Saúde-2 (ARS-2-Butantã). Com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no âmbito do Município de São Paulo, ocorreu uma mudança no Modelo Assistencial no Município ficando estes a cargo da iniciativa privada (cooperativas), portanto não sendo mais atendidos pelo HU-USP. Um Mapa demonstrativo da área de abrangência antes e após o PAS, encontra-se em anexo (Figura A).

É importante ressaltar que a partir da implantação do PAS, na jurisdição do Butantã, evidenciou-se uma diminuição da demanda de atendimento no HU-USP. Este fato não afetou os serviços de obstetrícia e ginecologia, que tinham já anteriormente limitada sua população de atuação, o que não influenciou em termos das características particulares da população para o presente estudo que serão especificadas posteriormente; mas indubitavelmente as repercussões nas outras clínicas foram evidentes pois houve restrições aos atendimentos, com a conseqüente repercussão na população, que contava com o HU-USP como uma instituição de referência, suprimindo a ausência de pessoal técnico e os exames complementares nas UBSs.

Quanto à vinculação com as demais instâncias do Sistema de Saúde, ou seja com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) citadas anteriormente, esta é limitada. O HU-USP só recebe encaminhamentos realizados por estas UBSs em casos especiais, mantendo a contra-referência para que o acompanhamento dos pacientes seja feito após a triagem e a alta hospitalar.

Frente a esta realidade é importante refletir acima dos regulamentos impostos pelas hierarquias, que sem levar em consideração as verdadeiras necessidades da denominada população da comunidade Butantã; o HU-USP converte-se numa instituição impar brindando atenção diferenciada a uma pequena população privilegiada e deixando a outra que precisa também ser atendida de acordo aos princípios do SUS, então surge a seguinte questão será que existe um verdadeiro compromisso político em promover saúde sem distinção de raça, sexo, condição econômica, etc.?

Quanto ao Ambulatório do HU-USP é dividido em várias unidades, dentre as quais encontra-se o Ambulatório de Ginecologia que tem três tipos de atendimento: o pronto-atendimento médico (atendimento à demanda espontânea), a consulta médica agendada e a realização da coleta de Papanicolaou diretamente pela enfermagem (atendimento à demanda espontânea). O Papanicolaou pode ser realizado durante o pronto-atendimento ou a consulta médica, mas a realização deste procedimento pelo pessoal da enfermagem trouxe maior agilidade ao serviço, o que não ocorria desde o momento da sua implantação quando só era realizado durante as consultas médicas. O Ambulatório de Obstetrícia também tem três tipos de atendimento: pronto-atendimento (atendimento à demanda espontânea), consulta agendada (pré-natal) e monitorização das gestantes de alto risco (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1992).

O Serviço Ambulatorial do HU-USP, como parte integrante do organograma geral, segue a mesma filosofia de assistência do autocuidado, preconizada pelo Departamento de Enfermagem para toda a Instituição. Dentro das áreas de funcionamento, conta com 4 consultórios médicos de ginecologia e 2 consultórios de obstetrícia e um serviço de pronto atendimento que funcionam durante o período da manhã e da tarde. O relatório mensal do atendimento ambulatorial por clínica mostra que a maior demanda concentra-se no serviço de Ginecologia (Quadro 2). A distribuição das usuárias do Ambulatório de Obstetrícia e Ginecologia segundo as atividades desenvolvidas especificamente por cada profissional (Quadro 3), mostra que a demanda após as enfermeiras assumirem a nova função na coleta de Papanicolaou (de setembro/96) até o momento que antecedeu o presente estudo (janeiro/97) foi em média de 294 coletas/mês.

**Quadro 2-** Distribuição das usuárias do HU-USP segundo as clínicas e meses do ano - (Janeiro/96 a Março/97).

Atendimento do Ambulatório (Médico)

CLÍNICA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Ginecologia	534	714	576	384	612	398	629	635	535	643	603	459	481	395	589
Obstetrícia	264	238	220	255	273	187	234	239	208	219	226	177	295	222	244
TOTAL	798	952	796	639	885	585	863	874	743	862	829	636	776	617	833

Fonte: Relatório Mensal unificado do HU-USP /Atendimentos realizados e estatística administrativa segundo clínica.

**Quadro 3 - Distribuição das usuárias do Ambulatório de Obstetrícia e Ginecologia segundo as atividades técnicas e os meses do ano (janeiro/96 a junho/97)**

**Obstetrícia:**

MÊS/ DIAS ÚTEIS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
	20d	18d	21d	21d	22d	18d	23d	22d	21d	23d	20d	17d	22d	17d	20d	21d.	22d.	18d.
pré-natal cons. enferm.	71	59	68	71	75	70	101	108	64	85	73	55	87	77	95	104	81	83
colposcopia proced.médico	33	46	53	35	56	31	57	45	41	36	24	29	46	48	20	42	26	35
biópsia proced.médico	05	06	03	01	45	02	06	09	04	04	05	09	09	06	09	03	13	06

**Atendimento USP - Ginecologia (Consulta de Enfermagem)**

CLÍNICA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
citologia de mama	--	--	--	--	--	--	--	--	14	10	03	04	02	02	0	0	02	0
Papanicolaou	--	--	--	--	--	--	--	--	102	105	107	82	121	99	132	132	86	112

**Atendimento USP - Ginecologia (Auxílio em procedimentos médicos)**

CLÍNICA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
citologia/ colposcopia	215	279	224	136	235	168	279	261	205	237	217	136	159	144	210	148	158	193
biópsia	49	45	43	36	76	44	42	45	29	35	38	40	24	19	25	39	32	45

Fonte: Relatório Mensal HU-USP - janeiro 96 a junho 97

No levantamento de prontuários realizado por nós nos meses de Junho a Dezembro de 1996, observamos que, do total das mulheres que se submetiam ao exame de Papanicolaou, em média 5% era representado por aquelas que vinham ao seu primeiro exame ginecológico, sendo que pelo menos uma paciente por período era atendida no serviço de pronto-atendimento ou no consultório de coleta de Papanicolaou do serviço de ginecologia e na consulta obstétrica. No ambulatório de obstetria, a vaga é pré-estabelecida no agendamento, especialmente para adolescentes, atenção diferenciada justificada pelos fatores de risco aos quais estão expostas, tornando-se assim prioridade da atenção assumida como uma responsabilidade direta da Instituição e incorporada nas normas e rotinas internas da clínica obstétrica. Dados estatísticos gerais obtidos em relação ao atendimento das mulheres nos serviços de ginecologia e obstetria, por grupo etário, durante 7 meses do ano 1995, evidenciam a maior concentração no grupo com idade entre 20 e 40 anos (Tabela 1) e entre 20 e 30 anos respectivamente (Tabela 2). Estes dados dão uma idéia do perfil das mulheres usuárias que freqüentam estes serviços em busca do atendimento.

**Tabela 1** - Distribuição das usuárias do serviço Ambulatorial da Clínica Ginecológica segundo os grupos etários e meses (março a setembro de 1995).

IDADE	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	TOTAL	%
10   15	10	03	01	06	05	15	11	51	1,05
15   20	38	46	57	45	47	79	38	350	7,21
20   30	221	172	159	182	165	251	142	1292	26,62
30   40	183	180	150	170	183	206	153	1225	25,24
40   50	135	148	177	151	190	217	156	1174	24,19
50   60	62	55	68	74	71	108	62	500	10,30
60 e +	37	30	33	32	45	55	29	261	5,37
<b>TOTAL</b>	<b>686</b>	<b>634</b>	<b>645</b>	<b>660</b>	<b>706</b>	<b>931</b>	<b>591</b>	<b>4853</b>	<b>100%</b>

Fonte: Atendimento Ambulatorial - SAME - HUUSP. 1995

**Tabela 2** - Distribuição das usuárias do serviço ambulatorial da Clínica Obstétrica segundo os grupos etários e meses (março a setembro de 1995).

IDADE	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	TOTAL	%
10   15	02	03	03	05	09	06	04	32	2,01
15   20	31	22	35	38	36	43	39	244	15,33
20   30	138	128	130	114	92	137	116	855	53,73
30   40	68	53	58	59	49	79	57	423	26,58
40   50	6	5	5	6	4	6	5	37	2,32
50 e +	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>211</b>	<b>231</b>	<b>222</b>	<b>190</b>	<b>271</b>	<b>221</b>	<b>1591</b>	<b>100%</b>

Fonte: Atendimento Ambulatorial - SAME - HUUSP. 1995

### 3.2.2 A população de estudo

Participaram deste estudo (10) dez mulheres que compareceram pela primeira vez à consulta de exame ginecológico de prevenção de câncer de colo uterino (exame Papanicolaou) e de mama, nos serviços de ginecologia e obstetrícia do HU-USP o qual atende a comunidade USP: docentes, estudantes, funcionários e dependentes deles, e exclusivamente às adolescentes da área de abrangência do referido serviço (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1992).

O universo desta pesquisa foi constituído pelas mulheres que compareceram pela primeira vez ao serviço ambulatorial do HU-USP, para a realização do exame ginecológico.

Desta maneira será possível “privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, considerando em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, entendendo que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças e [de tal forma que] a escolha do *locus* e do grupo

de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa". (MINAYO, 1994)

Assim, delimitou-se o número de participantes nesta investigação a partir das informações que foram colhidas, considerando como critério a repetição dos dados e sua suficiência para as análises propostas.

### **3.3. Coleta e análise de dados**

A população referida foi entrevistada pela pesquisadora que previamente explicou-lhes a finalidade do trabalho, a fim de obter permissão e participação ativa durante o processo, levando em consideração os aspectos éticos envolvidos como: garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e à intimidade e à sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1993).

Assim também foram feitas as entrevistas-piloto para testar a adequação da questão norteadora e as questões complementares resultando no instrumento final deste estudo (ANEXO I).

As entrevistas foram realizadas a partir da segunda quinzena do mês de fevereiro até o final do mês de março do ano 1997, meses que podem ser considerados como representativos na análise dos dados deste estudo. Nesta etapa foram captados os depoimentos das mulheres que compareceram aos serviços de ginecologia ou obstetrícia descrita anteriormente.

Para a coleta de dados, três fases foram planejadas para cada entrevista. A primeira fase continha uma questão aberta e norteadora, onde se buscou identificar a percepção da usuária no primeiro exame ginecológico

de prevenção de câncer de colo uterino e de mama, através da seguinte questão:

***Conte-me, com o máximo de detalhes, o que você está pensando e sentindo sobre seu primeiro exame ginecológico que será feito hoje.***

Nesta fase, ao buscar o discurso livre evitou-se a interferência durante a fala, respondendo apenas às questões que eventualmente foram feitas pela entrevistada. Na segunda fase da entrevista, quando a entrevistada apenas descrevia a situação sem comentá-la, foram feitas outras questões complementares:

- Qual é o motivo da sua consulta?
- Qual é a sua opinião sobre o PAPANICOLAOU?
- O que você acha que vai acontecer com você daqui a pouco?
- Como você imagina que será este exame?
- Você recebeu alguma informação a respeito deste exame? De quem?
- Como você se sentiu depois de escutar ou ler sobre esta informação?
- Você tem alguma dúvida ou algo que queira compartilhar comigo que considera importante e que não foi dito até agora?

A terceira parte do instrumento tentou caracterizar as mulheres através dos antecedentes ginecológicos, dados de identificação e caracterização social tendo sido que esta última parte adaptada do instrumento elaborado por GRECO (1993).

De acordo com OLIVEIRA, R (1986), com respeito à coleta de dados, manifesta "quanto mais nos fechemos dentro de um quadro teórico rígido mais veremos as respostas se limitarem a confirmar ou desmentir as hipóteses iniciais sem, contudo abrir brechas ou espaços para a elaboração de outras hipóteses". Ao contrário, EGRY (1985) cita que, as entrevistas semi-estruturadas permitirão detectar em seu discurso "não somente o conteúdo explícito, mas também o não explícito, as reticências, as pausas, e captar no interior dele sobretudo as contradições entre o fazer e o pensar".



Quanto à análise dos dados, na primeira e segunda fase utilizou-se o procedimento de depreensão de temas contidos nos depoimentos, que serão explicados no próximo tópico. Os dados da terceira fase foram registrados manualmente e a seguir foram agrupados e analisados mediante os programas dos softwares DBASEIII-Plus e EPI-INFO 6.

### **3.3.1- Procedimento de depreensão de temas contidos nos depoimentos:**

Como foi mencionado anteriormente neste espaço explicaremos como foi analisada a primeira e segunda fase utilizando esta técnica.

A pesquisadora, com a assessoria técnica da Prof. Dra. Marcia Regina Car, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, procedeu posteriormente à depreensão dos temas contidos nos depoimentos de cada uma das mulheres.

Esta técnica de análise e tratamento do material de fonte primária foram sustentados pela proposta de decodificação dos dados captados propostos por FIORIN (1989, 1993). O citado autor afirma que "o discurso são as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas falas), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo".

FIORIN (1993) coloca também a importância da fala como a possibilidade de exteriorização psico-físico-fisiológica do discurso, alertando que ela é rigorosamente individual. Para análise do discurso, o autor apresenta a distinção entre a sintaxe discursiva e a semântica. Explica que a sintaxe discursiva compreende os processos de estruturação do discurso que estão expressos no mecanismo do discurso direto, indireto e indireto livre. A Semântica discursiva é abordada pelo autor como o campo das determinações inconscientes, e constitui a maneira de ver e pensar o mundo

numa dada formação social, caracterizando como campo da determinação ideológica. Segundo esta orientação, os discursos dos atores/falantes sofrerão uma análise e interpretação para a apreensão dos conteúdos-chaves contidos em seus discursos.

Esses conteúdos deverão ser agrupados segundo seus elementos constitutivos. Mais uma vez, será utilizado o aporte de FIORIN (1993) para encontrar o significado dos temas e das figuras. "Tema é definido como o elemento semântico que designa um elemento não-presente no mundo natural, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis. Figura é o elemento semântico que remete a um elemento do mundo material".

Uma vez feita a transcrição fidedigna dos depoimentos, partiu-se para a interpretação da realidade objetiva, denominada a segunda etapa deste estudo, que MINAYO (1992), considera como a fase de análise e tratamento do material.

CAR (1993) refere que a análise e tratamento do material consistem, de início, na apreensão dos temas contidos nos depoimentos das mulheres através do procedimento descrito a seguir:

- a) Leitura repetida dos depoimentos grifando temas e figuras;
- b) Busca da articulação entre os temas e figuras, suas congruências e ambigüidades;
- c) Para facilitar a apresentação desses temas eles foram expressos em "frases temáticas", cuja listagem encontra-se em anexo (Anexo II). A autora refere que este procedimento foi elaborado seguindo a Teoria do discurso - organização da narrativa e do discurso - preconizada por Fiorin, dentro da perspectiva da dialética materialista.

Desta maneira, a partir das *categorias analíticas* propostas - Assistência à saúde da mulher (exame Ginecológico: exame Papanicolaou) e Gênero - e após os agrupamentos dos temas/ frases temáticas emergiram as *categorias empíricas*, que foram classificadas da seguinte forma:

**CATEGORIAS EMPÍRICAS:**

- Atenção à saúde (Serviço de saúde e Assistência de saúde)
- Exame Ginecológico (Razão do exame ginecológico, conhecimento e sentimentos frente ao exame ginecológico)
- Mulher, vida e Saúde (Relacionado à condição da mulher e fase do ciclo vital)

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES :

#### **Inserção Social:**

Os dados priorizando a inserção social da mulher dentro da sociedade, são apresentados considerando as mulheres segundo a ocupação do chefe da sua família atual e a própria ocupação das mulheres.

Ao falar de classe social das mulheres, temos que ter em consideração, que infelizmente com um contingente pequeno da população como é a nossa, não foi possível fazer uma classificação específica da mesma, pelo fato de não ter poder discriminatório, mas concordamos com a importância da mesma ao serem realizadas pesquisas com maior população devidamente estruturado, como o referido por FONSECA (1990).

No entanto nosso olhar estará baseado na descrição do perfil desta população tomando como referência alguns dados básicos e centralizando-se nas percepções das usuárias em relação a alguns tópicos na área. Considerou-se a inserção do chefe de família atual da mulher no sistema produtivo. Na tabela 3 evidencia-se que a maioria das mulheres indicou o pai, ou a mãe (na condição de separadas ou viúvas ou na ausência do sexo masculino) como chefe da família. Apenas uma apontou o marido.

**Tabela 3- Distribuição dos chefes de família**

CHEFE DE FAMÍLIA	Nº
Pai	05
Mãe	04
Marido	01
TOTAL	10

MEDICI (1989) refere que as pesquisas domiciliares do FIBGE costumam definir como chefe da família a pessoa homem ou mulher

responsável pelo domicílio ou pela família, “termo catalogado como muito subjetivo”. Mesmo assim em pesquisas anteriores como o Censo demográfico de 1970 e as Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNAD's) realizadas durante os anos 70, os termos assumidos para este item eram ainda mais rígidos assumindo como chefe automaticamente o marido, sendo que a mulher só era considerada como chefe quando não fosse casada ou vivesse em união consensual estável. Em 1985 os dados da PNAD mostraram que da totalidade de mulheres brasileiras 8,8% eram chefes de família.

Em relação a este tema, FONSECA (1990) afirma que “em uma sociedade patriarcal como a nossa, o lugar de chefe da família, historicamente, vem sendo ocupado pelo homem cabendo a este tanto a responsabilidade pela manutenção e sustento da família, como a detenção do poder decisório sobre a maior parte das questões familiares. A mulher só ocupa esta posição na ausência da figura masculina do casal ou de outro homem que possa vir a ocupá-la, como o seu pai, o seu sogro, o seu filho mais velho, etc. Na presença destas pessoas, dificilmente ela é designada chefe, apesar da sua crescente participação na população economicamente ativa, portanto, de estar contribuindo cada vez mais, ao lado do homem, para o sustento da família”.

Também a esse respeito VALDES (1993) comenta que nas últimas décadas a proporção de chefes de famílias no Brasil, especialmente as mais jovens tem aumentado. Ressalta também a evolução da chefia de família por sexo, no caso das mulheres identificou-se um 13% segundo o Censo de 1970, 15,6% de acordo com o Censo de 1980 e 20,1% em 1989 segundo a PNADs, já nos chefes homens evidenciou-se uma diminuição nas porcentagens sendo de 87,0%, 84,4% e 79,9% respectivamente. Afirmam também que comparando esta situação com os demais países da América Latina provavelmente a proporção de famílias chefiadas por uma mulher seja maior, considerando os registros distorcidos pelo fato de que ainda na cultura latina a chefia recai no varão.

FACCHINI (1995) afirma ter observado um crescimento da participação da mulher brasileira na população economicamente ativa (PEA) e na chefia da família, assim desde fins da década de 80 o autor refere que as mulheres constituem mais de um terço da PEA e chefiam cerca de 20% das famílias do país (aproximadamente 8 milhões de famílias), em 1981, as mulheres ocupavam 32,9% dos empregos do país, sendo que em 1990 teve um aumento equivalente para 39,2%. O fato da inserção da mulher no mercado de trabalho com remuneração favorece as condições de viver sozinhas ou chefiar uma família seja com uma condição marital solteira ou separada. Existe a possibilidade de ter ainda com uma quantidade maior aos 20% estimados de famílias chefiadas por mulheres, sendo que o vínculo entre chefia da família e masculinidade, termo tradicional no Brasil poderia ainda estar subestimando esta cifra (FACCHINI, 1995 ; VALDES, 1993).

Os dados apresentados corroboram quanto ao reconhecimento do sexo masculino como chefe da família, mas não deixam de reconhecer a posição como chefes a alguma outra mulher centralizada geralmente na figura materna, dado muito importante a ser ressaltado. Frente a esta realidade evidencia-se que a posição da mulher na família e na sociedade vai se tornando significativamente importante e cada vez com maior firmeza, dada sua condição não só de mãe, esposa, mas também como força produtiva no mercado de trabalho, provocando diversas reflexões em relação a um novo perfil da mulher brasileira e latinoamericanas e suas diversas repercussões no dia a dia.

A tabela 4 apresenta a distribuição das mulheres segundo a ocupação do chefe da família, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) estabelecida pelo Ministério do Trabalho - Secretaria de Emprego e Salário (BRASIL, 1982)

**Tabela 4** - Distribuição das mulheres segundo a ocupação do chefe da família e salário.

Nº Entrevista	Chefe de família	Ocupação	Há quanto tempo	Nº. Salário mínimo
01	Mãe	(Aposentada)	5	não informado
02	Marido	(Aposentada)	2	8,9
03	Pai	Médico Psiquiatra (0-61.62) (Grupo 0/1)	20	não informado
04	Pai	(Aposentada)	3	8,9
05	Pai	Comerciante/loja (4-51.30) (Grupo 4)	23	não informado
06	Mãe	Auxiliar de limpeza (5-52.20) (grupo 5)	16	4,5
07	Mãe	Vendedora de calçados (4-52.20) / recebe pensão do pai	--	2,6
08	Pai	Odontólogo (0-63.10) / pesquisador-docente (1-37.60) (Grupo 0/1)		62,5
09	Mãe	Empregada do restaurante (5-32.70)	6	3,6
10	Pai	Agrônomo(0-53.20)	30	26,8

Salário mínimo = R\$ 112,00 (a dezembro 1997)

Evidenciou-se neste estudo que duas chefes mulheres, trabalhavam no setor de serviços. Uma delas como *auxiliar de limpeza*, correspondente ao Grupo de Trabalhadores de serviço de conservação e limpeza de edifícios e logradouros Públicos, segundo o CBO, e classificados formalmente como faxineira; com um tempo de serviço de dezesseis anos, percebendo aproximadamente quatro e meio salários mínimos de remuneração. Outra como *empregada do restaurante*, classificada segundo o CBO no grupo dos Cozinheiros, garçons, barmen e trabalhadores assemelhados, denominada formalmente como Atendente de lanchonete, com tempo de serviço equivalente a seis anos, percebendo aproximadamente três e meio salários mínimos.

Identificou-se também dois chefes de família pertencentes ao grupo 4 (trabalhadores de comércio e trabalhadores assemelhados): um deles era comerciante de loja, reconhecido segundo o CBO como vendedor de comércio varejista, há vinte e três anos, cujo rendimento mensal era desconhecido pela usuária; e a outra chefe dedicava-se à venda de

calçados, classificado segundo o CBO dentro do grupo de vendedores ambulantes, vendedores a domicílio e jornaleiros, tendo uma retirada mensal aproximadamente de dois e meio salários mínimos.

Os chefes de família pertencentes ao grande grupo 0/1 (Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados) foram identificados como executores de práticas especializadas, um deles era médico psiquiatra (0-61.62) com vinte anos de serviço, cuja remuneração é desconhecida pela usuária, e outro chefe era odontólogo/pesquisador/docente de uma universidade, sendo classificado segundo o CBO como Cirurgião-dentista, em geral (0-63.10) e como Professor de clínica cirúrgica (ensino superior), pertencente ao grupo de professores de Ciências Biológicas e Médicas de ensino superior, percebendo aproximadamente sessenta e dois e meio salários mínimos e o terceiro chefe era agrônomo (0-53.20), pertencente ao grupo dos engenheiros agrônomos propriamente ditos, com um tempo de serviço de 30 anos percebendo aproximadamente 26 salários mínimos.

É importante ressaltar que dos 10 chefes de família, 3 eram aposentados há 5 (cinco), 3 (três) e 2 (dois) anos respectivamente, sendo que não foram informadas as ocupações anteriores.

Outro dado interessante relacionado à caracterização desta população refere-se à **ocupação** das usuárias, que pode ser visualizada na tabela 5.



**Tabela 5** - Distribuição das mulheres usuárias segundo a ocupação e salário

Nº Entrevista	Idade (anos)	Ocupação	Há Quanto tempo	Nº. Salário mínimo
01	22	Massagista (0-76.40)	2 anos	4,5
02	40	Modista (7-91.40) (Grupo 7)	Há poucos dias	----
03	17	Estudante Colegial		
04	25	Estudante Pós- graduação		
05	21	Estudante Graduação		
06	17	Prendas Domésticas/Estudante Colegial		
07	19	Auxiliar de Produção (Grupo X)	1 ano	2,5
08	16	Estudante Colegial		
09	20	Telemarketing (4-21.40)	1 semana	6,7
10	22	Estudante graduação		

Salário mínimo = R\$ 112,00 (a dezembro 1997)

Na tabela 5 identificou-se que uma mulher realizava atividade remunerada no domicílio como costureira há um ano; outras 6 mulheres eram estudantes (pertencentes ao segundo grau, o terceiro grau e da pós-graduação). Três mulheres referiram estar realizando atividades remuneradas extradomiciliar. Entre as ocupações identificadas temos: uma como massagista (0-76.40), classificada segundo o CBO no grupo das terapeutas, do Grande grupo 0/1: Trabalhadores das profissões científicas, técnicas e assemelhados; com 2 (dois anos) de experiência no emprego atual (recebendo 4,5 salários mínimos aproximadamente), uma auxiliar de produção, classificada no Grupo X como trabalhadora que não pode ser classificada segundo a ocupação pela insuficiência de informação da actividade que realiza, tendo um ano trabalhando neste emprego (recebendo 2,5 salários mínimos) e uma outra como auxiliar de telemarketing, classificada no grupo de supervisores de vendas e trabalhadores assemelhada, reconhecida como Promotor de vendas, com uma semana no emprego (que receberá 6,7 salários mínimos).

É interessante ressaltar que quatro das mulheres usuárias do serviço, estavam exercendo algum tipo de trabalho atualmente, destas duas eram provenientes de famílias cujos chefes eram aposentados, diferenciando-se

das outras duas mulheres cujos chefes de família exerciam alguma atividade; as quais trabalhavam para satisfazer suas próprias necessidades. Evidenciava-se portanto uma preocupação econômica, das mulheres provenientes de famílias cujo chefe é aposentado, que além de se preocupar com a sua manutenção também tem a responsabilidade de ajudar financeiramente à família, convertendo-se numa dupla carga a ser desenvolvido nesta sociedade.

Neste estudo observou-se que a maioria das mulheres encontrava-se numa situação de dependência econômica, desempenhando ainda seu papel de estudantes. Dentre os chefes da família, ao observar a ocupação das mulheres identificou-se o exercício de atividades especificamente na área de serviços diferente dos chefes do sexo masculino que exerciam outras atividades autônomas, reconhecidas socialmente e com um salário bem diferenciado das primeiras. Isto sugere uma clara diferença de gênero quanto à relação mulher-homem no mercado de trabalho e a respectiva valorização.

### **Características Pessoais:**

Para caracterizar as mulheres em estudo foram utilizados também os dados relacionados com a idade, grau de instrução, estado civil, religião, composição familiar, vínculo com a instituição (HU-USP) e antecedentes ginecológicos.

Assim evidenciou-se, quanto à idade que a maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária de 16 a 25 anos, sendo que: cinco estavam entre 21 a 25 anos, faixa etária predominante neste grupo seguida por quatro adolescentes de 16 a 19 anos (faixa etária considerada como população alvo a ser atendida em alguns serviços do HU-USP) e encontramos uma mulher com 40 anos de idade considerada como adulta madura.

Esta classificação remete-nos a uma reflexão quanto aos critérios estabelecidos pela instituição, como por exemplo na Obstetrícia que restringe o *atendimento da comunidade Butantã a adolescentes até os 17 anos e 11 meses de idade*, coincidentemente ao estipulado pelo Estatuto da criança e do adolescente do Ministério da Saúde que considera o adolescente as pessoas entre os doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1991); o qual gerou a seguinte questão: pode ser definida ou classificada a população somente a partir da divisão pela idade ou por grupos etários? Deveria então um serviço restringir seu atendimento somente em função da idade?

Esta discussão torna-se interessante dada a complexidade da população brasileira e foi citada por OLIVEIRA (1997) que referiu-se aos adolescentes, como um grupo etário considerado como “período de extrema vulnerabilidade às ameaças do meio”. A autora também refere que nesta etapa o adolescente atravessa o período da denominada crise da adolescência que “é tida como uma conseqüência da desorganização mental desencadeada pelas tensões do meio ambiente”. Sendo que a idade deixaria de ser um recorte privilegiado do objeto adolescência, privilegiando então a inserção escolar e no trabalho, a composição familiar, a conjugalidade, a classe social, entre outros poderiam ser considerados provisoriamente e em função de suas possibilidades explicativas frente ao fenômeno concreto de “estar adolescendo”, para indivíduos concretos histórica e socialmente determinados.

Foi importante observar que o grupo de adolescentes no presente estudo teve uma presença quase no mesmo número das adultas. Infelizmente os serviços públicos, e este são um exemplo dos tantos, acabam por restringir suas ações, sem considerar outros argumentos como o discutido anteriormente e sem ainda levar em consideração os perfis epidemiológicos, sendo assim os saberes e instrumentos não se adaptam as diferentes realidades no nível local. Reforçando esta posição novamente OLIVEIRA (1997) refere que a adolescência na sua dimensão coletiva é percebida “como um objeto concreto dentro do processo de trabalho em

saúde, para superar as limitações do modelo clínico, reorganizando o trabalho de forma a atender necessidade definidas no tecido social”.

O HU-USP, como parte deste contexto ao considerar somente a idade, como critério de escolha para a determinação das prioridades quanto atendimentos, cairia também numa posição subjetiva, que longe de estar em falta, consideramos somente um reflexo dos sistemas de saúde no Brasil. É interessante refletir acima destas colocações afim de reolharmos nossa atuação, sensibilizando-nos para uma nova classificação, considerando as mudanças da sociedade e o indivíduo produto dela como elemento importante a ser trabalhado.

Contrariamente nos Estados Unidos, a Escola Americana de Gineco Obstetras, refere que a idade é um dos fatores interessantes a considerar quando falamos de câncer ginecológico, assim o Papanicolaou, dada sua reconhecida importância é recomendado às mulheres com vida sexual ativa entre outras por serem consideradas como grupos de risco para esta doença (MEDINA,1997).

Partindo da reflexão em relação a uma nova classificação dos indivíduos segundo outros aspectos mais abrangentes, consideramos importante a avaliação desses novos critérios a serem estabelecidos, pelas autoridades da instituição no sentido de promover um melhor atendimento à mulher.

Posteriormente quando analisado a relação de **vínculo com o HU**, verificou-se que sete mulheres eram usuárias na condição de dependente de funcionário e somente três eram alunas da Universidade de São Paulo, duas de graduação e uma da pós-graduação.

Segundo **o serviço e a modalidade**, verifica-se que as oito mulheres foram atendidas no serviço de ginecologia e duas mulheres no serviço de Obstetrícia com gestações de 2 e 5 meses respectivamente. Estas últimas

adolescentes foram atendidas na consulta obstétrica com agendamento prévio (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição das mulheres segundo o serviço e a modalidade onde foram atendidas.

MODALIDADE	PRONTO ATENDIMENTO	CONSULTA AGENDADA	PAPANICOLAOU	TOTAL
SERVIÇO	Nº	Nº	Nº	
Ginecologia	05	01	02	08
Obstetricia	0	02	0	02
Total	05	03	02	10

Quanto à **escolaridade**, a Tabela 7 mostra que a maioria das mulheres possivelmente por pertencerem à comunidade USP, encontra-se um elevado grau de escolaridade entre elas, quatro tinham 2º grau incompleto ou completo e as outras quatro tinham ao menos 3º grau incompleto ou completo.

**Tabela 7** - Distribuição das mulheres segundo a escolaridade

ESCOLARIDADE	Nº
1º Grau incompleto	02
2º Grau incompleto	03
2º Grau completo	01
3º Grau incompleto	01
3º Grau completo	03
TOTAL	10

No que se refere ao **estado civil**, nove mulheres eram solteiras e somente uma era casada.

Sob o ponto de vista da **religião**, cinco mulheres declararam-se católicas, três manifestaram ter outra religião (“crente”, “presbiteriana” “budista” respectivamente) e duas manifestaram não ter nenhuma religião.

Quando questionadas sobre o **número de pessoas que coabitam no mesmo domicílio** (membros da família), a maioria mencionou que residiam em 3 a 4 pessoas (mãe, pai, irmãos, marido, filho do marido) e duas referiram que residiam em 5 e 6 pessoas respectivamente.

Em relação à evolução da composição familiar brasileira, VALDES (1993) refere que o tamanho tende a diminuir, assim, em 1970, foram identificadas 5,1 pessoas/domicílio, em 1989 foi de 4,2 pessoas, sendo que na área urbana foi de (4,1) pessoas. Os dados identificados na presente população de estudo, sugerem ser considerados como dados assemelhados a estos.

A seguir serão descritos alguns dos **antecedentes ginecológicos** tais como a idade da primeira menstruação, idade da primeira relação sexual, número de gestações, número de parceiros, números de abortos, a presença de incomodo (considerado como alguma queixa prioritária nesse momento) nas mamas ou nos genitais, uso de anticoncepcionais, ou algum outro

problema ginecológico registrado anteriormente, identificados pelas mulheres do estudo. Os dados relativos à presença de incômodo nas mamas ou nos genitais, uso de anticoncepcionais, ou algum outro problema ginecológico anterior serão descritos nos próximos capítulos após os depoimentos em cada área respectivamente.

Quanto à **idade da primeira relação sexual** (primeiro coito), considerado como o início da vida sexual ativa, a maioria das mulheres (07) referiu que teve sua primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos de idade e as outras três referiram que foi entre os 20 e 23 anos.

Ao perguntar sobre o número de gestações, nenhuma delas havia estado grávida anteriormente.

Em relação ao **número de parceiros**, pelo menos nove mulheres tinham tido entre 1 a 2 parceiros e somente uma teve três parceiros sexuais (não concomitantes).

Do ponto de vista epidemiológico, as causas do câncer cérvico-uterino estão relacionadas com: o início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros (ambos os sexos); história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavirus (HPV 16, 18, 31, 35 etc.) e herpes vírus tipo 2 (HSV-2), mulheres imunodeprimidas, virgens entre outras, mulheres com baixo nível sócio-econômico, etc. (BRASIL,1994) (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 1996).

De acordo com este critério, uma vez mais ao avaliar o estabelecido pelas instituições representantes do governo, chegamos a conclusão que todas as mulheres, incluídas neste estudo estariam em risco de adquirir câncer cérvico-uterino, pois ao não ter poder discriminatório estes *fatores de riscos*, expõem todas as mulheres, como por exemplo o fato de estarem incluídas as virgens e as que tem atividade sexual precoce, o que sugere a

mesma probabilidade de risco. Novamente chama nossa atenção e surge uma outra questão: Os fatores de risco ligados somente à aspectos biológicos dão conta de explicar este agravo de saúde, sem considerar o processo saúde-doença como um processo determinado social e historicamente? Porque novamente restringimos nossas atividades e ações aos aspectos biológicos? Será que este é o caminho a ser continuado, reforçado pelo nível central?

Assim através destas reflexões apresentamos a caracterização das mulheres em estudo de acordo com a inserção social, tomando como referência à ocupação de acordo à classificação da CBO; identificando-se mulheres prioritariamente dependentes economicamente, adolescentes e adultas, classificadas pela idade. Apresentamos também os questionamentos a respeito do critério utilizado pela instituição. Todas as mulheres tinham vínculo direto com HU-USP, sendo dependentes de funcionários; com grau de escolaridade privilegiado; a maioria solteira, professando a religião católica e outras religiões, com número de membros de família equivalente a 4 e com alguma queixa ginecológica atualmente em evolução e motivo da consulta.



## **4.2 A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES FRENTE AO PRIMEIRO EXAME GINECOLÓGICO**

Ao iniciar a discussão neste momento sobre o exame ginecológico propriamente dito, é importante identificar os diferentes conceitos atribuídos a este. Assim diversos autores (NOVAK, 1971) (BASTOS,1978) (NEW YORK HOSPITAL, 1996) concordam que o exame ginecológico deve incluir: o exame pélvico e o teste de Papanicolaou, o exame da mamas, exame retal para as mulheres de 40 anos ou mais e a discussão das condições de saúde, com ênfase na história menstrual e reprodutiva.

Para O'Leary citado por HALBE (1993) o exame ginecológico “consiste na avaliação da mulher global à luz de suas raízes educacionais, econômicas, sociais e familiares”. Complementarmente a esta definição o proprio autor manifesta, ainda, que este não pode limitar-se somente aos órgãos genitais mas além da avaliação da pessoa como um todo e de sua anatomia pélvica, deve-se buscar o seu bem-estar físico e psicológico e acredita que o profissional de saúde estará numa posição privilegiada de apreciar em toda sua extensão o significado da doença do paciente.

Ainda que esta concepção se faça presente nos discursos, lamentavelmente no momento a prática a sua incorporação é bastante restrita, pois ainda a assistência à mulher é fragmentada e circunscrita à *queixa*, ao sinal ou sintoma físico, esquecendo-se dos aspectos ressaltados anteriormente, que compõem a integralidade da mulher nas questões relativas à sua saúde.

O exame de Papanicolaou, como parte do exame ginecológico tem contribuído significativamente para a diminuição das taxas de mortalidade nos últimos 40 anos. O nome foi atribuído em honra a George N. Papanicolaou, que em 1917 descobriu a possibilidade de diagnosticar

transformações malignas através do estudo das células das mucosas do trato genital feminino (MEDINA, 1997).

No Brasil, o teste de Papanicolaou como parte de um procedimento do exame ginecológico é conceituado por CHIESA (1993) num estudo denominado *O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da Região de Pirituba, localizada na zona oeste do Município de São Paulo*, como “um exame recente a partir de 1943, pensando-se na sua incorporação como prática a ser assumida pelas mulheres. Para os profissionais trata-se de um procedimento simples, inócuo e de baixo custo, que por um lado, concretiza um avanço na detecção precoce do câncer, com a identificação dos graus de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) e, por outro, coloca o trabalho junto a uma população mais jovem entre 30 e 40 anos em franca atividade sexual, e assintomática”.

As representações sociais das mulheres tematizadas nos seus discursos acerca da percepção do primeiro exame ginecológico, conformaram 3 categorias empíricas de seus respectivos grupos temáticos:

- Atenção à saúde (serviço e assistência de Saúde).
- Exame Ginecológico propriamente dito (Razão do exame ginecológico, conhecimento e sentimentos frente ao exame ginecológico).
- Mulher, Vida e Saúde (Relacionado à condição da mulher e fase do ciclo vital, Sexualidade, Maternidade, Aborto, Métodos contraceptivos e Menstruação)

#### **4.2.1 Atenção à saúde (Serviço e Assistência à saúde)**

##### **Serviço de saúde**

O **Serviço** foi percebido pelas usuárias que apontaram claramente fatos positivos de relevância a favor dos mesmos, baseado em: a opção de escolha quando comparados com outras instituições da rede, a gratuidade dos serviços, o sigilo da informação e a acessibilidade ao mesmo. As frases temáticas extraídas dos depoimentos das mulheres, exemplificam estas afirmações:

***A escolha de fazer o exame ginecológico neste serviço é para garantir o sigilo da intimidade sexual.***

***A gratuidade permite o acesso ao serviço de saúde.***

Existe outro documento interessante, SÃO PAULO (1997) denominado os “Direitos do Paciente” publicado pela Secretaria de Estado da Saúde que confirmam muitas das colocações destas mulheres dentre as quais citaremos:

- "O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos”

É interessante observar que se por um lado a usuária deixe entrever sua preferência em ser atendida nesta instituição por garantir o sigilo da informação e a gratuidade do serviço favorece o livre acesso, por outro identifica-se um desconforto pessoal ao comparar o atendimento em outros momentos pelo fato da dificuldade quanto ao pagamento dos exames, a demora no agendamento dos respectivos exames e pelo fato de emergir a dúvida frente a pouca resolutividade do problema através da execução dos exames auxiliares, isso considerado como um aspecto negativo poderia estar

interferindo na qualidade da atenção e repercutindo no seu possível tratamento como vemos nas frases temáticas a seguir:

***O pagamento de exames impede a sua realização.***

***A demora para agendamento dos exames auxiliares dificulta a continuidade do tratamento.***

***Os exames complementares (ultra-sonografia) não elucidam a alteração menstrual.***

***Os exames complementares são desconhecidos quanto tipo e possibilidade de fazê-los nesta instituição para resolver possível problema.***

Ao discutir estes temas baseados no direito ao serviço de saúde pelas usuárias, nos deparamos com a importância de remetermos ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde baseado na Constituição, BRASIL (1988), apresenta dentre seus princípios o seguinte:

No título II: Dos direitos e deveres individuais e coletivos, no seu Art. 5º. Diz "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

- I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;
- II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; dentre outros “.

É interessante observar que o apontado pelas usuárias *versus* o estipulado pela constituição, confirmam este direito adquirido como cidadã; assim em relação ao mesmo tema, quando se refere especificamente à seguridade Social no Art.196 na mesma Constituição estipula que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Continua no mesmo documento, no Art. 197 afirmando que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. No Art. 198 refere que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:” descentralização, com direção única em cada esfera de governo “,” atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e “a participação da comunidade”.

E na Constituição do Estado de São Paulo, SÃO PAULO (1989) contempla o disposto na Constituição Brasileira e faz menção no seu Art. 222, segundo as diretrizes e bases IV e V que :

"a universalização da assistência de igual qualidade com instalação e acesso a todos os níveis, dos serviços de saúde à população urbana e rural;"

"a gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas e taxas, sob qualquer título”.

Também é reafirmado novamente estes direitos da cidadã através das leis da constituição brasileira respectivamente de forma descentralizada através do Art. 223 da própria constituição do Estado de São Paulo, que refere a competência do sistema único de saúde, nos termos de lei o seguinte:

I - a assistência integral à saúde, respeitando as necessidades específicas de todos os segmentos da população;

II - a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes à: vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, dentre outros.

Os Direitos do Paciente também coloca que:

- "O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento".

O HU-USP como representante do conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, é subordinado à Constituição do Brasil, por isso ao analisar a rotina do serviço de ambulatorial de Obstetria e Ginecologia, foi importante tomar como base os documentos oficiais que foram descritos anteriormente. Assim frente às expressões das mulheres mediante uma sutil crítica quanto ao atendimento recebido, elas colocaram em cheque ao mesmo, mencionando que, os mesmos não foram respeitados em algum momento da sua vida, parece ser que trata-se do ocorrido em outros serviços de saúde. Isto, sugere de maneira consciente ou inconscientemente através destas curtas manifestações o desejo de reivindicação de seus direitos, mostrados através da preferência dos serviços desta instituição, sendo que a valorização pelo menos "de ser atendida nesse dia" mediante o pronto atendimento, a gratuidade dos exames e o sigilo permitem ou favorecem também o acesso a esta instituição. Infelizmente as referências das usuárias de outros aspectos como o respeito ao horário agendado, as orientações, etc. não são colocados abertamente sugerindo ainda uma atitude de alienação frente aos serviços recebidos, mas o questionamento dos exames auxiliares frente à resolução dos seus problemas, pelo menos já é uma mostra de uma preocupação pela sua saúde e o encaminhamento quanto ao tratamento de algum incômodo percebida por ela e o atendimento respectivo dos profissionais de saúde representa um ponto favorável para ela e serve de reflexão para os profissionais, pois se resgatamos e avaliamos tipo de atendimento versus necessidades da cliente, provavelmente encontraríamos que ainda no nosso meio continua a incompatibilidade de ações legalizadas *versus* a prática diária, registrados legalmente nos artigos mais importantes dos documentos oficiais, que levantam esta questão centrado na quebra dos direitos destas mulheres, os mesmos que continuarão sendo discutidas neste estudo, através da Assistência de saúde, que apresentaremos a seguir.

## **Assistência à saúde**

Quanto à **Assistência à saúde** foram observadas duas tendências marcantes: uma quanto à qualidade da assistência *versus* a desqualificação da assistência e a respectiva percepção do processo saúde-doença inserido nestes dois aspectos.

Em relação à qualidade da assistência especificamente, observou-se que as percepções *centraram nas expectativas frente às respostas do médico* quanto ao esclarecimento de dúvidas e ao procedimento propriamente dito; as mulheres esperam encontrar respostas e soluções para seus problemas, ou seja existe um certo vínculo ligado ao "que fazer médico" e a respectiva preferência da usuária por este tipo de serviço e assistência nesta instituição. Alguns temas, expresso em frases, esclarecem esta afirmação:

***A qualidade da assistência médica é dada pelo atendimento deste às expectativas da mulher.***

***A qualidade da assistência médica e a acessibilidade influenciam a preferência por um serviço de saúde (HU).***

***O profissional de saúde (médico) deve explicar o procedimento do exame ginecológico.***

***O médico deve responder às dúvidas e ajudar a mulher quando ela precisar.***

***Os esclarecimentos da mulher sobre os seus problemas ginecológicos só podem ser feitos pelo médico.***

Ligado a essa necessidade de encontrar respostas no profissional médico especificamente "detentor do conhecimento", reforça-se o caráter de dependência em "busca da verdade" e que para CHAUÍ (1995)<sub>a</sub> "o desejo da verdade aparece muito cedo nos seres humanos como desejo de confiar nas coisas e nas pessoas, isto é, de acreditar que as coisas são exatamente tais como as percebemos e o que as pessoas nos dizem é digno de confiança e crédito". Para autora afirmar que a "verdade" é um valor e que significa: "o verdadeiro confere às coisas, aos seres humanos, ao mundo um sentido que

não teriam se fossem considerados indiferentes à verdade e à falsidade”. Assim também a autora ressalta que em qualquer etapa evolutiva do ser humano a busca da verdade está “sempre ligada a uma decepção, a uma desilusão, a uma dúvida, a uma perplexidade, a uma insegurança, a um espanto ou a uma admiração diante de algo novo e insólito” (grifos meus).

Falar de assistência de saúde remete-nos à análise e compreensão do processo que originou o poder médico como afirma PIRES (1989), um profissional “conhecido como dominante, legalizado e reconhecido socialmente”. A autora refere que a hegemonia médica, verificada na sociedade brasileira e mundial, “é fenômeno resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico”; construída e facilitada pela identificação com as classes dominantes, aproveitando os momentos históricos para exercer controle sobre os outros trabalhadores da área, emitindo “normas disciplinadoras de exercício profissional” e pela apropriação dos principais cargos administrativos com o objetivo de manter o *status quo* (PIRES, 1989).

Não é por um acaso que o saber médico até nossos dias tenha ganhado o status, confiança e reconhecimento social o qual é manifestada pelas próprias mulheres, parte desta sociedade brasileira.

Frente a estas expectativas percebidas *versus* seus direitos como usuária, também foram identificados junto ao documento “Direito do Paciente” do SÃO PAULO (1997), tal como se segue:

- "O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório".
- "O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêutica, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o



instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos".

- "O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados"

Esta reflexão é importante pois estas duas questões baseadas na dúvida frente à falta de conhecimento e ao fato de admiração diante de algo novo em nosso caso o primeiro exame ginecológico de prevenção, seriam o determinante para gerar essa busca da verdade por parte destas mulheres. Então a dúvida se apresentaria como um espaço positivo de reflexão propriamente dita para ser oportunizado pelo pessoal de saúde e lograr o máximo de resultados em benefício da usuária nesta instituição, reforçado pelo seu direito como paciente/usuária e cidadã, como foram colocados anteriormente.

Dentro desta denominada qualidade da atenção observou-se também aspectos negativos que denominamos "não qualificação da assistência" que são citados como fatores que influenciaram a conduta da mulher em algum momento da vida delas entre os quais: a não consideração da usuária como pessoa, não considerando suas opiniões e, como consequência dos mesmos, a dúvida pela própria conduta médica a ser adotada e a dispensa da usuária frente à ausência de sintomas físicos; poderiam estes fatos estar contribuindo para um distanciamento do serviço e não adesão aos tratamentos posteriores, assim o clamor da usuária está clara explícito através das frases temáticas:

***A abordagem do médico (rápida, sem considerar opinião da mulher) provoca abandono do exame diagnóstico e do tratamento medicamentoso.***

***A informação que a médica "é muito boa" "é ótima" tem que ser verificada.***

***O exame ginecológico é considerado desnecessário pelo profissional médico frente à inexistência de sintomatologia física.***

Um estudo realizado por CALDAS (1991) denominado "*Pensamentos e experiências na área de saúde de pessoas que vivenciam o adolescer:*

*uma abordagem fenomenológica*”, realizada em São Paulo, mostra como os adolescentes vivenciam suas experiências referentes ao processo saúde-doença, descrevendo a existência de “experiências amargas” que os levam a optar por uma visão negativa da assistência à saúde e conseqüentemente impossibilitando estabelecer vínculos com os próprios profissionais da área.

CHEIDA (1993), no seu estudo realizado no Município Riberão Preto intitulado “*O exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde*”, em Ribeirão Preto, afirma que “não apenas uma experiência positiva anterior desfaça a atitude de evitamento do exame, ou que apenas uma experiência negativa possa criá-la”, a autora acredita nesta afirmação como fator que contribui no processo de consolidação do fato.

Com respeito à qualidade do atendimento GRECO (1993) refere no seu estudo que a atenção à saúde é considerado de boa qualidade na medida em que as clientes se sintam tratadas com respeito, atenção, carinho; agrega-se a isso a rapidez no atendimento e o simples fato de serem atendidas. A autora refere que a avaliação nessa perspectiva é superficial e ingênua por parte das usuárias e ao não existir um vínculo entre usuárias e serviço, elas não reconhecem que o atendimento à saúde é um direito de todo cidadão e um dever do Estado, ou seja, “o serviço não percebe e não trata as usuárias como cidadãs, com o direito de escolher, se querem ou não se submeter ao procedimento, a partir da compreensão do que consiste e do porquê deve ser realizado o exame”, “os procedimentos técnicos vêm sendo realizados sem a participação da mulher, sem a preocupação na troca de conhecimentos através do processo educativo”.

Assim também nesse estudo não se observou que a meta das políticas públicas e dos programas de atenção à saúde da mulher no Brasil esteja sendo atingida, uma vez que o atendimento à saúde da mulher continua centrado no seu corpo biológico. O pessoal profissional também “não considera a inserção social da mulher, em uma sociedade de classes,

com uma história de vida singular e, portanto, com necessidades e anseios que merecem e precisam ser atendidos” (GRECO, 1993).

Em relação a este tema CHIESA (1993) também verificou que muitas vezes o Papanicolaou é percebido pelo profissional de saúde como um procedimento importante a ser realizado, “mas este não instrumentaliza, nem minimamente, a cliente com informações, para que esta possa compreender o processo de esclarecimento diagnóstico e/ou o tratamento prescrito (muitas vezes agressivo e mutilante) para um agravo pouco perceptível ao olhar leigo”.

Os estudos apresentados mostram uma crítica severa da assistência à saúde prestada pelos serviços examinados, onde não ser reconhecido os próprios direitos nem pela usuária nem pelos profissionais da saúde. Na presente pesquisa os achados são similares uma vez que elucidam o panorama real do dia a dia nesta instituição através da falta de um posicionamento por parte dos profissionais frente a este problema mediante uma atenção diferenciada como foram questionadas através das frases temáticas levantadas.

Como consequência da dialética da qualificação *versus* desqualificação da assistência, a usuária encara o processo de saúde-doença, como um conflito que ainda com o predomínio da alternativa medicamentosa, evidenciou-se neste estudo um distanciamento e rejeição ao mesmo. Mostrou sua insatisfação e o desejo por outras opções que solucionem seu problema, provocando até o abandono do tratamento, além de criar desconfiança e afastamento do profissional médico; assim foram colocados:

***Os tratamentos psicológico e o homeopático são alternativas preferidas ao invés do medicamentoso conforme o conceito de doença (problema psicológico).***

***A automedicação resolve o problema ginecológico temporariamente.***

***A ingestão de medicação (hormônio) provoca reação alérgica (“coceira”) que era desconhecida pela usuária.***

***A ingestão de medicação (hormônio) é eficaz para regularizar o fluxo menstrual.***

***A tomada irregular da medicação (hormônios) provoca sentimentos de culpa na usuária pela repetição das alterações menstruais.***

Já na discussão quanto ao serviço, identificamos que os exames complementares e a gratuidade foram colocados pelas mulheres em cheque frente à resolutividade do seu problema e a opção por outros tratamentos alternativos identificados nesta seção sugere também uma ambiguidade de sentimentos colocados através das respostas quanto ao sentimento de aceitação e a rejeição do mesmo reforçando a atitude da mulher frente ao processo saúde-doença, tal como foi discutido anteriormente.

BREILH (1995) refere que, à luz do materialismo histórico dialético, o processo da saúde no ser humano não é um fenômeno biológico, é um processo sócio-biológico integrado e dinâmico, determinado pelas leis distintas às do mundo animal e vegetal. “A nova unidade entre o social e o biológico que surgiu ao aparecer o ser social humano implicou, desde então, na submissão e na recomposição do funcionamento das leis biológicas às leis sociais”, conceito que compartilhamos amplamente numa perspectiva contra-hegemônica ao modelo assistencial existente.

Mesmo assim não se observou através destas duas categorias (serviço e assistência de saúde) uma crítica sólida por parte da usuária, que permita refletir verdadeiramente esta situação, mas resgata-se uma necessidade sentida denominada *Respeito a seu direito* como paciente, como usuária, como pessoa e como mulher cidadã e a necessidade de refletir acima da prática do dia a dia. Longe de ficar à espera de uma solução, estas, já exercem seu direito de escolha por outros tipos de tratamentos, os quais seriam um tema interessante a se aprofundar quanto às vantagens e desvantagens dos mesmos e o perfil dos profissionais que laboram nessas áreas de medicina alternativa.

Assim evidenciou-se que é uma preocupação importante o fato de vir pela primeira vez ao serviço de saúde, pois ditos problemas (de caráter físico e psicológico) não podem ser solucionados individualmente precisando de

ajuda ou apoio neste período de vida para superá-la considerados por nós como o fato de confirmação ou desconfirmação de uma “verdade assumida como valor” nas palavras de CHAÚÍ (1995)<sup>a</sup>. Para a busca dessa verdade absoluta e encontrar soluções, levando em consideração que essa responsabilidade recaiu numa autoridade da área de saúde (o médico) reconhecido socialmente como emissor da mensagem e do conhecimento bio-tecnológico. O qual sugere segundo as percepções das mulheres que ainda centra-se no aspecto físico-biológico sendo o corpo e a genitália especificamente o centro da sua atenção e preocupação, como serão mostrados quando analisemos os sentimentos frente ao exame ginecológico. Por outro lado, os fatos negativos do atendimento às usuárias leva-nos a refletir sobre o nosso *fazer*, cujos princípios teóricos do setor saúde baseiam-se no PAISM (BRASIL, 1984), o qual surgiu como uma proposta à saúde da mulher, incentivado pelo movimento de mulheres como parte do programa global de atenção primária, utilizando uma nova ótica centrado na assistência integral para promover novas estratégias para a promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher e assim constam dentre as suas diretrizes gerais planejadas o seguinte:

- “o sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para os atendimentos das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo”;
- “o conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção Clínica e Ginecológica”;
- “o conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde”;

Sob estas diretrizes foram desdobrados os seguintes objetivos programáticos :

- “Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda população”;
- “Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas”;
- “Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo”;
- “desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana implementando métodos, técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade”;

DINIZ (1994) ao analisar as contradições entre os discursos do PAISM (BRASIL, 1984) e dos profissionais de saúde ressalta:

- “a não participação no planejamento dos profissionais que executam o Programa, contradiz o princípio de descentralização das ações preconizadas pelo SUS”;
- “a demanda reprimida no atendimento às mulheres traz conflitos aos funcionários da triagem, e as unidades básicas de saúde não conseguem exercer seu papel de porta de entrada no sistema, por incapacidade de atendimento à demanda”;
- “a capacidade de atendimento à demanda compromete os princípios de integralidade e universalidade da assistência à mulher”;
- “a prática educativa vem se dando nos moldes tradicionais principalmente por falta de capacitação de recursos humanos e a falta da respectiva política”.

PARADA e cols (1995), ao confrontar a avaliação das ações e os indicadores de morbimortalidade, observou a necessidade de se rediscutir a importância do PAISM para o SUS levando como horizonte o impacto que as medidas da atenção a saúde da mulher trariam para o setor saúde.

Os achados, infelizmente são reforçados somente nos documentos governamentais, sem ter até a atualidade o impacto desejado na prática e,

pior ainda, com sérias dificuldades para ser incorporado no dia a dia, provocando o afastamento das mulheres dos nossos serviços de saúde ao invés de contribuir para a aproximação das mesmas, que sem levar em consideração as possíveis conseqüências de acordo com o nível de vida das mulheres, poderiam provocar diversas atitudes com repercussões sociais de alto custo, em outras palavras, o abandono ou afastamento das mulheres dos serviços de saúde; este afastamento poderia representar um indicador negativo que a nosso modo de ver representaria o início da anulação do trabalho do pessoal de saúde por ineficiência no seu impacto social. Estas ideias, pensamentos continuarão sendo reforçadas pelas mulheres nas falas em relação aos motivos que as levaram a fazer o exame ginecológico, que serão discutidas posteriormente.

#### **4.2.2 O Exame Ginecológico**

**O exame ginecológico** foi percebido pelas mulheres através de duas perspectivas: primeiro pelos motivos que trazem a mulher ao serviço de saúde e segundo pelos conhecimentos e sentimentos frente ao próprio exame ginecológico.

Ao falar diretamente sobre as razões e os motivos que levam as usuárias a buscar um serviço de saúde, iniciaremos as reflexões a partir de algumas considerações feitas por alguns estudiosos. Para KRECH (1971) “o homem não é somente um expectador, ele é também um ator”.

Assim com respeito ao mesmo tema MURARO (1983) afirma que “o corpo é a base da percepção e organização da vida humana, tanto no seu sentido biológico como social”. A autora refere que o fato de andar, olhar, falar são modos socialmente determinados de sentir e pensar e de toda uma visão do mundo. Coloca também que “na materialidade do corpo (...) todos os poderes, todos os saberes, todos os prazeres e desprazeres se cruzam”.

Assim o corpo, será analisado ao longo deste estudo como parte das questões evidenciadas nas expressões destas mulheres em relação ao exame ginecológico.

A seguir, apresentaremos os depoimentos das mulheres nos quais se evidenciaram os **motivos que as levaram a fazer o exame ginecológico**, os quais estão relacionados aos problemas físicos, ao caráter preventivo, ao primeiro controle pré-natal e ao caráter políticos, como ilustram as frases a seguir:

***A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à piora de sintomas físicos (fortes dores durante e após relações sexuais).***

***A decisão de fazer o Papanicolaou está relacionada à presença de sintomas físicos e à preocupação de ter “algo maligno” que impeça a maternidade.***

***A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à necessidade de repor hormônio por irregularidade menstrual.***

Estas frases estão ligadas diretamente à *presença ou piora de sintomas físicos*, associada à preocupação de ter algo maligno ou possivelmente que de alguma maneira impeça a maternidade mas adiante.

Esta afirmação é confirmada por MURARO (1983) no seu estudo denominado Sexualidade da Mulher Brasileira: corpo e classe social, quando refere que “antigamente, o corpo era associado à carne, a pecado”. Além disso, mais diz que o universo estava cheio de culpa e fantasmas em relação ao corpo, “pois aquilo que sai da norma, para essa ideologia, produz degeneração, faz mal à saúde (...). No novo padrão, essa perspectiva médica cheia de esquemas repressivos não mais existe. A política de repressão é substituída pela de controle”, concepção assumida pelas mulheres burguesas comparado com outras classes sociais (grifos nossos).

Assim, a repressão incentiva à ação violenta sobre o corpo, assumindo uma conotação negativa, mas o *controle* tem uma conotação positiva, “de construção, de produção (controle de qualidade)”, ou seja, a produção não é mais violenta e sim voluntária, é um grau mais sofisticado do poder sobre o



corpo do que a repressão e logicamente e muito mais eficaz. Outra diferença com a repressão é que, o controle produz prazer e supõe que “a pessoa gosta de estar dentro dos padrões em que está controlada” ou seja uma libertação mais profunda da culpa em relação ao corpo (MURARO, 1983).

A decisão de fazer o exame ginecológico baseado na perspectiva bióloga, pode ter suas raízes na época Colonial que começou no Século XVI no ano de 1532 com a fundação de São Vicente por Martim Afonso de Souza, onde cuidar do corpo era um sinal de egoísmo, pecado; como foi registrado por DEL PRIORE (1995), quem faz uma análise específica através da historicidade de fatos relacionados às transformações e atitudes da vida feminina a partir da época colonial, analisando como esta época legou um significado muito importante à história da Medicina fortalecida posteriormente pela autoridade da igreja e juntos como grandes aliados contribuíram ao projeto de criar um papel social para que as mulheres participassem melhor da conquista ultramarina. Assim “o saber médico insuflava aos percursos temporais femininos uma verdadeira dramaturgia, onde desvios, doenças e acidentes vinham sancionar os defeitos, os excessos ou normalidade de suas fisiologia”

A afirmação poderá ser ainda melhor entendida quando analisamos a mulher e a maternidade, onde identificamos uma valorização da maternidade bem definida

O exame ginecológico foi buscado pelas mulheres pelo seu caráter preventivo (necessidade pela idade, medo de ficar grávida, prevenção de doenças ginecológicas etc.):

***A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à preocupação e medo da possibilidade de gravidez e de como evitá-la.***

***O exame ginecológico é uma necessidade da idade (16) e uma obrigação que deve ser encarada como um exame de rotina.***

***Todas as mulheres deveriam fazer Papanicolaou para evitar “tumor maligno” e saber o que está acontecendo com sua “saúde vaginal”.***

***O exame ginecológico pode evitar problemas futuros (infecção, doenças venéreas).***

Estas frases temáticas apontam uma clara preocupação da mulher consigo mesma evidenciada através da procura do serviço, atribuindo-lhe também ainda um valor e preocupação pelo cuidado especialmente de seu órgão genital.

Alguns estudos esclarecem estas duas posições. MUNIZ (1981), com o objetivo de verificar entre as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos quanto às informações recebidas através das quais as mulheres tiveram conhecimento do exame preventivo, as razões que as levaram ou não a realizar o exame e quais os agentes orientadores entre os profissionais da saúde, realizou um estudo em dois hospitais do Município de São Paulo nos ambulatórios da Clínica Medica e Cirúrgica, durante o período de outubro e novembro de 1980. Dentre os resultados obtidos, a autora afirma quanto aos motivos alegados pelas mulheres que realizaram o exame preventivo, “o sintoma da doença” ocupa o primeiro lugar (31,2%), seguido de “achar importante” (26,2%). Este estudo apesar de ter uma linha positivista, contribui substancialmente ao presente estudo na medida que os resultados reforçam parte dos achados obtidos na presente pesquisa, centrado basicamente no aspecto físico e preventivo.

D'OLIVEIRA; LUIZ (1996),.. num estudo denominado “*Do outro lado do espéculo: as mulheres e o exame ginecológico*”, analisaram, na primeira parte de sua pesquisa, as idéias a respeito do exame ginecológico, do Papanicolaou, dos diagnósticos e das terapêuticas e, na segunda parte, procuraram analisar as possibilidades e diferenças propiciadas pelo trabalho em grupo, enquanto tecnologia de trabalho assistencial. Dentre os seus resultados obtidos referem que “a motivação para realizar o exame preventivo do câncer reafirmaram a alienação do próprio corpo e a expectativa de um diagnóstico provável, por alguma manifestação corporal que se duvida normal”. As autoras também manifestaram que o exame ginecológico assume um papel de “juiz geral” do genital feminino a partir do início da vida sexual ativa.

A afirmação vem a reforçar os dados obtidos na presente pesquisa, onde se verificou que a atividade sexual marcou o início do contacto com a instituição, uma vez que todas já tinham vida sexual ativa como se observa na primeira parte deste estudo.

Outra razão ou motivo para buscar o exame ginecológico estava relacionado à gravidez e como consequência dela o primeiro controle pré-natal, como evidenciamos na seguinte frase temática:

***A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à gravidez já diagnosticada (pré-natal).***

Em relação a este tema CARVALHO (1990) refere que “a assistência pré-natal é a supervisão médica e de enfermagem que se dá à gestante, desde a concepção até o início do trabalho de parto” e é principalmente preventiva e tem dentre os seus principais objetivos: prevenir complicações na gestação ou parto, assegurar a boa saúde materna e o bom desenvolvimento fetal. O Papanicolaou, dentro deste controle é considerado como um dos exames importantes para diagnosticar alguma alteração ginecológica que coloque em risco a vida da mulher.

De maneira geral também o PAISM, contempla algumas ações específicas a serem desenvolvidos com participação ativa da mulher, através de atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal, de assistência ao parto e ao puerpério imediato. Quanto à assistência Clínico-Ginecológica especificamente considera os seguintes procedimentos como prioritários: diagnóstico e tratamento das patologias sistêmicas, das patologias do aparelho reprodutivo como do câncer de colo uterino e de mama, mediante o exame ginecológico simplificado e coleta de material para exame colpocitológico; solicitação de teste sorológico para sífilis e outros exames (BRASIL, 1984).

Assim, a gravidez e o controle pré-natal possivelmente representam motivos interessantes a serem discutidos tanto pelo interesse do nível central mas principalmente pelo registro dos depoimentos captados neste momento provavelmente como uns dos principais motivos que obrigaram a estas

mulheres a entrar em contato com a instituição uma vez confirmada os resultados da gravidez. Posterior a este acontecimento surge uma nova preocupação centrada no filho muitas vezes pela pressão familiar e finalmente a preocupação consigo mesma fica postergada como será analisada no sub-tema maternidade mais adiante.

Todas estas afirmações feitas até aqui, são também compartilhadas com CHEIDA (1993) que na segunda parte de seu estudo, tentando esclarecer a motivação das mulheres que assistem na procura do exame ginecológico por livre e espontânea vontade; sem ser necessariamente o primeiro exame na vida delas. Dentre os resultados identificou mulheres casadas, na faixa etária de 24 a 44 anos, com primeiro grau incompleto, exercendo atividades dentro do lar; quanto aos sentimentos manifestados, foram muito parecidos à população que assistem especificamente em procura de uma atenção ginecológica incentivada por outras pessoas, ou seja o medo do câncer/o desejo de cuidar-se/, a presença de sintomatologia incômoda, a obrigatoriedade do exame na rotina do programa de saúde (no caso, o pré-natal).

Finalmente outras das razões e motivos identificados para a procura do exame ginecológico esteve relacionada à *obrigação de tipo trabalhista* (requisito obrigatório para uma prova do estado), expressa através da seguinte frase temática:

***A decisão de fazer Papanicolaou está relacionada à solicitação como requisito de seleção de “uma prova do Estado”.***

Neste estudo, os fatos denominados como a obrigação de tipo trabalhista, no caso específico como requisito para obter um emprego, chama nossa atenção pois ao assumir uma relação de poder entre a instituição empregadora e a provável trabalhadora, se estabelece uma relação de submissão da usuária frente à obtenção de determinado objetivo para satisfazer sua própria necessidade através da imposição da solicitude do exame de Papanicolaou.

Em relação a este tema ANDRADE (1997), refere num estudo denominado “*A saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de gênero*” realizado no México dentre as suas reflexões indica que existe a denominada discriminação de gênero menos visível explicitadas pelo fato da atribuição dos postos de trabalho aos homens e segundo as exigências dependentes dos processos de trabalho, que pode ser favorável ou desfavorável à saúde da mulher. Assim a autora afirma também que os homens encontram mais alternativas em todos os ramos e poucos limites em postos de trabalhos assim como as respectivas exigências para o mesmo.

Este estudo, contribui na medida que deixa evidenciar as limitações da mulher no setor laboral ainda presentes em nossos dias, e que através deste exemplo mediante o fato de pleitear uma vaga é explicitada outro exemplo de discriminação, em outras palavras uma quebra aos direitos da mulher como cidadã.

É interessante expor um dos pensamentos políticos na atualidade que contraditoriamente PINOTTI (1996) em relação ao direito da mulher à saúde indica que o conceito básico que orienta as ações da saúde no Estado de São Paulo, considera a mulher um ser integral, biológico-social, **um ser que pensa**, sente e tem emoções, que tem necessidades de saúde algumas comuns à população em geral e outras específicas pela sua condição feminina. Indubitavelmente o autor tenta resgatar mediante uma fala política “quem são as mulheres hoje”, deixando perceber que os direitos da mulher longe dos homens não são iguais, pois as expressões através da sua crítica apontam claramente essas desigualdades na relação homem/mulher colocando em tela suas debilidades, fragilidades e portanto, seria interessante analisar estos fatos com maior profundidade, levando em consideração tais desigualdades.

Assim os resultados indicam que os diversos fatos pressupõem que as diferenças de condição levam a uma estrutura social desigual e hierarquizada

que deve ser mudada, o que também é evidenciado neste estudo através do fato de ter como obrigação fazer o Papanicolaou a diferença do sexo masculino, que não tem dita necessidade de atravessar por esta experiência, evidenciada como uma verdadeira *discriminação política*.

Novamente os direitos do paciente publicados pela Secretaria de Estado de Saúde reforçam a percepção da usuária quando fala num de seus artigos que:

- “O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação” SÃO PAULO (1997).

Assim ao refletir sobre nossa profissão o CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (1993) através do Código de Ética, que reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta ética do profissional que deverá ser assumido por todos, refere que “A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência (...) Assim o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, centrada no compromisso”. E tomando por referência os deveres dos profissionais que consideramos dignos de refletir sobre eles frente a este tipo de fato como é o primeiro exame ginecológico temos no capítulo IV, relativo aos Deveres

- No Art. 22 - “Exercer a Enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade”.
- Art. 26 - “Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possível benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”.
- Art. 27 - “Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar”.
- Art.28 - “Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente”.

- Art. 29 -“Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei”.
- Art. 30 -“Colaborar com a Equipe de Saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”.
- Art. 31 -“Colaborar com a Equipe de Saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá”.

Frente a tudo isso a usuária é portadora do seu livre direito, referendado pelo Código de Ética Profissional. No entanto, através destes fatos são explicitadas as expressões da relação dominação *versus* subordinação evidenciadas nas diversas condutas adotadas pelo pessoal de saúde e os outros que formam parte do aparato estatal quando analisamos os motivos que levaram às mulheres a entrar em contato com a instituição. Assim novamente reafirmamos este direito das mulheres, ganhado como qualquer cidadão, participante ativo, responsável, informada e livre, mas, provavelmente isto também é desconhecido pelas mulheres, que deixam acontecer este tipo de transgressões de caráter laboral, sem exercer seus direitos diretamente e fortalecendo esta relação de desigualdades.

E quanto a essa condição da mulher, FONSECA (1996), em relação ao processo de saúde-doença especificamente da mulher brasileira, sob a ótica de gênero, afirma que “ser mulher, em nossa sociedade, significa estar inserida enquanto agente social, num sistema cujo conteúdo é pautado por subordinações”.

Por todo o citado anteriormente podemos evidenciar que estas mulheres enfrentam o primeiro exame ginecológico com certa ambiguidade ou seja de maneira pouco consciente e responsável provavelmente motivadas pelas diversas informações recebidas, pois além dos motivos físicos, a gravidez, o primeiro controle pré-natal e o caráter trabalhista que

obrigam a mulher entrar em contacto com esta instituição de saúde. A valorização da sua saúde está presente através dos motivos de carácter preventivo colocados de maneira oportuna, pelo qual poderíamos considerar esta como uma população privilegiada, mas sem deixar de lado os outros motivos que representam a subordinação a um tipo de atendimento que nem sempre era o desejado nesse momento.

Hoje, há importância do cuidado com o corpo para o livre desenvolvimento da pessoa nas sociedades ocidentais. Verdadeiramente relacionando o controle para o prazer ou contraditoriamente as mulheres ao mostrar resistência às mudanças rumo a auto-respeito a seus direitos, basicamente estão reforçando uma atitude de alienação relacionada a seu próprio corpo aceitando diversas propostas antagônicas e reforçando as diferenças na relação de gênero, o qual evidenciamos nesta sociedade entre o cuidar e deixar que outros decidam sobre a saúde do indivíduo, especificamente evidenciado nestas mulheres que conformam a população de nosso estudo.

Finalmente os resultados sugerem que estas mulheres apesar da subordinação aos quais estão obrigadas a submeter-se, assumem esta responsabilidade de forma pouco consciente ao decidir fazer o seu primeiro exame ginecológico, onde as diversas mudanças sociais e as relações de poder convivem numa sociedade capitalista, como o evidenciado num serviço de saúde, como este, o qual convida a tomar determinadas decisões em benefício delas mesmas, com o menor riscos de custos sociais.

A seguir apresentamos os achados da segunda parte do instrumento da pesquisa que se relacionam com os motivos e preocupações apontados especificamente pelas mulheres que demandaram ao serviço. Assim após os depoimentos oferecidos na primeira parte; foram interrogadas acerca dos **atuais incômodos**, considerados como as **queixas manifestadas**. Nesse sentido, seis mulheres referiram estar sentindo algum incômodo atualmente, quatro especificaram que eram nas mamas (“prurido”, “peitos duros”, “dor”).



Além disso, a maioria referiu neste item que desconheciam as técnicas de auto-exame de mamas, manifestando o desejo de conhecer.

Em relação a este tema RODRIGUEZ (1986) no seu estudo denominado “*Prática do auto-exame de mamas e atitude face ao câncer*” realizado em Florianópolis (SC), com o objetivo de identificar a relação entre a prática de autocuidado de mama (AEM) e atitude face ao câncer foi realizado um estudo fundamentado no Modelo de Crença Atitude (MCA), intenção e comportamento de Fishbein e Alzem, com mulheres que trabalhavam em seis hospitais, três institutos e na administração central da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Dentre os resultados encontrados a autora coloca que este estudo não permitiu confirmar a associação entre atitude e comportamento prevista pelo (MCA), mas se conseguiu demonstrar a existência da relação entre a prática de (AEM) e o nível de escolaridade. Ainda confirmou a hipótese da existência de relação entre a prática de AEM e o contato com pacientes portadores de câncer, familiares ou amigos também com câncer.

Resultados opostos a esta posição indicam que mesmo que as mulheres tenham conhecimento e estarem informadas, elas não realizam o exame de mamas (AMADOR, 1975 e LIMA, 1991). É interessante verificar nestes estudos de multifatorialidade, que independente da idade, do nível de instrução, mas a sensibilidade frente a algum outro doente com câncer favorece a motivação de fazer ou não o exame de mama. Estes resultados sugerem que as possíveis justificações, não estariam diretamente relacionadas com a falta de conhecimento, porém, relacionados com o aprofundamento dessas atitudes, crenças e práticas tomando em conta seus sentimentos, etc. Infelizmente são poucos os estudos que apontam a esta reflexão, aprofundando estes aspectos mencionados o qual seria interessante explorar como componente do exame ginecológico.

Em relação às **queixas** expressas pelas usuárias, cinco mulheres referiram também **incômodos nos genitais** tais como: “corrimento

amarelado de longa duração”, “cheiro forte”, “prurido vaginal”, “secreção escura”, “dores internas e cólicas”.

Quanto à referência de outros problemas ginecológicos anteriores à consulta, duas mulheres referiram irregularidade no ciclo menstrual. Estas questões serão discutidas num sub-tema específico denominado menstruação, contendo depoimentos das mesmas mulheres que elucidam outros aspectos interessantes.

Ao verificar bibliografia em relação a outros padecimentos além do câncer cérvico-uterino que afetam diretamente a saúde da mulher e põe em risco sua vida.

Assim o Papanicolaou considerado como um exame preventivo cujo objetivo é detetar células anormais e outras anomalias denominadas infecções como por exemplo as que causam vaginite, que podem afetar as três estruturas principais como: a vulva, vagina e colo uterino. Os sintomas para cada tipo de infecção são parecidos; geralmente há uma secreção anormalmente excessiva, acompanhada de prurido, ardor e mal-estar na área, pode ter dor ao urinar e durante a atividade sexual, ocasionalmente irritação e edema da vulva e vagina. As infecções e infestações mais comuns são: candidíase, Trichomoníase e vaginose bacteriana, microorganismo isolado em 80% de homens parceiros de mulheres contaminadas e também pode-se observar esta infecção em adolescentes sem vida sexual ativa, prurido, ardor vulvar, fluxo fétido e de cor grisácea principalmente após o ato sexual são os principais sinais. (MEDINA,1997<sup>a</sup>).

O Papanicolaou sendo um dos exames de laboratório e como um exame preventivo do câncer cérvico-uterino realizado no serviço ginecológico pelos médicos e pelas enfermeiras do HU-USP, convertem-se em momentos interativos entre o pessoal de saúde e as usuárias. Destaque-se que o exame de mama é assumido pelo pessoal de enfermagem e médico de forma mais restrita, ou seja de pouca importância, ficando a livre critério do

avaliador, o qual é preocupante nesta população, pois ao identificar que nenhuma das mulheres deste estudo conhecia e nem realizava este exame, verificamos a importância do aprofundamento nesta área, pois acreditamos que tanto o exame de mama como o Papanicolaou são considerados a nosso modo de ver como parte do exame ginecológico reconhecido pelo PAISM a nível nacional e mundial, mas infelizmente esquecido por algumas pessoas responsáveis pela saúde da população e avaliando a rotina em meio da qual acontece, assim consideramos estes uns dos momentos mais importantes a ser aproveitados tornando-se num espaço educativo a ser também refletido com a finalidade de otimizar as ações de saúde, onde não somente assumamos o corpo como simples “reprodutor de corpos”.

O Ministério da Saúde através do PAISM têm estimulado também o desenvolvimento das ações educativas e de preferência aquelas que busquem a participação e reflexão conjunta dos profissionais de saúde com as mulheres, sobre os diferentes aspectos relacionados às doenças e às ações de seu controle. Embora o processo educativo deva permear todas as atividades, uma estratégia preconizada para o desenvolvimento das ações educativas é a chamada atividade em *Sala de Espera*, onde informações são dadas enquanto as mulheres esperam a consulta médica (BRASIL, 1994).

A sala de espera não é uma estratégia a ser aproveitado com fins educativos sem um devido planejamento e uso racional do tema a ser debatido. A questão preocupante é o fato do tempo de espera pela usuária, produto de algum impasse no atendimento que impede o cumprimento da hora agendada, gerando uma provável desorganização susceptível a ser avaliada.

A propósito das atividades educativas, uma nova estratégia deverá ser implementada. Assim CHIESA (1993) propõem uma estratégia de cunho emancipatório e crítico, “como um instrumento contra-hegemônico em benefício dos dominados”. A autora também afirma que “nessa perspectiva, a teoria crítica-social dos conteúdos é uma opção para o educador em

saúde, comprometido com a superação do quadro atual em que se encontra o setor, na sua tarefa de estudar e formular propostas para a população, que se encontra desprovida de informações e com o direito à saúde assegurado somente no discurso”.

Então será importante refletir esta estratégia que longe de beneficiar e ser aproveitada a sala de espera pelas usuárias, às vezes mediante o uso de material audiovisual de forma indiscriminada sem um planejamento prévio como tínhamos colocado anteriormente e sem a subsequente avaliação sugere a tradução centralizado na “desorganização do serviço” o qual tentando suprir esta necessidade focado na falta de informação da maneira mais prática, com a justificativa da boa vontade de preencher os espaços que nem sempre são bem aproveitados pelas usuárias sendo interrompidas quando chamadas para consulta respectiva, interferindo até na geração de uma mudança de atitude em favor dela mesma.

MERHY (1994) ao discutir “*Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida*”, aponta que hoje infelizmente ninguém pode assegurar uma verdadeira qualidade de atenção de saúde pela falência do modelo liberal-privatista que marca a prática dos profissionais de saúde centrado no relacionamento de uma maneira “impessoal” e “descompromissada” e o usuário tratado como um “mero objeto depositário de problemas de saúde”, determinando a partir deste modelo as necessidades presentes para ambos os atores sociais, a maneira de abordá-los, tratá-los e solucioná-los, empobrecendo a relação usuário/ técnico ao não tratá-los na relação da universalidade e riqueza que ela comporta.

Frente a esta realidade o autor propõe a construção de um novo tipo de vínculo entre os trabalhadores e os usuários, que seja uma outra maneira de assumir os compromissos cotidianos diante do cuidado à saúde: construção de um trabalhador coletivo, onde o serviço esteja realmente

centrado no usuário utilizando uma tecnologia adequada, embasada nos conhecimentos acerca de “como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhadores e as atividades de grupos de gestão”. (MERHY, 1994)

Esta discussão, permite evidenciar que a decisão de fazer o exame ginecológico, como foi visto anteriormente, está ligada ao caráter bio-físico (provável doença, diagnóstico, tratamento e controle) reforçado através das queixas também registradas como provável gravidez não planejada. Sendo que o fato quanto ao desconhecimento do auto-exame de mamas questionado pela falta de um maior aprofundamento quanto aos outros determinantes sociais que poderiam estar gerando esta aparente falta de conhecimento, também é reforçado pelo modelo médico-hegemônico, onde a autoridade exercendo sua porção de poder emitira um parecer para satisfazer as dúvidas da cliente e brindando a aparente tranquilidade.

Através dessa relação médico-paciente será exercida a subordinação, assumida e reconhecida pelas mulheres e as diversas circunstanciais tais como gravidez e controle pré-natal / pressão trabalhista para obter um emprego, e posteriormente provavelmente obrigarão a estas procurar ou recusar o serviço de saúde em outras oportunidades justificadas pelos conhecimentos, sentimentos pessoais entre outros motivos que sera mais adiante discutidas.

Quanto aos **conhecimentos frente ao exame ginecológico** observou-se que persiste a desinformação quanto às suas finalidade e os procedimentos do exame ginecológico e de prevenção (Papanicolaou). Foi interessante evidenciar que inclusive a terminologia “Papanicolaou” era motivo de surpresa pelo desconhecimento. Assim as frases abaixo, que expressam temas dos depoimentos das mulheres, ilustram esta informação:

***A informação sobre a finalidade e o procedimento do exame ginecológico é insuficiente para a sua compreensão.***

***O procedimento e a finalidade do exame de Papanicolaou são desconhecidos.***

***O exame do Papanicolaou consiste numa raspagem do colo uterino e é desconhecidas sua finalidade e frequência para a realização.***

***Existem dúvidas sobre alguns aspectos relacionados ao exame ginecológico: (“se é difícil”/ “doloroso” “como é feito” “tempo de controle”).***

***O exame das mamas é um procedimento desconhecido e não é considerado suficiente para a detecção de problemas.***

As frases temáticas apresentadas mostram que provavelmente pelo tempo reduzido da consulta e a falta de uma melhor estruturação para o atendimento, as orientações tem sido insuficientes frente às diversas dúvidas das usuárias. Assim muitos estudos indicam também que a transmissão das informações sobre o exame ginecológico tem permanecido sob a responsabilidade de leigos, ou seja, dos amigos e parentes, os quais reforçam as relações de subalternidade medico/paciente colocando como exemplo ate suas próprias histórias de vida que poderiam ter sido traumáticas como evidenciamos também no presente estudo.

Em relação ao exame das mamas foram expressos o desconhecimento e a desconfiança pela própria técnica do auto-exame que é questionado quanto a sua capacidade diagnostica e segurança na detecção de problemas mamários, fragilidade percepção relativa a um componente do exame ginecológico que poderia estar interferindo como uns dos determinantes para este agravo de saúde.

Mas, quando continuamos analisando as frases temáticas nos depoimentos, foram evidenciadas certas contradições quanto ao acúmulo de conhecimentos em relação às próprias finalidades e procedimentos propriamente ditos apropriados pelas mulheres. Nota-se que a concepção *preventista* está presente, pois consideram o exame importante para o diagnóstico e o tratamento oportuno. Estas idéias são resumidas através destas frases temáticas:

***Existe ambiguidade em relação ao recebimento de informação sobre o exame ginecológico (“não sei” “minhas amigas falaram para mim”).***

***O procedimento e algumas das finalidades do exame ginecológico são conhecidos.***

***A finalidade do exame Papanicolaou é diagnosticar câncer de útero ou outras doenças.***

***O exame ginecológico é considerado “interessante” e “importante” para prevenir possível doença e tratá-la a tempo.***

***O Papanicolaou consiste numa coleta de “algum líquido” interno (“que tira da gente”) para identificar alguma “irregularidade”.***

***O Papanicolaou é considerado como “importante” para o diagnóstico precoce de possíveis doenças e verificação de sua gravidade.***

Assim também uma vez mais reforça-se nestas frases temáticas a concepção quanto aos determinantes do processo saúde-doença assumido pelas mulheres centrado na relação causa-efeito e de caráter multifatorial atribuindo assim a hereditariedade, a presença de microorganismos e o início da vida sexual ativa como possível causa de doença ginecológica, como é ilustrado nestas frases temáticas:

***Os problemas físicos da mulher são associados à hereditariedade.***

***O exame ginecológico é considerado “importante” de ser feito após o início da vida sexual para prevenir possível doença/ “problema” e tratá-la a tempo.***

***Existe ambiguidade em relação à forma de contrair doença ginecológica (“contacto com a piscina”/ “muito cloro e água para pouco microorganismo”, “vaso molhado”/ “não se sentar no vaso”).***

***A possibilidade de contrair doença ginecológica e as alterações menstruais são relacionadas ao início da atividade sexual (“não ser virgem”).***

O desconhecimento e a desinformação sobre essas questões parecem ser uma constante também em outros estudos. Para MUNIZ (1981), 80,7% das mulheres estudadas tinham informações sobre exame preventivo do câncer cervical, dentre as fontes de informação os serviços de saúde aparecem em primeiro lugar (43,2%) seguido pelos parentes e amigos (24,0%). Das mulheres que sabiam da existência do exame preventivo somente o 74,7% o fizeram, sendo que a maioria era casada, seguida das viúvas e solteira (79,1%; 75,3%; 56,4% respectivamente).. Identificaram também que a variável escolaridade não foi significativo na realização do exame. Dentre as mulheres que nunca fizeram o exame preventivo, 28,5% apontaram como causa o fato de “não achar necessário” e 16,7% referiram que foi por “acanhamento”.

Tomando por referência este estudo, algumas causas prováveis podem ser consideradas, mas ao buscar uma análise sob a ótica de gênero, pode sugerir que existem preocupações diferentes em relação ao corpo, não achando necessário para algumas, e representando maior preocupação para outras, sugerindo provavelmente que dependendo da consciência da mulher, do estado civil a decisão de fazer voluntariamente este exame estaria ligado ao seu próprio prazer de mulher, como nos evidenciamos neste estudo.

Quanto à compreensão particular do exame GRECO (1993) refere que “mesmo não sabendo exatamente no que consiste o exame as mulheres se submetem ao procedimento passivamente, sem questionar ou justificar a si mesmas que se trata de um procedimento comum a todas as mulheres”. Do mesmo modo, os instrumentos que são utilizados não são do conhecimento da maioria das mulheres, mesmo após terem sido submetidas ao procedimento. A mesma autora afirma que quanto à falta de informação, identificou estarem centralizadas nos procedimentos para a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino e quanto ao conhecimento de seu próprio corpo. Aqueles desconhecimentos “levam à associação com outros procedimentos vivenciados pela mulher, mais invasivos ou até lesivos”

Em relação ao mesmo tema LAMADRID (1996) realizou um estudo no ano 1993 em Santiago do Chile que teve como objetivo identificar os fatores de resistência entre os conhecimentos e temores das mulheres entre 25 a 54 anos de idade, usuárias de três consultórios de atenção primária que tinham atrasado a coleta do Papanicolaou e as que impediram fazer o exame de controle do Papanicolaou (onde a maioria já tinham feito pelo menos um exame) de acordo com as normas elaboradas. Os resultados indicam que a maioria das mulheres pensava que o exame de Papanicolaou “detectava um problema ginecológico mas desconheciam sua natureza”. Observou-se também que as fontes de informação extrapolavam ao do pessoal de saúde.

LOPES (1996), no seu estudo denominado “*O avesso da prevenção do câncer cervico-uterino: o ex-sistir feminino sob a ótica da enfermagem*”,



realizado em Rio de Janeiro, com o objetivo de compreender o existir feminino no cotidiano da prevenção do câncer cervico-uterino, foi utilizada a temática câncer cervico-uterino para ser tratada “a partir da facticidade em busca do desvelamento do sentido do ser mulher”. Os resultados apontam o significado atribuído pelas mulheres ao “ser mulher” como presença temerosa que não tem a compreensão do exame em seu caráter preventivo, deixando de ir ao encontro da situação assistencial, sem adesão existencial. A autora afirma que “a prevenção envolve a compreensão daquilo que pode vir a surgir como problema ginecológico e não apenas como doença grave e fatal”, estes dados ajudam a refletir na base dos obtidos por nós os quais, concordam com parte desta posição que além de ser valorizado de maneira consciente ou inconsciente o exame ginecológico para evitar futuros agravos surgem algumas atitudes que permitem evidenciar algumas relações de poder e subordinações.

Finalmente, frente à discussão apresentadas e os resultados desta pesquisa, a desinformação não seria a única justificativa para a busca do exame ginecológico. No nosso modo de ver verifica-se que *existe uma ambigüidade em relação ao saber/fazer e querer/fazer o exame ginecológico*, introduzindo um componente subjetivo que poderia estar interferindo na resolução da opção e o “evitamento deste exame”. Tentaremos explicitar melhor esta afirmação através dos sentimentos das mulheres frente ao seu primeiro exame ginecológico.

Quanto aos **sentimentos frente ao exame ginecológico**, foram identificadas também ambigüidades de sentimentos entre os quais se destaca (medo, vergonha, insegurança, aflição, assustada, receio) e (tranquilidade, estar indiferente, curiosidade, etc.).

Em relação aos sentimentos frente ao exame propriamente dito, foram identificados sentimentos negativos como insegurança, medo, tensão, nervoso e contraditoriamente também os de curiosidade em relação ao exame dado o desconhecimento quanto ao seu procedimento e as finalidades:

***O exame ginecológico produz sentimentos tais como insegurança e medo tanto por ser um procedimento desconhecido quanto pela sua finalidade e seus resultados (“notícia ruim”).***

***Fazer o Papanicolaou produz sentimentos tais como: “tensão” “vergonha”, “curiosidade”.***

***Fazer o exame ginecológico produz sentimentos de “medo” “nervoso” “ansiedade”.***

Os sentimentos frente ao exame ginecológico especificamente antes de sua realização foram verificado por GRECO (1993). Ela afirma que “o medo do que é desconhecido, do resultado do exame ou medo do que se imagina que seja o exame e na busca de superar este medo, as mulheres procuram informação sobre o exame com outras mulheres mais próximas (amigas, mães, patroas, irmãs - que nem sempre as orientam corretamente)”.

Os sentimentos também foram evidenciados, ressaltando o entendido a subordinação no ato de fazer o exame ginecológico no qual gera a exposição de “suas partes íntimas”; o “medo” e a “vergonha” e a necessidade superada pela coragem como é expresso nas seguintes frases temáticas:

***O exame do papanicolaou produz sentimentos de “medo” (de sentir dor) e de “vergonha”(de expor partes íntimas).***

***Existe ambiguidade em relação aos sentimentos produzidos frente ao exame ginecológico (“estou normal” “um pouquinho de nervoso).***

***Fazer o Papanicolaou produz sentimentos tais como “medo”, “vergonha”, que devem ser superados pela “coragem”.***

Outro sentimento presente segundo GRECO (1993) antes, durante e depois do exame é “a vergonha de mostrar o corpo, de falar sobre o que foi feito”; este sentimento é justificado pela autora pelo fato de uma possível origem na repressão da sexualidade desde a infância.

CHAUÍ (1984) no seu livro “Repressão sexual: Essa nossa (Des) conhecida”, refere-se a certos fatos de repressão sexual especificamente que são reproduzidos na nossa sociedade através de muitos exemplos e conceitualiza-a como um conjunto de interdições, permissões, normas , valores, regras estabelecidas histórica e culturalmente para controlar o

exercício da sexualidade. Essas proibições e permissões são interiorizadas pela consciência individual graças a inúmeros procedimentos sociais como por exemplo a educação. Historicamente a carga e a qualidade repressiva têm sido diferenciadas entre homens e mulheres.

As representações das mulheres deste estudo apontam a uma exteriorização de seus sentimentos frente ao seu próprio corpo e como afirma CHAUI (1984) estas são “expulsas para longe da consciência, quando transgredidas trazem sentimentos de dor, sofrimento e culpa que desejamos esquecer ou ocultar”. Esta denominada repressão sexual baseado no corpo, é possível de superar ao torna-la consciente através do reconhecimento dos seus próprios sentimentos para poder enfrentarmos de maneira objetiva. Esta atitude assumida como repressão é produto de outros fatores sociais e éticos que foram passados de geração a geração e de sociedade em sociedade e frente ao primeiro exame ginecológico que aliás mexe diretamente com o próprio corpo, e provoca esta invasão da intimidade feminina. Não se trata de uma simples dor, nem um incômodo em outras partes do corpo, trata-se dela frente ao outro ser humano que dependendo da forma de interação pode provocar diferentes sentimentos em relação ao próprio exame.

Em relação a estas expressões a partir das vivências com seu próprio corpo, STUART (1991) afirma que “a palavra da mulher - falando do seu corpo - pode ser uma revolução dentro das outras revoluções”. Aponta também que é uma das maneiras de avaliar a profunda desvalorização feminina, a subestima desse sexo, considerado o segundo; ou seja tentar ouvir outras mulheres representa um fato importante para deixar emergir o feminino na sociedade, porque não pode ser passado como indiferente. No nosso trabalho, verifica-se a presença destes sentimentos ao realizar o exame ginecológico, sentimentos esses associados a outras questões da vida sexual da mulher que ainda não foi lidado e que precisa ser compartilhado.

Outra autora, interessada também no tema, afirma num estudo realizado com o objetivo de captar as percepções e vivências das mulheres que freqüentam o serviço de saúde (clínica geral) a respeito do exame ginecológico que a maioria das mulheres revelaram sentir **vergonha** prioritariamente (relacionado com o desagradável ou feio na genitália feminina), além de tensão, medo e até dor. É interessante também ressaltar que das 22 mulheres entrevistadas, somente 05 referiram sentir-se bem durante o exame ginecológico; e 15 delas não fazem o exame ginecológico regularmente. Quanto ao próprio exame ginecológico a autora manifesta que “não é um procedimento preventivo que este grupo de mulheres possa utilizar em seu benefício, com tranquilidade”. Existe um sentimento de “aversão à situação do exame pelo confronto direto com seu pudor”. Ainda a autora refere que *trabalhar com o ser humano, com seus sentimentos e suas representações não é uma tarefa fácil*. (CHEIDA, 1993).

O depoimento de uma mulher que nunca fez o exame ginecológico demonstra também o “evitamento do exame ginecológico” relacionada ao sentimento de vergonha e ainda é importante observar, como o assinala a autora, que “não só o exame ginecológico enquanto procedimento preventivo é evitado, mas inclusive como procedimento diagnóstico em situação de patologia instalada”. Finalmente, CHEIDA (1993) refere que “a realização do exame ginecológico constitui-se em última instância, na exposição de genitália à observação de outra pessoa”.

Assim ao pesquisar sobre o pudor feminino herdado pelas gerações, vemos quão importantes resulta para as mulheres o comparecer ao exame de Papanicolaou por vontade própria, pois sentem que a sua intimidade será exposta. Por isso recomenda o NOAH (Hospital New York) a importância da avaliação da saúde da mulher frente à sua intimidade (MEDINA, 1997).

Frente a estes dois subtemas apresentados, LAMADRID (1996) coloca também o fato que para justificar a sua “falta de acatamento” ao exame a maioria das mulheres expressaram que sentiam medo de ser cobradas pela

enfermeira obstétrica (54,1%) pelo fato de não ter feito este exame no tempo adequado. A autora atribui isto pelo provável autoritarismo presente neste tipo de serviço; uma boa porcentagem (34,4%) referiu o temor em ficar “doloridas” e um 25,0% tinham medo de perder o DIU pela possibilidade de manipulação de seus órgãos reprodutores pelos profissionais da saúde sem autorização da própria usuária.

A manifestação da preocupação e sentimento frente ao pessoal de saúde converte-se num dos aspectos relevantes colocados por outros estudiosos, deixando num segundo plano seus próprios sentimentos muitas vezes reprimidos. D’OLIVEIRA; LUIZ (1996) afirmam que as mulheres buscam o Papanicolaou, submetidas ao cumprimento de um dever do modelo ideal de mulher, ultrapassando o conflito entre a vergonha e o dever propriamente dito.

As mesmas autoras acreditam que os resultados obtidos propiciaram nas mulheres uma relação mais próxima e menos culposa com o corpo, permitindo maiores oportunidades de agregar conhecimentos e autocontrole de si mesma, possibilitando maior adesão ao exame preventivo. Ainda proporcionou “uma auto-imagem mais gratificante e menos sofrida”, pois permitiu “uma compreensão mais ampla a respeito do exame preventivo de câncer de colo de útero e do exame ginecológico em geral”. Finalmente neste estudo colocam “em cheque a estratégia educativa centrado na falta de conhecimento, colocando a alternativa do autoconhecimento como possibilidade real e concreta”. (D’OLIVEIRA; LUIZ, 1996)

Assim também, continuando com a análise dos sentimentos, foi outra manifestação voluntária o desejo de conhecer os resultados da possível gravidez tematizando a “aflição” enquanto manifestação dessa subordinação frente à expectativa de conhecer o resultado de algo e inesperado “não planejado”:

***O sentimento de “aflição” está relacionado à expectativa do exame ginecológico confirmar ou não a gravidez.***

A possibilidade de um resultado negativo, apresenta-se como uma reação consciente de autocobrança, de censura pessoal, sentimento de culpa consigo mesma em relação ao seu próprio corpo, que foi descuidado através do adiamento do exame em outras oportunidades; e medo de ter uma notícia “ruim” traduzimos como o bloqueio do normal, pela presença de alguma doença perigosa, ou seja o castigo a ser recebido frente a uma má ação; a seguir as frases temáticas exemplificam esta idéia.

***O adiamento da realização do exame ginecológico provoca sentimentos de culpa na usuária (“consciência pesada” “intranquilidade”).***

***A expectativa de um resultado negativo do exame ginecológico provoca sentimento de medo.***

***Existe a expectativa de que o resultado do exame ginecológico seja “normal”.***

Outro sentimento citado por GRECO (1993) foi “a culpa, frente à possibilidade de vir adoecer por não ter procurado antes o serviço para fazer o exame que já havia sido recomendado”. Este dado reforça os achados no presente estudo.

Em relação a esta afirmação MURARO (1983) refere que “a norma não é algo natural, mas algo produzido pelas sociedades no sentido de sua perpetuação”. A mesma autora esclarece que as normas tornam-se regras explícitas ou implícitas, conscientes ou inconscientes que regulam a sociedade, emanadas dos setores dominantes sobre os setores dominados. No nosso caso esta dominação é muito mais de gênero do que de classe social.

Em relação ao sentimento de culpa, STUART (1991) refere-se que é surpreendente que a mulher sendo esclarecida e instruída quase sempre aceita atravessar determinadas condutas que favorecem estes sentimentos.

Sentimentos frente às informações obtidas identificou-se que as diversas informações recebidas, somente reforçam essas contradições evidenciadas entre o desejado e não desejado ou entre o voluntário/involuntário; como se evidenciam nas seguintes frases:.

***A informação (leiga) de que o Papanicolaou é um exame doloroso provoca sentimento de medo.***

**As informações da enfermeira de que o Papanicolaou pode ser um pouco doloroso provoca sentimento de medo.**

**As informações (leigas) recebidas sobre o exame Papanicolaou são ambíguas em relação ao procedimento e aos sentimentos provocados nas mulheres (“mais medo” / “curiosidade”).**

**A informação audio-visual (filme) de que o exame ginecológico é traumático e doloroso provoca sentimento de medo e desistência (evitar o exame).**

Quanto às informações recebidas pelas mulheres sobre o exame ginecológico CHEIDA (1993), afirma que sempre essa troca “apontava na direcção de uma generalização de um significado negativo do exame, um reforço à atitude de evitamento do exame.

Finalmente frente a estas afirmações, alguns estudiosos confirmam nossos questionamentos, mas falar de sentimentos, nesta parte do estudo significou um grande desafio, tanto pela complexidade do assunto mas também pelos limites como profissional de enfermagem, pois a formação profissional também tem alguns vazios e que tem que ser superadas . A continuação apresentaremos alguns conceitos que ajudaram a situarnos melhor nestos temas.

Neste estudo, *o medo e a vergonha* foram considerados entre as mais importantes emoções identificadas nas mulheres, apesar das ambiguidades. Para KRECH (1971) “a experiência emocional é um padrão organizado de sentimentos para o qual contribuem a percepção de estados e processos do corpo, a percepção da expressão de emoções e a percepção de ações de ajustamento”. Estas denominadas emoções constituem algumas das experiências de nosso eu e classifica-se em 6 categorias principais a saber:

- a) Emoções primárias; dentro das quais se encontra por exemplo a alegria, medo, cólera, pesar.
- b) Emoções referentes à estimulação sensorial; como por exemplo dor, náusea, aversão, prazer.
- c) Emoções referentes à auto-estima : vergonha, orgulho, culpa.
- d) Emoções referentes a outras pessoas: amor, ódio, piedade.
- e) Emoções contemplativas: humor, beleza, admiração.
- f) Disposições: tristeza, angústia, entusiasmo.

O mesmo autor diz que as *emoções primárias* são considerados o mais básico e o mais simples e que geralmente está associado à busca de objetivos e com altos graus de tensão. Como parte dele o *medo* é considerado como uma emoção de “afastamento” que envolve uma fuga do perigo, sendo muito comumente experimentada. O autor também relata que alguns observadores da natureza humana chegaram a fazer do medo o núcleo do comportamento humano e foi considerado que o medo é o que movimenta o mundo. “A situação essencial para o aparecimento do medo é a percepção de um objeto perigoso, ou de uma condição ameaçadora” e caracteriza-se pela “ausência de poder ou capacidade da pessoa para dominar a ameaça”. De maneira característica, essa previsão de um perigo iminente é sentida como angústia. (KRECH, 1971)

Quanto às *emoções relativas à auto-estima* o autor refere que “os determinantes essenciais se ligam à percepção que a pessoa tem de seu próprio comportamento em relação aos diversos padrões de comportamento e de conduta, tanto externos quanto internos”. E especificamente a *vergonha* é definida como um sentimento que resulta de sua própria percepção de que o seu comportamento se afasta do exigido pela imagem de seu eu ideal (...) a pessoa sente vergonha quando o grupo exprime desaprovação de sua conduta. A *culpa* é um sentimento relacionado a ter agido erradamente, a ter violado alguma regra geralmente experimentado como angustiante ou doloroso. Este sentimento “depende da percepção da própria ação numa situação que foi diferente da ação correta ou moral ou ética que a situação exigiria (...) nos casos de sentimento de culpa indefinida, o indivíduo tende a perceber a culpa como profundamente ligada a si mesmo, não apenas um ou outro de seus atos é mau, mas ele é má pessoa”. No outro extremo, existe a culpa experimentada com o Pecado do Eu, minha natureza má, o “eu mau” o ato errado não apenas me envolveu, mas foi causado por mim. E frente a tudo isso a confissão e a absolvição dos pecados na religião católica, atinge esse objetivo. Outras formas mas severas aplicadas no protestantismo, ao contrário a pessoa pode ser obrigada a “viver” com a sua culpa, a senti-la



continuamente e ser castigada por ela; forçada a reconhecer seu pecado mortal, para o qual só existe redenção quando o eu se afasta do pecado, ou através de fé e boas obras, ou para o qual não existe redenção, pois o Pecado é Original. É importante ressaltar que esta posição baseia-se numa concepção religiosa, mas permite ter uma apreciação desta visão de mundo para junto com outros autores identificar outras possíveis saídas. (KRECH, 1971)

Ao respeito GEERTZ (1978) ao falar sobre a complexidade dos problemas da dinâmica psicológica formada a partir da triade - vergonha, culpa e medo - onde dificilmente o sentimento vergonha pode estar separado ou junto ao denominado “sentimento de culpa” com a conseqüente repreensão e /ou a punição. O autor também coloca que a culpa é um sentimento proveniente da construção social e cultura do medo.

Para compreender estes conceitos justificados anteriormente pela psicologia e antropologia, nos remeteremos à construção dos fatos através da historicidade onde provavelmente acharemos algumas outras saídas para a melhor análise quanto aos sentimentos.

Para MURARO (1983), resgatando as colocações feitas nos parágrafos anteriores quando tentávamos entender os motivos pelas quais a mulher realizava o exame ginecológico, a autora coloca a importância do saber antigo, que era ligado aos pensamentos pecaminosos, egoístas, onde ainda a atividade médica tradicional condenava a masturbação, a atividade sexual excessiva, dentre outras coisas; ou seja existia uma verdadeira política de repressão; mas hoje assumindo como um novo padrão de conduta, centrado no cuidado do corpo e a livre escolha quanto a hábitos se refere e graças à intervenção na década do sessenta pelos adventos das idéias feministas, é possível olhar e refletir acima dos verdadeiros desejos como mulher, com vista à satisfação das suas próprias necessidades nesta vida moderna.

DEL PRIORE (1995) afirma que processo normatizador baseou-se num processo de adestramento pelo qual passaram as mulheres neste período, foi acionado por meio de dois poderosos instrumentos de ação: um discurso sobre padrões ideais de comportamento importados da Metrópole e que teve como principais porta-vozes os moralistas, pregadores e confessores. Em outras palavras, trata-se de um discurso normatizador que já se encontrava na mentalidade popular portuguesa e na Européia, onde posteriormente a Igreja, autoridade importante nesta época, adotou este discurso, previa a imposição da Reforma católica respeitando a elite portuguesa, mediante o denominado Processo civilizador que incluía a reorganização das funções do corpo, dos gestos e dos hábitos, os quais deveriam refletir na pressão organizadora, e portanto moderna, dos jovens Estados burocráticos sobre toda a sociedade. Obviamente teve suas influencias prioritárias nas mulheres de aqueles tempos.

CHAUI (1995)<sub>b</sub>, ao definir “medo” mostra entre suas afirmações, tomando por referência a fala de outros autores, que “temos medo da delação e da tortura, da traição e da censura (...) temos medo da culpa e do castigo ; do perigo e da covardia; do que fizemos e do que deixamos de fazer ...(...) temos medo do ódio que devora e da cólera que corrói, mas também da resignação sem esperança, da dor sem fim e da desonra. Da mutilação dos corpos e dos espíritos..(...) desde sempre, em toda parte, tem-se medo do feminino, do mistério da fecundidade e da maternidade, santuário estranho, fonte de tabus, ritos e terrores (...) Mal magnífico, prazer funesto, venenosa e enganadora, a mulher é acusada pelo outro sexo de haver trazido sobre a terra o pecado, a infelicidade e a morte”.

Percebemos através do exposto que a igreja, autoridade máxima, através do catolicismo nessa época mediante a visão de mulher santa incentivou estrategicamente o sentimento de culpa, o qual ate nossos dias deixa-se perceber nas mulheres na maioria identificadas como católicas incluindo no presente estudo.

No presente estudo as razões colocadas e os sentimentos negativos entre os quais o “medo” (ao que o exame seja “doloroso”, por “ser um procedimento desconhecido”, “pelos resultados negativos”) foi o marcante e que a diferença dos outros estudos este é predominante, quiçá por ser um tipo de população específica dada a primeira vez na vida delas enfrentar este tipo de situação o primeiro exame ginecológico; “vergonha” (expor partes íntimas), vem a ser um segundo sentimento presente expressos pelas mulheres já apresentados em outras pesquisas executadas em qualquer população independente de ser a primeira vez, isto traz na reflexão quanto à importância assumida pelas mulheres em superar qualquer situação com a finalidade de dar uma resposta a sua problemática ou preocupação neste momento.

Os dados apresentados neste análise sugerem, que os sentimentos exteriorizados pelas mulheres não é nada mais que as livres manifestações subjetivas em respostas as relações de subordinação enfrentada pela usuária e o profissional, nessa relação masculino/ feminino, percebido através das diversas contradições, nesse afã de estar atravessando por um período de transição onde a repressão sexual, ainda presente nos depoimentos destas usuárias avançam rumo a obter sua liberdade de escolha sem sentimentos de culpa nem cobrança, ficando reduzido muitas vezes à preocupação do pessoal de saúde que é constante, circunscrito no cumprimento das normas institucionais, deixando as expectativas ou sentimentos das mulheres, representariam comparados aos outros estudos uma reprodução social do seu grupo social, centrandonos ao nível de passagem de informação de mulheres que já atravessara por esta experiência do primeiro exame ginecológico apresentados nos estudos anteriormente.

A continuação apresentaremos outras das expectativas das mulheres através da categoria denominada *Mulher, vida e saúde*, onde pretendemos compreende-a analisando através de outro angulo na vida desta mulher.

#### **4.2.3 Mulher, vida e saúde**

Na categoria denominada **Mulher, vida e saúde** abordaremos vários subtemas relacionados com o que denominamos de condição da mulher na fase do ciclo vital e as diversas situações enfrentadas ao realizar o exame ginecológico, entre as quais a maternidade, o aborto, os métodos anticoncepcionais e a menstruação. Elas foram levantadas a partir das preocupações das mulheres nesse momento, onde foram evidenciados que tanto o papel social e a reivindicação dos direitos reprodutivos da mulher perpassaram estas categorias e será ainda interessante sua discussão no afã de compreender a mulher como parte desta sociedade responsável pela construção e determinação dos seus papéis sociais.

Quanto à condição da mulher e fase do ciclo vital evidenciou-se que a participação e o inter-relacionamento familiar (parceiro, pais, filho, etc.) provocam diversas reflexões e reações quer positivas ou negativas, ou seja, a favor ou contra a própria mulher, que serão melhor explicitadas no decorrer do texto.

Conforme a fase da vida que estão atravessando as mulheres adotam formas de agir diferenciadas, frente a algumas situações num determinado momento, traduzidas na adoção de uma atitude alienante, que poderia estar influenciando na sua forma de agir, de pensar e no desenvolvimento de tipo de vida que está disposta a levar, como se percebe através destas frases temáticas:

***Os fatos negativos da vida são algo predestinado.***

***A “vida de adolescente” é “sofredora” devido ao distanciamento (de cidade) do namorado.***

Assim também encontra-se a preocupação quanto ao tipo de relacionamento familiar, as diferenças de poder entre gêneros, expressos através do “controle” feito pelo pai e a “orientação” feita pela mãe, reflexos dos papéis definidos dentro do âmbito familiar, causando sérios questionamentos nas mulheres:

***O controle da “vida” é feito de pai para filha e a orientação é feita de mãe para filha / pai para filho.***

***A mãe é a única (verdadeira) amiga da filha.***

Em relação a este tema FAÚNDES (1996) afirma que as relações de poder dentro do ambiente familiar têm a ver diretamente com as definições culturais dos papéis que se atribuem ao gênero feminino e masculino. Assim cabe à mulher assumir o dever e suas funções centralizadas na satisfação das necessidades da família, cuidado dos filhos e do marido ou seja nas atividades próprias do lar. Em poucas palavras, a mulher tem que ser ainda boa esposa, boa amante, boa mãe e boa dona de casa.

Isto sugere que a mãe neste grupo estaria cumprindo um papel de orientadora, conselheira comparada ao do pai que ainda reproduz uma figura de autoridade, reproduzindo um regime social existente conhecido como patriarcado.

Em relação a este tema BREILH (1996) afirma que o patriarcado tem uma base material que organiza a reprodução da espécie, a sexualidade, as condutas e normas, criação dos filhos e um conjunto de construções ligadas ao poder com a mesma idéia de controle da propriedade e dos recursos para a reprodução cultural. Alguns estudos, no entanto, resgatam a relação de gênero raça/ etnia, através da atribuição ao valor da participação da família como facilitador das questões sexuais apesar de ser de origem tradicional e conservadora, como podemos perceber abaixo:

***A família por ser de descendência japonesa e de profissionais da área biológica favorece a abordagem da “questão de saúde” e “sexo”.***

***As relações humanas familiares e no trabalho são consideradas positivas.***

Para BREILH (1996) as “relações étnicas” surgem como a combinação da ancestralidade biológica racial e a conformação cultural que devem diferenciar-se das condições raciais, ambos ligados à formação de padrões culturais próprios e a diferenciação de um sistema de valores, capacidades e atributos que conformaram etnias sobre a base dos respectivos grupos raciais. A “etnia” vem a ser uma construção histórica cultural sobre a base racial, definido através do conjunto de atributos culturais entre os quais se

destaca a língua, a religião, as instituições que dão uma identidade global aceita pelo grupo.

Assim frente a estas colocações não pretendemos aprofundar no tema “interculturais”, pois no nosso meio não é uma constante a abordagem da relação cultura *versus* área profissional e saúde *versus* sexualidade. A abordagem deste tema exigiria um aprofundamento que não é o objetivo deste estudo.

Outra preocupação identificada quanto à diferença de poder entre gêneros, expressos na relação homem-mulher/ mulher-mulher foi evidenciado através dos relacionamentos e reações assumidas pelas mulheres frente à aprovação do parceiro, pressão ou “incentivo” do namorado e da mãe para fazer o exame ginecológico, e também pelo fato do parceiro saber mais sobre o exame do Papanicolaou quando comparado aos conhecimentos da própria mulher. Nas frases temáticas a seguir observamos a importante influência na vida e nas decisões de certas condutas de submissão assumidas pelas mulheres frente às relações de poder exercidos por ambos atores sociais:

***A realização do Papanicolaou conta com a autorização do parceiro.***

***A realização do exame ginecológico é incentivada pela mãe (“estava na idade”) e pelo namorado.***

***O conhecimento do procedimento do Papanicolaou pelo homem causa “estranheza” à mulher.***

Em um estudo quantitativo, PÁEZ e col (1990) fizeram referências às motivações e aos temores das mulheres em relação ao próprio exame de Papanicolaou. Observaram uma maior disparidade nas respostas, sendo significativamente melhores nas mulheres com antecedentes de gravidez e com uma educação equivalente ao quarto ano básico e na faixa etária de 25 a 44 anos; destaca-se também que mais da metade (59,0%) havia realizado o exame motivadas pela indicação do próprio médico ou parteira, do que pelo seu próprio interesse. Em que pese à utilização de um instrumento originado de variáveis preestabelecidas, é possível conhecer as dificuldades da cliente ao fazer o exame ginecológico, necessitando para isso do incentivo ou

motivação de outras pessoas com maior “autoridade”, neste caso, do pessoal de saúde, do parceiro, mãe, etc.

O exercício do papel da autoridade exercido pelo parceiro, mãe, namorado ou amigo confirma a presença de uma relação de poder sobre a mulher que aceita sua subordinação.

Observou-se também certas contradições quanto aos sentimentos da mulher frente ao sexo do examinador propriamente dito, tais como:

***A realização do exame ginecológico provoca preocupação com o sexo do profissional de saúde que realizará o exame (“se for homem pior ainda” / “se for mulher, mais o menos”).***

***A realização do Papanicolaou provoca preocupação com “dor”, “higiene” e com o sexo do profissional de saúde que realizará o exame.***

***Não existe preocupação com o sexo do profissional da saúde que realizará o exame.***

Quanto à preferência do sexo do examinador, no estudo de CHEIDA (1993) pode ser verificada a maior preferência pelo sexo feminino, justificando dita posição à “possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamento do corpo, ou seja, de quem se pode esperar compreensão”.

No mesmo ponto GRECO (1993), evidenciou também que para algumas mulheres é muito importante o fato de serem atendidas ou examinadas por uma mulher, pelo fato de sentir “vergonha de mostrar o próprio corpo para alguém do sexo masculino, mesmo em se tratando de um médico”.

Nos depoimentos apresentados, a concepção de “higiene íntima” está provavelmente ligada aos padrões antigos onde o corpo era visto como fonte do “pecado”, “sujo” tal como foi discutido anteriormente e que é reforçado ainda no nosso meio pelo sistema de saúde no qual se explicita o exercício do poder do profissional da saúde e que se encontra, provavelmente de maneira ingênua, incorporada rotineiramente no atendimento à cliente no

consultório. A usuária, na maioria das vezes não está ciente desta relação de poder médico/cliente, porém, deixa entrever suas reações íntimas neste momento importante de sua vida.

Há preocupação com a aparência externa do corpo, a necessidade da própria aceitação e da aceitação por parte do sexo oposto. A mulher deixa entrever a construção da auto-imagem e da auto-estima com ênfase na estética determinada pelo modismo, como se observa a seguir:

***Ir ao ginecologista é uma demonstração de preocupação consigo mesma e uma obrigação das mulheres.***

***A preocupação com o corpo (ser magra e com “seios grandes”) é inspirada no “estilo americano”.***

***Ter mamas grandes provoca incômodo pelo peso e por atrair a atenção de homens.***

***Ter mamas grandes provoca sentimentos ambíguos em relação a fazer cirurgia corretiva (“medo”) e a apreciação positiva de outras pessoas.***

***Ser estudante da área de saúde favorece o entendimento das mudanças biológicas (“mudanças no corpo”).***

Em relação a este tema MURARO (1983) no seu estudo com mulheres brasileiras da classe burguesa, afirma que uma das preocupações mais importantes destas mulheres centrava-se na própria aceitação na medida em que outros, especialmente “o homem a aceita”. A autora também aponta que nesta classe é interessante o convívio dos dois padrões, que ela denominou como antigo e moderno, sendo que o antigo baseia-se na idéia de que o “o corpo é culpado, pecaminoso, egoísta” e a percepção da mulher está na dependência do quanto é aceita pelos outros. Na concepção moderna, a sexualidade e o corpo estão deslocados para a estética - “cuidando do corpo para seu prazer” - com plena e livre consciência do cuidado pessoal.

Com relação ao mesmo tema STUART (1991) expõe a seguinte questão: será verdade que nosso corpo nos pertence? Ou continua pertencendo ao homem e vai ser cobrado a qualquer momento? O fato de não ter um corpo que corresponda a aquele idealizado muitas vezes provoca sentimentos de perda de auto-estima, assim são freqüentes as expressões



como “se o corpo não for igual àquele estereótipo, a mulher não será desejada pelo homem” e “os seios menos rígidos desencorajam o desejo”. Nesse estudo, os resultados apontaram que a mulher precisa ser eternamente jovem e bela, concluindo que “se verdadeiramente nosso corpo fosse nosso e nossa sexualidade autônoma, poderíamos nos reconciliar com nossa aparência física” e até valorizá-la. As mulheres vivenciam muitas contradições além das diversas trocas de informações, no entanto evidencia-se que seus corpos ainda continuam sendo comandados pelos homens.

Finalmente através desta sub-categoria denominada por nós como a condição da mulher na fase do ciclo vital a discussão aponta ao resgate das relações de poder exercidas por seus próprios familiares em diferentes momentos, sendo que o papel social da mulher na sociedade e seus direitos reprodutivos ficariam limitados e determinados a este tipo de relação. Assim quanto às raízes históricas do papel da mulher DEL PRIORE (1995) afirma que “é durante a colônia, onde a história da vida familiar teve sua especificidade, a idéia de privacidade poderia traduzir-se pela relação que tinham as mulheres com sua própria casa, com a religiosidade doméstica, com usos e costumes relativos ao seu próprio corpo, mas sobretudo com a relação que mantinham com sua prole”.

Em relação ao poder e as condutas de obediência e submissão identificadas neste estudo, DEL PRIORE (1995) refere que foi apropriado também pela igreja através da exploração das relações de dominação exercidas pelos homens e reproduzidas na relação homem-mulher, adotando uma conotação de mulher escrava doméstica, criando e cuidando dos filhos e com predomínio de uma mentalidade androcêntrica.

Mas, na atualidade neste mundo onde os poderosos exercem a concentração de poder, BREILH (1996) aponta que a categoria de inequidade social “expressa essas contradições substanciais do poder” que surgem da concentração do poder e se reproduz em três formas sociais os

quais se alimentam entre si, quer dizer através da dominação de uma classe frente a outras, a dominação patriarcal e a dominação de uma forma etnonacional sobre as restantes, todas elas em meio do jogo do poder hegemônico.

Falar de gênero é remetermos para análise das relações de poder; reafirmadas por muitos estudiosos, assim partiremos das reflexões de SCOTT (1995) que diz “gênero é um elemento constitutivo das relações sociais fundamentadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é um primeiro modo de atribuir significado às relações de poder”.

Para MEYER (1995), a partir das reflexões de Foucault, as relações de poder somente podem ser exercidas sobre sujeitos livres, ou seja que “o outro seja totalmente reconhecido e que se mantenha até o final como sujeito de ação e que se abra, frente à relação de poder todo um campo de respostas, reações, efeitos e possíveis invenções”. O autor também aponta as diferenças das relações de poder, de domínio e de resistência, sendo esta última, um argumento que permite ter a idéia de “transformação possível”, que não supõe ruptura, mas introduz a valorização do movimento, a fluidez e as pequenas mudanças nas ações cotidianas através da noção de multiplicidade de pontos de resistência.

A mesma autora tentando esclarecer e concretizar como se deve pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais, aponta a relação a partir de 4 elementos fundamentais tais como: os símbolos culturalmente disponíveis, os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas; a organização social e suas instituições; e a construção das identidades subjetivas. A autora refere que estes elementos permitem conceber gênero além de identidades subjetivas e compreendê-las como imersas e impregnadas por toda a ordem social na qual se inserem. E fazendo uma análise a partir das reflexões de Scott e Foucault conclui-se que na dinâmica das relações de poder é que se

produzem os saberes e se estruturam os campos possíveis de ação dos sujeitos humanos (MEYER, 1995).

A mulher indubitavelmente não é um ser isolado, pois como ator social, assume diferentes papéis ligados muitas vezes a essas relações de poder. E o seu relacionamento cotidiano faz aflorar as diferenças de poder entre gêneros: mulher/ homem, mulher/ mulher. As preocupações com seu corpo e a auto-imagem originam muitos conflitos, que serão resolvidos à medida que tenha esclarecido seu verdadeiro papel na sociedade. O reconhecimento e reflexão sobre sua submissão, levarão as mulheres a superar uma postura alienante, podendo levá-las a reivindicar seus próprios direitos, inclusive os reprodutivos. Superando assim a afirmação de AVILA (1993) que diz ser o parto, a contracepção ou aborto, fatos percebidos como interligados remetendo a mulher na impossibilidade de acesso a qualquer um deles a um lugar de submissão. Tentaremos continuar discutindo através de outras categorias, a fim de esclarecer estes conflitos e compreendê-los.

Quanto à **sexualidade** observou-se que uma das preocupações centralizou-se nesta temática pelo fato de estar associada aos sintomas físicos representando um agravo na vida da mulher que poderia conseqüentemente ocasionar o afastamento do parceiro, assim como o comprometimento do seu relacionamento, valorizando desta maneira a atividade sexual propriamente dita, como percebemos na seguinte frase temática:

***A atividade sexual da mulher é prejudicada pela presença de sintomas físicos (dor, sangramento) e a preocupa quanto ao relacionamento com o parceiro.***

A ambiguidade entre querer e não querer fazer o exame ginecológico, tem origem provável na invasão da intimidade por um terceiro elemento, como é evidenciado a seguir:

***Existe ambigüidade entre a idéia de fazer exame ginecológico e ser sexualmente ativa.***

***O exame ginecológico é difícil porque mexe com a sexualidade feminina (“expor isso para o médico” e “pelos perguntas que o médico vai fazer”).***

Observamos também a reprodução do pensamento do grupo dominante, neste caso, do pessoal da saúde, em relação ao processo saúde

doença, que irá influir também na relação de gênero homem/ mulher, observada sob a ótica da escolha do parceiro, onde a mulher desconfia das boas “aparências” físicas deste, percebido através desta frase temática:

***A aparência da pessoa não assegura a ausência de doença sexual.***

Levanta-se também contradições em relação à orientação sobre sexualidade quanto à insuficiência atribuindo como possíveis causas da desinformação à educação conservadora, a religião e a raça oriental, como observamos nas frases temáticas a seguir:

***A educação conservadora, a religião e a raça oriental são causas de orientação sexual insuficiente.***

***A mãe - “apesar de ser japonesa”- discute com a filha questões sobre sexualidade, contracepção e prevenção de doenças.***

Esta aparente aceitação da não responsabilidade da família em aspectos relacionados à orientação para a sexualidade, está reforçada através da posição assumida ao considerar à escola como responsável direta, como deixa-se perceber:

***A informação sobre sexualidade é responsabilidade da escola.***

Em relação a esta temática LORENZ (1990), no seu estudo “Sexualidade da mulher antes do casamento - opiniões de alunas universitárias realizada em Tubarão, Santa Catarina, identificou na opinião das universitárias uma maior liberdade sexual feminina, antes do casamento, as mesmas que seriam passadas pelas próprias mulheres a suas futuras filhas; quanto ao conservadorismo evidenciaram que também se encontram presentes demonstrando influências culturais, educacionais e religiosas. Os homens, entretanto, manifestaram discordância em relação à liberdade sexual da mulher, colocando em evidência ainda o preconceito masculino nesta sociedade. Quanto aos dados com respeito a alguns de seus medos presentes expressaram o fato de ter relações sexuais e ficar grávidas. Finalmente parece existir um consenso de que” os educadores exercem menos influências desfavoráveis na liberdade sexual feminina, do que os pais”.

Outro autor em relação ao mesmo tema, reforça a importância da educação sexual nos jovens que evolua com o avanço da liberdade sexual o qual já se vem registrando de maneira limitada como o evidenciado nas últimas décadas para evitar o aumento de adolescentes grávidas. (PINOTTI, 1996)

É interessante observar que as mulheres ainda apontam os problemas relativos a sua sexualidade como insuficiência de informações sobre o tema e também relacionando-os às diferenças de pensamento de acordo com a idade cronológica. Esta afirmação, a nosso ver, restringe uma análise mais contextual da realidade, pois reduz a temática a uma simples fatorização, não reconhecendo suas próprias histórias de vida, como pode ser exemplificado nos próprios depoimentos tematizados das mulheres:

***Existe diferença de pensamento sobre a temática sexual de acordo com a idade cronológica.***

***O controle da atividade sexual está relacionado ao nível de informação.***

Qual seria o significado de suficiência ou insuficiência de informação sobre este tema? Qual é a verdadeira expectativa destas mulheres frente a este tema? Seria realmente positivo para a escola como instituição assumir esta função? Seria esta a saída mais indicada nesta sociedade patriarcal? E qual seria o papel da família?

RIBEIRO (1990) no seu estudo “*A ideologia reproduzida na abordagem da sexualidade humana: uma análise do discurso de estudantes de enfermagem*”, na cidade de São Paulo, dentre seus principais resultados evidenciou uma forte influência da lógica formal sobre seus pensamentos e suas ações. Os resultados explicitaram o modo como a classe dominante na sociedade capitalista, impõe sua ideologia sobre a classe dominada para manter o *status quo*. A família é apresentada como reprodutora da moral conservadora, omissa na orientação sexual, a virgindade considerada como um tabu (controlado pelo sentimento de culpa) que visa a manutenção da mulher em função da procriação. A autora ainda aponta que a religião é quem recrimina o sexo ao estabelecer limites rígidos e ao condenar algumas práticas sexuais, além de reforçar o sentimento de culpa, a maternidade é

supervalorizada e mistificada para manter a mulher em função da reprodução.

Em relação à educação sexual, STUDART (1991) refere que, na atualidade, está centralizada nas “técnicas educativas eróticas” os quais são descritos à semelhança de receita de bolo, não existindo especificamente um discurso dos antigamente denominados conselheiros, cujos temas estiveram centralizados na moralidade rígida nas mulheres e completamente opostos nos homens.

Para entender melhor este posicionamento em relação à sexualidade DEL PRIORE (1995) continua suas reflexões recolocando a importância histórica da perspectiva sacramental e mística, onde a “procriação” era considerada como a única justificativa da sexualidade. E a mulher com conceito estigmatizado assemelhado a um animal insaciável, o homem vítima dos desejos destas mulheres e com risco de ser aproveitados as fraquezas masculinas denominadas como “demônio em forma de gente”, obrigava o homem a adestrá-la, justificando essa atitude na representação do perigo doméstico.

Feitas estas colocações também surge uma outra preocupação relacionada com os direitos sexuais e reprodutivos, incentivada pelo movimento de mulheres apontado por Ávila e reafirmado por FAÚNDES (1996), que se baseia principalmente no direito da mulher “ser dona de si mesma”; trata-se de conceber a mulher não somente como “do outro, objeto ou propriedade do homem, esposa de alguém, mãe de alguém, filha de alguém” dito de outra maneira, um ser para si mesmo.

No se trata aqui da apologia do egocentrismo, mas sim dos direitos sexuais que nos remete para falar do indivíduo, da cidadã, dona de suas livres escolhas e dona de si mesma, que decide sobre sua fertilidade e sexualidade.

Na presente investigação tentamos apresentar um reolhar sobre a questão, com a expectativa de que as mulheres reconheçam a importância da luta por um lugar justo e que redunde na conquista dos seus direitos sexuais e reprodutivos. E que estes direitos também sejam reconhecidos pelos profissionais da saúde.

Dando procedimento ao presente estudo, analisaremos outra categoria que achamos importante.

A **Maternidade** surge como um elemento interessante a ser discutido pela importância e prioridade na vida das mulheres e até com significado concreto de “ser mulher” e acumular “poder” em torno disto.

Assim na gravidez não planejada identificou-se contradição quanto aos sentimentos pessoais, como evidenciamos na frase temática a seguir:

***A gravidez não planejada provoca sentimentos ambíguos (medo da reação familiar / “felicidade” da mulher).***

Visto desta maneira a gravidez não planejada provavelmente foi uns dos motivos que obrigaram as mulheres entrar em contato com a Instituição, além de deslocar a atenção da saúde da mulher (sua própria saúde) para a saúde da criança.

Produto deste fato surge uma posição importante como, a expressão da não ligação ou aceitação do seu corpo - a própria maternidade - assumindo-a como uma obrigação e até causando grande incômodo dentro dela, sugerindo uma reprodução do comportamento de mãe para filha, como deixa-se apreciar na seguinte frase temática:

***Na gravidez a mulher passa a ser uma carregadora (“sacolinha”) da criança.***

***Os incômodos da gravidez são herdados de mãe para filha.***

***Durante a gravidez a preocupação das pessoas é com a criança e não com a mãe.***

Foram de grande importância as descobertas dos microorganismos e mesmos os avanços da ciência ao recolocar o papel da mulher ligado à

reprodução. Passando de simples guardiã passiva do feto, a quem seu ventre deveria suprir com comida e proteção, ela passou a protagonista; sendo que o seu “ovo” ou óvulo era fator essencial à procriação. Assim também o monopólio ideológico da igreja também contribuiu para criar este novo papel social da mulher com fins de que participarem melhor da conquista ultramarina. (DEL PRIORE, 1995).

Muitos anos depois de tudo o acontecido e aparentemente não foram superados estes sentimentos o “ser utilizada”, sinónimo de objeto, como único papel da mãe na sociedade, as expressões aqui colocadas baseiam-se principalmente em provável compromisso com a autoestima da mulher, sendo que agora quem é o centro de atenção é a criança e ela tende a ficar num segundo plano, postergada, infelizmente reforçada até pelo pessoal de saúde e pela sociedade.

O impacto das informações recebidas sobre a gravidez e o parto por outras pessoas é provavelmente reforçado pela mídia através de experiências passadas que reproduzem diversos sentimentos negativos tais como a postergação da mulher na sociedade, sem levar em consideração a mulher como uma pessoa, ou seja como um ser humano com diversos sentimentos influenciados por uma trajetória histórica cultural. É importante evidenciar que a prioridade dada à criança gera sentimentos de tristeza e medo que causam preocupação e incomodo na vida das mulheres e que terão ser superados posteriormente. Vejamos como a temática dos depoimentos das mulheres, ilustram estas afirmações:

***As informações (leigas) sobre a gravidez e o parto produzem sentimentos tais como: “tristeza e medo”.***

***A gravidez traz sofrimento (dor, tristeza, raiva).***

Adicionalmente a perspectiva diante de uma gravidez traz à tona expectativas de uma piora na sua vida social, sugerindo uma possível discriminação nesta etapa, como evidenciamos nas frases temáticas a seguir:

***A gravidez modifica negativamente a expectativa de uma vida melhor.***

***Ter filho pode significar perda de emprego.***



Mas, contraditoriamente a valorização de ser mãe e o fato de superar quaisquer acontecimentos é também evidente neste discurso; há uma certa onipotência na maternidade:

***Ser mãe “é tudo na vida” da mulher.***

***O desejo de ser mãe deve superar qualquer sofrimento (“a dor do parto é a dor da morte”).***

...Reforçando as motivações para realizar o exame ginecológico:

***A decisão de fazer o papanicolaou está relacionada à presença de sintomas físicos e à preocupação de ter “algo maligno” que impeça a maternidade.***

ALVES (1993) ao tentar entender como a mulher constrói socialmente a maternidade, na cidade de São Paulo, refere através dos resultados dos discursos das mulheres, que para algumas ser mãe “é um componente de ser mulher”, “um papel social a mais desempenhado por ela mesma”; mesmo assim para outro grupo de mulheres ser mãe representa a essência de suas identidades sexuais, sendo que ser mãe significa ser mulher. A autora também verificou que ambos os grupos não receberam informações em relação à sexualidade. Assim suas vivências estiveram marcadas pelo trauma e pela solidão e estas não questionaram os modelos tradicionais de realização da mulher e da repressão sexual, aprendendo a “silenciar os sentimentos da sexualidade”.

Outro sentimento evidenciado é o abandono ou postergação do seu projeto pessoal e a preocupação centrada no novo ser, do qual a mulher sente grande responsabilidade a ser assumida a seguir as frases temáticas exemplificam esta idéia:

***O tipo de educação e o sexo da criança determinam o seu futuro.***

***A gravidez provoca sentimentos de preocupação com doenças que podem prejudicar a criança.***

***A responsabilidade de “criar” e educar a criança produzem preocupação.***

Estas afirmações poderiam sugerir uma possível substituição do prazer pessoal como mulher, representado pela presença do futuro filho, substituindo ao do homem; novamente esta disposição e preocupação poderia estar indicando a perspectiva de deixar de fazer alguma coisa importante para ela mesma e dar atenção à outra pessoa, reprimindo quiçá até seus próprios sentimentos, como se evidenciou anteriormente através da expectativa de ser mãe a qualquer custo.

CAMPOS, M.M.M.; ESPOSITO, Y.L. (1975), confirmam nossos achados, num estudo denominado “*Relações entre sexo da criança e aspirações educacionais e ocupacionais da mãe de acordo com a camada social*”, onde foram avaliadas mães pertencentes aos diferentes níveis sócio-econômicos na cidade de São Paulo e mães da Ceilândia do Distrito Federal. A autora demonstrou que as diferenças nas expectativas educacionais se acentuam conforme muda a população - de nível médio ao de nível baixo -, encontrou também diferenças entre as expectativas de realidade e o que as mães desejam idealmente para os filhos. Em relação às expectativas ocupacionais a autora identificou que se diferenciam conforme o sexo da criança.

Assim no nosso estudo a reprodução social relação mãe/ filho expõem seu desejo de exercício de poder da mulher, na busca de encontrar no filho uma posição alienante que reforçe seu papel de mãe, dona do poder, identificadas nas seguintes frases temáticas:

***A gravidez produz na mãe sentimento de posse em relação à criança.***

***As expectativas sobre o caráter do filho centram-se em que ele seja “bem bonzinho” “bem calmo” .***

A maternidade delimita um território onde mães e filhos se relacionam empiricamente, adaptando-se aos valores da sociedade em que estão inscritos, “a maternidade teria sempre significado um mistério profundo” (DEL PRIORE, 1995)

Ao retomar historicamente novamente DEL PRIORE (1995) diz que “a maternidade, espécie de coração a bater no centro da vida doméstica, era um nicho de apoio para as solidariedades femininas entre tantas adversidades da vida colonial; mas também era um foco de resistência contra as injunções do Estado moderno, da Igreja da Reforma, da ciência, dos homens”

Assim evidencia-se que a gravidez não planejada traz consigo condutas obrigatórias a ser assumidas por estas mulheres, que nem sempre são aceitas por elas; mas contraditoriamente a maternidade quando aceita também provoca sentimento de postergação como mulher, discriminação evidenciada pela mulher que pode representar até a perda do emprego e muitas vezes algumas características ou fatos pode repercutir de maneira positiva ou negativa na vida pessoal da mulher.

### **Aborto:**

Quando interrogadas as mulheres sobre o **número de abortos**, nenhuma manifestou ter tido algum abortamento. Mas é interessante ressaltar que nos depoimentos surge como preocupação este tema.

Assim quanto ao **aborto** propriamente dito se identificou como um tradutor da presença da mulher e como um meio de exercer sua liberdade de escolha de acordo ao nível sócio-econômico por uma opção favorável “para ela”, assim como ilustram os temas, expressos em frases, extraídos dos depoimentos:

***A decisão de fazer aborto é da mulher.***

***A situação econômica familiar mais privilegiada propicia mais opções de formas de aborto.***

Apoiadas pela mídia e a sociedade, a opção pelo aborto é fortalecida e em consequência, o parceiro deverá colaborar com esta decisão como evidenciamos nas frases temáticas a seguir:

***A experiência e apoio leigo sobre o aborto fortalecem a decisão de realiza-lo.***

***O homem deve contribuir financeiramente nas despesas com o aborto.***

A prática abortiva é aceita prioritariamente como método contraceptivo, sem levar em consideração os riscos que representariam, tal como se mostra na seguinte frase temática:

***O aborto é uma maneira de evitar ter filho independente de seus riscos.***

BARROSO, C. (1989) afirma que as taxas de aborto ilegais na América Latina parecem muitas altas, sendo que Cuba é o único país onde o aborto é legal. Coloca também que as políticas sobre aborto estão relacionadas às atitudes em relação à sexualidade e a mulher. A contracepção tem um alto custo econômico, social, psicológico e riscos de saúde, é assim que a gravidez indesejada converte-se num dos resultados mais comuns a ser enfrentado racionalmente. As conseqüências do aborto dependem diretamente da integração da mulher a sua rede social e a pobreza generalizada e a influencia da igreja católica motivam a maior prática do aborto.

BOTELLA (1993) afirma que em estudos revisados por ele, evidenciou que cada ano engravidam nos Estados Unidos mais de um milhão de mulheres em idades entre 13 e 18 anos. Destas 50% aborta e a outra metade continua com a gestação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à saúde reprodutiva, enfatiza que “as pessoas tenham a capacidade de reproduzir-se, assim como de regular a sua fecundidade”. Para cumprir este postulado é importante que a mulher tenha liberdade e poder de decisão por si mesma, para que em meio da sua própria situação econômica e social decida a melhor opção; o autor coloca importantes questões “Qual é a situação mais generalizada no Brasil de hoje? Tem a mulher poder para decidir livremente sobre essas questões? (FAÚNDES, 1996)”.

Indubitavelmente esta reflexão traz para nós o fato de pensar objetivamente acima do cumprimento dos direitos reprodutivos da mulher,

deixando de lado o idealismo e colocando-os mais perto da própria realidade das mulheres.

STUDART (1991) continua refletindo em relação à frase “nosso corpo nos pertence”, termo usado como bandeira das feministas, então se o corpo nos pertence poderia-se fazer dele o que quisermos, ou seja doá-lo, conservá-lo distante ou procriar ou deixar de ter filhos.

Para PARADA et al (1995) ao analisar os indicadores de saúde evidenciaram que:

- seria interessante criar condições que permitam o registro de dados sistematizados, que permitam auxiliar na definição de prioridades e estabelecimento de estratégias para o atendimento deste grupo, visando à diminuição da morbi-mortalidade;
- quanto ao problema sobre abortamento foram apontados alguns dados que precisam ser repensados a partir do Seminário “Práticas Educativas na Implantação do PAISM” realizado em São Paulo:

Num levantamento de dados citado por PARADA et al (1995) apontam que na Bahia, aproximadamente 2/3 das internações na Maternidade Tsyla Balbino decorrem de complicações pós-aborto; no Rio de Janeiro, 11% do total de internações na área de obstetria decorriam de abortamento; na Paraíba, do total de internações de uma Maternidade em João Pessoa, correspondia a 21% do total de partos.

Tudo isto alerta a tomar uma posição do governo, com o objetivo de evitar o índice de mortalidade por esta causa.

NUÑEZ F. e col (1994) num estudo realizado no México “*Questionário de opinião sobre o aborto em sete circunstâncias*” numa população de mulheres com idade entre 15 e 49 anos e homens entre 15 e 59 anos, pertencentes à classe média e com renda baixa, evidenciou que a atitude geral frente ao aborto foi de aprovação como um direito da mulher ao aborto

em casos de perigo à vida da mãe e violação. A possibilidade de aprovação masculina frente ao aborto foi maior que a feminina. Observou-se também uma maior probabilidade de aprovar uma decisão de aborto entre os homens com união estável, as mulheres com união instável e os entrevistados com mais de 30 anos de idade, com escolaridade superior à educação primária, com menor números de gestações e com antecedentes de aborto, mas sem história de mortalidade em filhos de crianças menores de 4 anos.

A esse respeito, BUENO e col (1996) apontam num estudo quanto às atitudes com relação a uma possível gravidez, as mulheres apresentaram opinião mais decidida quanto a ter o filho (75,7%); mas evidenciou-se uma maior indecisão sobre o que fazer diante de gravidez não planejada quando comparada aos homens (19,3% *versus* 49,3%), quase 8,0% dos homens e 5,0% das mulheres que tiveram relações sexuais consideraram o aborto como solução possível para a gravidez não planejada.

Na atualidade infelizmente não se conta com dados fidedignos acerca dos abortos executados nas diversas instituições privadas, mas nossa colocação aqui é para refletir esta dura realidade que atravessa qualquer mulher ao enfrentarse com esta situação específica durante o primeiro exame ginecológico e ao não encontrar nos serviços de saúde soluções, mas sim cobranças que faz com que ela resolva por outros tipos de práticas que logo são sujeito a críticas, sem aprofundar nas verdadeiras histórias de vida de cada mulher e pior ainda desrespeitando seu direito de escolha, baseando-se no respeito às leis e políticas que nem sempre respondem a solução aos problemas sociais. Assim ao remeternos ao PAISM BRASIL (1984) observamos que dentre seus objetivos figuram o “evitar o aborto provocado mediante a prevenção da gravidez indesejada”. Aqui podemos apreciar uma intenção política sem considerar as verdadeiras determinações sociais que motivaram a esta decisão.

O aborto representaria um exemplo claro de enfrentamento do problema mediante uma saída que nem sempre conta com aprovação dos

profissionais da saúde, dos amigos ou parentes; representando também uma queixa das mulheres ao desrespeito dos direitos sexuais e reprodutivos da própria mulher, onde é importante estimular a reflexão do pessoal da saúde para além do seu exercício de poder ao tomar decisões e julgar sobre determinada conduta da mulher, mas as frases temáticas, embora de menor expressão sugerem uma sociedade assumindo um papel mais ativo frente a este problema.

### **Método Contraceptivo:**

Os dados colhidos acerca dos **métodos contraceptivos**, na segunda parte do instrumento, mostram que somente cinco mulheres referiram usar algum método anticoncepcional sendo que os preservativos e o coito interrompido era o mais utilizado (duas das quais eram adolescentes grávidas no momento da entrevista), conforme pode ser visto na Tabela 6.

Quanto ao tempo de uso somente uma referiu ter usado o preservativo durante os últimos 4 anos, as quatro mulheres referiram também que utilizaram o método contraceptivo por autoindicação. Dentre as mulheres que não usavam nenhum método anticoncepcional, duas eram adolescentes.

**Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo os métodos anticoncepcionais utilizados.**

MÉTODOS	Nº
Preservativos Ocasionalmente	03
Preservativo + Coito interrompido	01
Pílula (hormonal oral)	01
Não usam nenhum método	05
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

Já nos depoimentos feitos pelas usuárias, elas reconhecem a importância do uso como meio preventivo promocional e as prováveis conseqüências do não uso dos métodos contraceptivos, mediante a não obrigatoriedade de ter um filho não desejado, as frases temáticas, extraídos dos depoimentos, ilustram essa discussão:

***O uso de preservativo é conhecido e aceito pela usuária como contraceptivo e segurança na prevenção de doenças (mãe/filho).***

***Não usar contraceptivos é um ato inconseqüente porém não obriga a mulher a ter o filho.***

FAÚNDES (1996) chama a atenção que a mulher às vezes além da falta de poder para resistir à imposição do sexo quando não o deseja, tem a imposição de ficar alerta a outras condições que impeça a provável aquisição de alguma doença sexualmente transmissível. O autor também coloca que o direito ao prazer é uma reivindicação das mulheres como reação à tradicional indiferença masculina durante o ato sexual.

Nesta população de estudo identificou-se que as usuárias têm presente esta possibilidade de maneira consciente, sugerindo uma conduta objetiva quanto à possível forma de contrair alguma doença, preveni-la e optando por condutas a favor da satisfação do seu próprio prazer.

O método mais usado e aceito é a “camisinha” provavelmente por ser prático, resolver seus problemas ginecológicos e não precisar orientação profissional, como se observam nas frases temáticas a seguir:

***Métodos contraceptivos, exceto o uso da camisinha, necessitam orientação médica.***

***A camisinha é um método anticoncepcional adequado à irregularidade menstrual.***

Assim, nas diretrizes do PAISM (BRASIL, 1984) quanto ao planejamento familiar verifica-se que:

- o planejamento familiar é atividade complementar no elenco das ações de saúde materno infantil, os motivos que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios da eqüidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a



regulação da fertilidade por parte da população -, e de ordem médica, traduzido no risco gravídico;

- todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.

FAÚNDES (1996) numa outra concepções quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, refere que “as pessoas podem ter relações sexuais sem risco de engravidar (se não o desejam) nem de contrair doenças”; e também aponta a enorme importância do posicionamento através da discussão dos movimentos de mulheres que esclarecem melhor este ponto de vista, ao dar ênfase no direito ao prazer, que dentro de uma cultura onde há o predomínio do homem, é geralmente esquecido, pois a mulher ainda tem pouco ou nenhum controle sobre quando, como e em que condições ter relações sexuais.

Quanto à opção de uso de algum método recorrem às opções de pouca confiabilidade ou decidem não usar nada. É assim que se encontram expostas a uma situação de reduzida proteção, com risco de engravidar sem ser planejado e por conseguinte com múltiplas conseqüências na sua vida cotidiana.

BARBOSA, R et al (1992) apontam seus resultados no seu estudo Mulher, sexualidade e prevenção do AIDS, em relação a pouca capacidade de negociação da mulher para a prática do sexo seguro, sendo difícil à prevenção e o fato de evitar riscos com doenças transmissíveis. Os autores questionam a possível mudança dessa conduta tão enraizada na atualidade.

Isto poderia estar contribuindo de maneira negativa, a ter uma gravidez indesejada e logo optar por outras opções ou saídas como um possível aborto.

SCHOR e col (1990) identificaram num estudo realizado com adolescentes que, 61,5% tinha algum tipo de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e estavam influenciados pela escolaridade, paridade e o estado marital. Ressaltam que os adolescentes buscaram as informações dentre os amigos, parentes e parceiros, sendo os menos procurados os profissionais da saúde. Só uma de cada dez adolescentes usava algum método anticoncepcional (pílula, método Ogino-Knauss, preservativos e o coito interrompido). É interessante ressaltar que as indicações quanto ao tipo de método foram dadas pelas denominadas “pessoas do grupo social das adolescentes” e foram adquiridos no livre comércio e sem controle de saúde.

BUENO e col (1996) referem num estudo com adolescentes do segundo grau, com o objetivo de avaliar suas tendências e hábitos sexuais, informações e uso de contraceptivos que quanto às preferências para orientação anticonceptiva, as adolescentes femininas (74,0%) e os masculinos (44,2%) preferem o aconselhamento médico, seguido dos membros da família, amigos, livros, farmácia, palestras, professores e outros. Na prática as adolescentes do sexo feminino procuram orientação familiar em (17,7%). Quanto aos métodos anticoncepcionais mais conhecidos, as mulheres conheciam mais as pílulas (52,4%), seguidas do condom (34,6%); dentre os adolescentes do sexo masculino eram mais conhecidos o condom (62,3%). Quanto às preferências ao uso de algum método anticoncepcional em mulheres que tiveram pelo menos uma relação sexual, o 54% das mulheres não utilizavam método algum quando responderam ao questionário e entre as razões manifestaram que não estavam mantendo relações sexuais atualmente e 20,6% das adolescentes desconheciam os métodos anticonceptivos; dentre as mulheres que usavam algum método o mais utilizado foi a pílula (31,2%), seguida do condom e/ou diafragma.

FAÚNDES (1996) revela que há dificuldade das negociações das mulheres quanto ao uso do condom, pois a grande maioria dos homens nega-se a usá-lo justificando o prejuízo a naturalidade do ato e a redução da sensação do prazer e muitas vezes a mulher passa por situações de

enganos frente ao oferecimento e chegada à hora do coito vê-se obrigada a fazer sexo até sem proteção. O autor também refere que as relações de poder entre gêneros constituem-se em obstáculo cultural quase que insuperável, no meio da qual a mulher possa exercer seus verdadeiros direitos sexuais ao igual que o homem.

É interessante notar as tendências adotadas pelas diferentes usuárias e em diferentes épocas: assim é que nos primeiros estudos nesta área, evidenciava-se a tendência ao uso de preservativos, seguidos nos anos seguintes pelo uso dos hormônios orais, identificados hoje na prática cotidiana como usuárias às mulheres que tem vida sexual ativa, com parceiro estável e com pleno desejo de não ficar grávida.

Assim especificamente nesta população de estudo, dada a faixa etária relacionando a idade do primeiro coito e a idade atual que tem (entre 1 a 3 anos de vida sexual ativa e só uma com 23 anos) sugere que dentre as usuárias do condom/preservativo ou dentre as que não usam nenhum método são caracterizadas como mulheres que desconhecem os métodos anticoncepcionais ou rejeitam o uso dos mesmos, por não ter hábito sexual no dia a dia ou não manter uma união estável; sendo esta uma preocupação susceptível a um melhor aprofundamento nesta área.

### **Menstruação:**

Outro tema relevante foi a **Menstruação**, cujos dados foram obtidos na parte dos antecedentes ginecológicos como parte complementar do perfil da população. Identificou-se que a idade da primeira menstruação a maioria das mulheres (cinco) manifestou ter tido aos 12 anos e as outras (três) mulheres referiram aos 11, 13 e 14 anos respectivamente.

Ao analisar os depoimentos verifica-se que à Menstruação é valorizada pela mulher de forma interessante, principalmente quanto à

normalização da mesma, provocando sensação de segurança e renascimento; tais ideias são apresentadas nas frases temáticas a seguir:

***A normalização da menstruação é valorizada como “segurança”, renascimento.***

***A regularização do fluxo menstrual produz sentimentos de “alegria” e retomada do trabalho e das atividades escolares.***

Em relação a este tema SARDENBERG (1994), no seu artigo “*De sangrias, tabus e poderes: A Menstruação numa perspectiva sócio-antropológica*”; compartilha a importância dos diferentes significados atribuídos à menstruação apropriadas na prática social em diferentes sociedades e dependendo do tipo de experiência vivida será significativamente diferente para as mulheres em diferentes contextos históricos, culturais, sociais. É interessante levar em consideração também que estes significados variam não só de acordo com a sociedade, mas também internamente, ou seja entre as diferentes classes sociais, grupos étnicos, gerações e entre homens e mulheres em entre as próprias mulheres desses próprios segmentos.

A menstruação, reconhecida e valorizada positivamente, permite reconhecer a esta população de mulheres que, atribuindo um significado em torno a uma atitude de aceitação à mesma, também deixa entrever a presença da relação mulher/identidade feminina; e fazendo com que este acontecimento não seja unicamente ligado aos aspectos biológicos, pois resgatam também o lado emocional que por ser um tema mais subjetivo toma-se um fato interessante a ser aprofundado em posteriores pesquisas.

Por outro lado, a ausência ou irregularidade do fluxo menstrual causa sentimentos contraditórios e preocupação associada a problemas ginecológicos e obstétricos (gravidez), como evidenciamos nas seguintes frases temáticas:

***A menstruação irregular em grande quantidade produz sentimentos tais como “incômodo” / “vontade de chorar” / “era horrível” / “agonia” / “angustia” / “revolta” / depressão e sentimentos de anormalidade (“todo mundo era normal”).***

Novamente através dos diversos sentimentos a valorização do papel de mãe se faz presente através da alteração menstrual como observamos nesta frase temática:

***A ausência da menstruação por longo período (5 anos) produz sentimento de “medo” e de anormalidade ginecológica (“não poder ter filho” / “ter problema no útero”).***

Com respeito a este tema Richard Parker, citado por SARDENBERG (1994), coloca que a sociedade Brasileira é segmentada e culturalmente complexa e que vem passando por interessantes transformações nas últimas décadas em consequência da aceleração do processo de industrialização e urbanização capitalistas. Sendo assim importante considerar “a pluralidade cultural e a diferenciação social, como a emergência de novos valores e comportamentos”.

Nestes tipos de sociedades pós-modernas é possível perceber estas mudanças sem deixar de lado aquela convivência dos velhos e novos valores até ocorrendo uma justaposição dos mesmos, que parecem até incongruentes. (SARDENBERG, 1994).

Esta construção social do ser mulher, também é possível perceber através da valorização da infância que, longe de criar um espaço favorável gera um provável conflito de valores provocando sentimentos até de rejeição à própria menstruação, como mostra a seguinte frase temática:

***A menstruação significa perda da infância.***

Em relação a esta temática, fala-se que a menarca é o principal marcador psicológico da transição da infância à etapa adulta. Seu impacto depende do tipo de educação recebida nas escolas e pelos pais dentro da família. Tem conhecimento que em algumas culturas as mulheres são consideradas “impuras” enquanto tenham a menstruação e ainda são isoladas em lugares afastados (MEDINA, 1997).

Outras preocupações emergentes nas mulheres foram os temas relacionados com a ingestão de hormônios orais de forma oportuna, onde há

provável falta de aceitação da ingestão dos medicamentos e a dúvida quanto aos autobenefícios para a saúde da usuária, e contando com a aceitação da conduta médica gera sentimentos ambíguos, como evidenciamos nas frases temáticas a seguir:

***A ingestão irregular da medicação (hormônios) provoca sentimentos de culpa na usuária pela repetição das alterações menstruais***

***A ingestão de medicação (hormônios) é eficaz pra regularizar o fluxo menstrual***

A conduta médica, nas últimas décadas, tem desempenhado um papel muito importante e relevante quanto à biologia da reprodução, avanços estes limitados infelizmente à resolução dos problemas ginecológicos ligada diretamente ao uso racional ou irracional dos hormônios orais, e gerando também um controle mais estrito no ciclo menstrual sobre a concepção, sendo assim que o desenvolvimento dos hormônios femininos, estrôgeno e progesterona, jogam um papel muito importante na vida de muitas mulheres que não desejam engravidar.

A indústria farmacêutica nos últimos anos, juntamente ao saber médico formou alianças tentando comprar o mercado utilizando o discurso feminista baseado na liberdade sexual, tornando-a mulher num objeto de experimentos a-éticos, dito de outra maneira, causando muitos prejuízos irreversíveis para a saúde das mulheres.

A mulher no meio desta conjuntura e lembradas a suas raízes sociais de conflitos de valores, tenta rever esta problemática, colocando em cheque a questão hormonal; assim se evidencia também uma ambigüidade de sentimentos, tanto de culpa propriamente dita pela não resolutividade do seu problema atribuída a sua aparente irresponsabilidade quanto da aceitação do uso de medicamentos pela credibilidade atribuída ao mesmo.

Outras mostras nas repercussões na vida da mulher causadas pela irregularidade menstrual e que originam sentimentos contraditórios, são evidenciados nas frases temáticas a seguir:

***A menstruação irregular produz alterações nas atividades cotidianas (“absenteísmo no trabalho / escola”).***

BOTELLA (1993) afirma que 37% das consultas ginecológicas correspondem a transtornos da menstruação e 66% deste grupo o faz por amenorréia ou transtornos afins. A amenorréia não é considerada sequer uma síndrome mas um sintoma muito freqüente.

A abordagem biológica permite ter uma visão inicial indubitavelmente sobre o problema atual, mas numa dimensão muito restringida, razão pela qual é necessário utilizar outras categorias a fins de obter o máximo de respostas às diversas questões e interpretar os diversos significados. Numa população brasileira estudada por Parker a menstruação é observada como “...fonte de incompreensão e trauma, medo e insegurança” e certa ambigüidade a sua condição de “fêmeas”; sendo assim que o problema da menstruação é priorizado somente com aspectos da biologia feminina, muito discutido no nosso entorno. Mas as falas das mulheres centradas nas queixas físicas e no uso incomodo dos absorventes aceita pela mídia e reproduzida com extrema tranquilidade, deste modo à autora reflite ao respeito esclarecendo que “trata-se de um fenômeno que faz parte do cotidiano de ser mulher, revelando-se não apenas como demarcador da identidade de gênero feminina, mas também como fator de aproximação nas relações sociais entre mulheres” (SARDENBERG, 1994)

Outras das repercussões físicas como a anemia, resultado da perda de quantidade de fluxo sanguíneo e associações a hábitos alimentares provocam preocupações nas mulheres, como se evidencia na seguinte frase temática:

***A anemia é problema que produz preocupações associadas “à ingestão de feijão e má alimentação”***

SARDENBERG (1994) acredita que os diferentes costumes que cercam a menstruação nas diferentes sociedades constituem um sistema de símbolos, significados e práticas interrelacionados entre si, denominado por ela como “ordens prático-simbólicas da menstruação”. As ideologias da

reprodução e parentesco, as práticas alimentares, as concepções sobre o corpo e doenças, o exercício da sexualidade obedecem a uma lógica interna que incorpora e sobrepassa elementos de outros sistemas ou subsistemas semelhantes. Significa dizer que estes fenômenos não podem ser analisados isoladamente, sendo que os mesmos deveriam ser aprofundados através da fragmentação/ decomposição dessas ordens, levando em consideração os “traços culturais”, e relacionando-os a determinados aspectos da organização/estrutura social (subsistência baseada na caça de grandes animais, organização em clãs patrilineares) que poderiam ser aprofundados em outras pesquisas.

Assim menstruação como parte da categoria mulher, vida e saúde, faz-se presente como uma das preocupações das mulheres que ao ser valorizada e culturalmente aceita, traz consigo diversas repercussões na vida de cada mulher. É importante à interpretação desta temática partindo do enfoque biológico e interpretando sua repercussão história social para estas mulheres, com perspectivas na construção da identidade e subjetividade feminina.



## 5. SÍNTESE

A partir das reflexões apresentadas, é interessante resgatar e colocar as dificuldades experimentadas pelas pesquisadoras ao tentar “olhar” na perspectiva de gênero, pois é uma primeira aproximação que longe de obter grandes resultados, visou estabelecer o primeiro contato com uma nova linha de pesquisa.

O estudo não se encerra aqui, pois abrem-se os caminhos para a transformação da atenção ginecológica, em que será proposto um trabalho junto aos profissionais levando em consideração a concepção em relação ao processo saúde-doença.

Assim evidenciou-se neste trabalho, que as mulheres que demandaram pela primeira vez ao exame ginecológico; tem a preocupação centrada no corpo biológico, conseqüente resposta da ideologia dos serviços. E ao não contar com uma atenção diferenciada que tenha um olhar “generificado” prioritariamente para esta população, questionasse: *Se os trabalhadores de saúde se encontram preparados profissionalmente para responder a estas preocupações centradas nos sentimentos/ vivências/ experiências da mulher que a nosso modo de ver permeia a vida toda delas? Ao mesmo tempo teria o reconhecimento de que são parte componente de uma sociedade de classes antagônicas e assim se constituiriam enquanto grupos?*

Finalmente inseridas neste contexto social as instituições de saúde participam da reprodução/construção do ideal “saúde da mulher brasileira”, como um espaço onde são transmitidas normas e representações sociais. Estes espaços poderiam ser abertos para abrir a reflexão nas novas formas de pensar as relações homem-mulher, contribuindo na reformulação das representações de gênero. Assim estes critérios deverão levar em conta ao planejar qualquer atividade de saúde.

Após as considerações feitas e os resultados obtidos no presente estudo, quero compartilhar algumas questões identificadas para fins de reflexão, tomando como base às categorias analíticas e empíricas construídas para o presente estudo, dentre as quais destaca-se:

- Verifica-se que o atendimento continua circunscrito ao “corpo biológico”, o que é reforçado pela mídia, pelos trabalhadores de saúde e pela própria usuária.
- Em relação à ideologia apreendida predominante das mulheres identificou-se uma alienação do corpo com relação aos serviços e assistência de saúde;
- O processo saúde - doença encontra-se baseado em conceitos normativos, arraigados no transcorrer dos fatos históricos. A dimensão religiosa ainda continua sendo um dos componentes essenciais da concepção de saúde e de sua própria apreciação como mulher de um “corpo com muito mistério e preconceito”., levando-a a repressão de seus sentimentos, pois a censura da sociedade ainda presente impede de ser uma mulher livre conscientemente.
- Os sentimentos compõem um “triângulo sentimental” entre os quais identificou-se: o medo, a vergonha e o sentimento de culpa, sentimentos esses que perpassam as diferentes preocupações diretamente ligadas à vida e à saúde relacionadas à condição da mulher e à fase do ciclo vital, sexualidade, maternidade, aborto, métodos anticoncepcionais e menstruação.
- As expressões das usuárias ratificam um desejo de reivindicação de seus direitos como pessoa , como mulher e como cidadã.
- O exame ginecológico provoca um conflito entre o saber/fazer e o querer/fazer, uma vez que é marcante o fato de entrar em contato com o serviço de saúde após o início da vida sexual ativa, esta última carregada de valores normativos e de ideologia de gênero.

Deixamos em aberto duas questões a serem refletidas: uma quanto aos critérios de inclusão da população a ser atendida na instituição e a outra

a reflexão quanto aos fatores de risco privilegiando os determinantes sócios histórico e recomenda-se a revisão dos respectivos critérios.

Vale a pena salientar que a abordagem desde uma perspectiva de gênero através destas usuárias que buscam o primeiro exame ginecológico baseia-se na aproximação de um perfil de saúde-doença determinadas historicamente pela sua situação social e institucional, compreendida segundo sua classe social, gênero, etc. Assim a categoria Gênero, como categoria analítica, facilitou um olhar mais fino nesta área. Combes e Haicault citado por FONSECA (1996) referem que a família, como conjunto dos aparelhos atuais da reprodução, é também constituída pelas influencias do Estado (poder político onipresente) que produz os suportes ideológicos, morais e simbólicos e que reforçam a exploração e a superexploração; sendo hoje o papel da família prover condições para a própria satisfação dos seus membros devido ao sucateamento do respetivo Estado. E levando em conta esta afirmação uma vez mais coincidindo com a autora acreditamos que a família indubitavelmente tem um papel importante na formação das mulheres rumo ao resgate em contra da continuidade da situação de subalternidade.

A partir destas reflexões reiteramos o nosso compromisso como pesquisadoras, enfermeras e mulheres frente às demandas das “lutas populares” questionando o “que fazer” estatal e também compartilhamos as demandas dos movimentos de mulheres e por todas aquelas que lutam pelo respeito da cidadania e do direito à saúde da mulher. Acreditamos também nas mudanças consideradas como a “dialética das possibilidades e necessidades” como o citado por FONSECA (1996), os quais se embatem entre o Estado e a Sociedade e estas transferidas na prática do dia a dia rumo a uma verdadeira mudança da situação social das mulheres, levando em conta as suas expectativas, necessidades, sentimentos, etc. a maneira que favoreçam o resgate de uma atenção mais humanizada, menos reprimida, conscientes das relações de poder e lutando em contra de uma situação de subalternidade, respeitando os valores éticos inseridos em cada ser desta terra.

Finalmente é importante apontar que há uma relação dialética no olhar genericado sobre a saúde da mulher entre a usuária e os trabalhadores e as usuárias e trabalhadores dos serviços de saúde. Vale prosseguir a investigação...

## 6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, A M. de Câncer de mama: análise de fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin. Rio de Janeiro, 1991. 61p.  
Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal de Rio de Janeiro.

ALVES, R. das N. Maternidade: um estudo com mulheres gravidas em Maringa. São Paulo, 1993. 92p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AMADOR, M.V. Contribuição ao estudo do auto-exame de mama como método de detecção precoce do câncer. São Paulo, 1975. 68p.  
Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ANDRADE, M de A, G. A saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de Gênero. In: OLIVEIRA, E.M. de; SCAVONE, L.(orgs) Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia, AB, 1997. p.29-37.

AVILA, M.B. Modernidade e cidadania reprodutiva. Rio de Janeiro. Rev. Est. Feministas, v.1, n.2. p.382-93,1993.

BARBOSA, R; VILLEIA, W.V; MARTIN, D. Mujer, sexualidade y prevención del S.I.D.A Desidamos, v.1,n.1, p.12-4, 1992.

BARROSO, C. As pesquisas sobre o aborto na América Latina e os estudos da mulher. Rev. Bras. Est. Pop. v.6, n.1, p.35-60, 1989.

BASSANEZI, C. Revistas femininas e o ideal de felicidade conjugal (1945-1964). Cad. Pagu, n.1; p.110-48, 1993.

BASTOS, A da C. Noções de ginecologia. 5 ed. São Paulo, Atheneu, 1978.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo, IMESP, 1988.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)- Secretaria de Emprego e Salário. Brasília, Sine, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente, São Paulo. SITRAEMFACBIA. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Rio de Janeiro, Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco), 1994.

BREILH, J. Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones. Ibarra, CEAS, 1994.

BREILH, J. El género entrefuegos: inequidad y esperanza. Quito, CEAS, 1996.

BOTELLA, J.L. Tratado de Ginecologia: fisiologia, obstetrica, peerinatologia.... Madrid: Dias de Santos. 1993.

BUENO, J.G.R; NEME,R.M; NEME, B; ALDRIGHI,J.M; CASSIANI, A G; VERA,S. Conhecimento dos métodos anticoncepcionais entre adolescentes do segundo grau de uma cidade do interior de São Paulo. J. Bras. Ginec. vol.106, n.5. 1996.

CALDAS, M. A. Pensamentos e experiências na área de saúde de pessoas que vivenciam o adolescer: uma abordagem fenomenológica. São Paulo, 1991. 194p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CAR, M.R. Da aparência à essência. São Paulo. 1993. 125p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CARVALHO, G.M. de. Enfermagem em obstetrícia. São Paulo, EPU, 1990. cap.1, p.4-7: Assistência pré-natal.

CASTRO, P.R; BRONFMAN, M.P. Teoria feminista y sociología médica: bases para una discusión. Cad. Saúde Públ. v.9, n.3, p. 375 - 94, 1993.

CAMPOS, M. M; ESPOSITO, Y.L. Relações entre sexo da criança e aspirações educacionais e ocupacionais da mãe. Cad. Pesq. n.15. p.37-46, 1975.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. São Paulo, 1993.

CHAUI, M.S. Repressão sexual: essa nossa (des) conhecida. São Paulo, Brasiliense, 1984.

CHAUI, M.S. Convite à filosofia. São P, Ática, 1995<sup>(a)</sup> p.109-77: O conhecimento.

CHAUI, M.S. Sobre o medo. In: CARDOSO S. et al. Os sentidos da paixão. São Paulo, Companhia das Letras, p. 35-75. 1995<sup>(b)</sup>

CHEIDA, M.L.C. O exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. Ribeirão Preto, 1993. 49p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- CHIESA, A M. O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres de região de Pirituba-Perus com resultado classe III de Papanicolaou. São Paulo, 1993. 163p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- DEL PRIORE, M. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidade no Brasil Colônia. 2 ed. Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; LUIZ, O. do C. Do outro lado do espéculo: as mulheres e o exame ginecológico. In: FONSECA, R.M.G.S. da (org.) Mulher e cidadania na nova ordem social. São Paulo, NEMGE/ EEUSP, 1996. p.111-26.
- DINIZ, N.M.F. Mulher, política e programas de saúde: aspectos técnicos científicos e éticos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, Recife, 1994. Anais., ABEn- PE,. p.163-9.
- EGRY, E.Y. O docente de enfermagem e o ensino da sexualidade humana: ação educativa através da pesquisa participante. São Paulo, 1985. 157p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- EGRY, E.Y. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo, Ícone.1996
- FACCHINI, L. A Trabalho materno e ganho de peso infantil. Pelotas, Universitária, 1995. cap.2, p.26-30: Teoria.
- FAERSTEIN, E ; AQUINO, E.M.L.de; RIBEIRO, D.C de S. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil ? In: LABRA, M.E. (org.) Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1989. cap 8, p.163-83.



- FAÚNDES, Gênero, Poder e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Femina. vol. 24 n.7, p.661-70.1996.
- FERREIRA, A B. de H. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, J.E.M.M Editores, 1988.
- FIGUEIRÊDO, T.A M. de. Perfil de adolescentes de uma escola pública e suas opiniões em relação à orientação sexual na escola. São Paulo, 1991. 80p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- FIORIN, J.L. Elementos de análise do discurso. São Paulo, EDUSP, 1989.
- FIORIN, J.L. Linguagem e ideologia. 3 ed. São Paulo, Ática, 1993.
- FONSECA, L.A.M. A situação no estado de São Paulo. In: MONTORO, A.F.; GIANNOTTI FILHO, O; VALENTE, C.A. (Coords.) Estratégias para o controle do câncer. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, 1994. p.71- 81.
- FONSECA, R.M.G.S da. Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexos coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo e biológico de mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde. São Paulo, 1990. 318p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FONSECA, R.M.G.S da. Gênero: categoria analítico-interpretativa das condições de vida e saúde da coletividade / Trabalho apresentado no 47. Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia, 1995 /
- FONSECA, R.M.G.S da. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber. São Paulo, 1996. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Câncer de colo uterino . São Paulo, 1996.

GRECO, R.M. Repensando a atenção à saúde da mulher na prevenção do câncer ginecológico: as perspectivas do serviço e das usuárias na unidade básica de saúde Jardim Suiná do Município de Taboão da Serra. São Paulo, EEUSP, 1993. /Mimeografado/

HALBE, Tratado de ginecologia. São Paulo, São Paulo: da Roca. 1993.

KRECH, D. ; CRUTCHFIELD, R. Elementos da psicologia. São Paulo, Pioneira, 1971.

LAMADRID ALVAREZ, S. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. Bol. Oficina Sanit. Panam, v.121, n.6, p.542-9, 1996.

LIMA, V.M. de. Vida saudável com prática educativa: visão dos estudantes de II grau sobre o câncer de mama. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade de Rio de Janeiro.

LOPES, R.L.M. O avesso da prevenção do câncer cervico-uterino: o ex-sistir feminino sob a ótica da enfermagem. Rio de Janeiro, 1996. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LORENZ, O. Sexualidade da mulher antes do casamento - opiniões de alunas universitárias. Acta Paul. Enf, v.3, n.2, p.64-7,1990.

- MARINELLI, M. Síndrome pré-menstrual: um problema da mulher?. Ribeirão Preto, 1995. 213p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MÉDICI, A C. Mulher brasileira: muito prazer. In. LABRA, M.E. (org.) Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1989. cap.5 p.71-117.
- MEDINA LEON, E. Prueba de Papanicolaou. México, 1997. [on-line] Disponível na Internet: <<http://emision.uson.mx/webpers/medina/papanico.htm>>
- MEDINA<sub>a</sub> LEON, E. Cervicovaginitis. México, 1997. [on-line] Disponível na Internet: <<http://emision.uson.mx/webpers/medina/cervicov.htm>>
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C. de O. Inventando a mudança na Saúde. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.3, p.117-49. Série Didática 73.
- MEYER, D.E. Gênero e saúde. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, cap.4, p.41-51: Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec/ ABRASCO, 1992.
- MINAYO, M.C.S. (org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 3 ed. Petrópolis, Vozes, 1994.
- MURARO, R.M. Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil. 2ed. Petrópolis, Vozes, 1983
- MUNIZ, F. Verificação do nível de conhecimento sobre câncer cervico-uterino e sua prevenção em um grupo de mulheres na faixa etária dos 25 aos 64

- anos. São Paulo, 1981. 86p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- NEW YORK HOSPITAL. Cornell Medical Center. Hoja informativa: examen ginecológico (GYN).New York, 1996 [on-line] Disponível na Internet: < <http://noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhealth/cornell/tests/sgynexam.html> >
- NOVAK, E.R. et al. Tratado de ginecología. 8 ed. México, Interamericana, 1971.
- NUÑEZ-FERNANDEZ, L; SHRADER-COX, E; BENSON, J. México, 1997. Encuesta de opinión sobre el aborto en la ciudad de México. [on-line] Disponível na Internet: < <http://www.insp.mx/salud>> 1994.
- OLIVEIRA, C. A Adolescente e adolecer. São Paulo, 1997. 318p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- OLIVEIRA, E.M. de. Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E.M de; SCAVONE, L. (orgs.) Trabalho, saúde e gênero na era da globalização. Goiânia, AB,1997. cap. 1 p.1-14.
- OLIVEIRA, R.D; OLIVEIRA, M.D. de. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C.R. (org.) Pesquisa participante. 6 ed. São Paulo, Brasiliense, 1986. p. 17-33.
- PÁEZ, A G; REYES C.M; SAAVEDRA C.J; GASTÓ, W.C. Evaluación de conocimientos sobre el papanicolaou como método de pesquisa de cáncer cervico uterino. Bol. Hosp. San Juan de Dios, v.37, n.5, p.365-71, 1990.
- PARADA,.C.M.G de L.; SALCEDO, B.D.M; PAIVA, M.S. Saúde da mulher. São Paulo, 1995. Monografia (Curso Temas Avançados em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- PIRES, D. Hegemonia Médica na saúde e a enfermagem - Brasil: 1500 a 1930. São Paulo, Cortez, 1989.
- PINOTTI, J. A Mulher: conhecendo sua saúde. São Paulo. S.L.1996.
- QUEIROZ, V.M; EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Rev. Bras. Enf. v.42 n.1, 26-33, 1988.
- RIBEIRO, M. O A ideologia reproduzida na abordagem da sexualidade humana: uma análise do discurso de estudantes de enfermagem. São Paulo, 1990. 73p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES, C. Prática do auto-exame de mama e atitudes face ao câncer. Florianópolis, 1986. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SANTOS, J.L dos. O que é cultura. 15 ed. São Paulo, Brasiliense, 1994.
- SÃO PAULO (Estado). Constituição. Constituição do Estado de São Paulo, São Paulo, IMESP, 1989.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Direitos do paciente. São Paulo, 1997.
- SARDENBERG, C.M.B. De sangrias, tabus e poderes: a menstruação numa perspectiva socio-antropológica. Rev. Est. Feministas, v.2, n.2, p.314-44, 1994.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Trad. por Christine Chistine Rufino Dabat; Maria Betania Avila. 2.ed. Recife, SOS Corpo, 1995.

SONDIK, E.J. Programas de prevenção e controle. In: MONTORO, A.F.; GIANNOTTI FILHO, O; VALENTE, C.A. (coords) Estratégias para o controle do câncer. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, 1994. p.15- 38.

STUDART, H. Uma reflexão sobre a sexualidade feminina: mulher, a quem pertence teu corpo?. Petrópolis, Vozes, 1991.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital Universitário. Regimento Interno. São Paulo, 1992.

VALDES, T.; GOMARIZ, E. (coords.) Mulheres latinoamericanas em dados. Santiago do Chile, Instituto de la Mujer, 1993.

## ANEXO I

### INSTRUMENTO

Data da entrevista:

Nº entrevista.....

#### **I. DEPOIMENTO DA USUÁRIA:**

Conte-me com o máximo de detalhes, o que você está pensando e sentindo sobre seu primeiro exame ginecológico que será feito hoje.

#### **(Questões complementares):**

Qual é o motivo da sua consulta?

Qual é a sua opinião sobre o PAPANICOLAOU?

O que acha que vai acontecer com você daqui a pouco? Como você imagina que será este exame?

Você recebeu alguma informação a respeito deste exame? De quem?

Como você se sentiu depois de escutar ou ler sobre esta informação?

Você tem alguma dúvida ou algo que queira compartilhar comigo que considera importante e que não foi dito até agora?

#### **II. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:**

Primeira menstruação: (idade) .....

Data da última menstruação: .....

Idade da primeira relação sexual.....

Nº parceiros .....

Nº Gravidez.....

Nº Abortos .....

Sente algum incômodo nas mamas ou nos seus genitais? .....

Toma anticoncepcional? Qual? Há quanto tempo? Quem lhe indicou ou prescreveu?

Já teve algum problema de saúde relacionado com o ginecológico?

**III. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIAL:**

AMBULATÓRIO: Ginecologia ( ) Obstetrícia pré-natal ( )  
Pronto Atendimento ( ) Pronto Atendimento ( )  
Consulta agendada ( ) Consulta agendada ( )

Vínculo:

Aluna USP Graduação ( ) Aluna USP Pós Graduação ( )  
Docente USP ( ) Dependente Docente ( )  
Funcionário USP ( ) Dependente Funcionário ( )  
Comunidade Butantã ( ) Outro:.....

Idade:....

Grau de Instrução:

Primeiro grau completo ( ) Primeiro grau incompleto ( )  
Segundo grau completo ( ) Segundo grau incompleto ( )  
Superior completo ( ) Superior incompleto ( )

Estado civil:

Solteira ( ) Casada ( ) Amasiada ( )  
Separada ( )

Religião:.....

Nº de membros da família: (Especifique)

\* Ocupação: (dados da usuária)

Trabalhando ( ) Há quanto tempo está neste emprego/ ocupação?.....  
Atividade específica: .....  
Salário mensal: .....

Desempregada ( ) Há quanto tempo? .....

Outra condição: .....

\* Ocupação: (dados do chefe da família responsável pela manutenção da casa)

Pai ( ) Mãe ( ) Marido ( ) Outro: .....



Trabalhando ( ) Há quanto tempo está neste emprego/ ocupação? .....  
Atividade específica: .....  
Salário mensal: .....

Aposentado/a ( ) Há quanto tempo? .....

Desempregado/a ( ) Há quanto tempo? .....

Outra condição: .....

Muito obrigada pela sua colaboração.

---

\* Adaptado de GRECO, R.M. Repensando a atenção à saúde da mulher na prevenção do câncer ginecológico: as perspectivas do serviço e das usuárias na unidade básica de saúde Jardim Suiná do Município de Taboão da Serra. São Paulo, EEUSP, 1993. /Mimeografado/

## ANEXO II

### AGRUPAMENTO DAS FRASES TEMÁTICAS EM CATEGORIAS:

#### CATEGORÍAS EMPÍRICAS:

##### **Serviço de Saúde e Assistência de Saúde:**

Serviço de saúde (Atendimento)

A escolha de fazer o exame ginecológico neste serviço é para garantir o sigilo da intimidade sexual.

O pagamento de exames impede a sua realização.

A gratuidade permite o acesso ao serviço de saúde.

A demora para agendamento dos exames auxiliares dificulta a continuidade do tratamento.

Os exames complementares (ultra-sonografia) não elucidam a alteração menstrual.

Os exames complementares são desconhecidos quanto tipo e possibilidade de fazê-los nesta instituição para resolver possível problema.

##### **Assistência de saúde:**

A qualidade da assistência médica é dada pelo atendimento deste às expectativas da mulher.

O atendimento médico rápido, sem examinar e que não permite esclarecimento de dúvidas afasta a mulher do tratamento.

A abordagem do médico (rápida, sem considerar opinião da mulher) provoca abandono do exame diagnóstico e do tratamento medicamentoso.

A qualidade da assistência médica e a acessibilidade influenciam a preferência por um serviço de saúde (HU).

A qualidade da assistência médica e a acessibilidade influenciam a preferência por um serviço de saúde.

O profissional de saúde (médico) deve explicar o procedimento do exame ginecológico.

Os esclarecimentos da mulher sobre os seus problemas ginecológicos só podem ser feitos pelo médico.

O médico deve responder às dúvidas e ajudar a mulher quando ela precisar.

A informação que a médica “é muito boa” “é ótima” tem que ser verificada.

Os tratamentos psicológicos e o homeopático são alternativas preferidas ao invés do medicamentoso conforme o conceito de doença (problema psicológico).

A automedicação resolve o problema ginecológico temporariamente.

A ingestão de medicação (hormônio) provoca reação alérgica (“coceira”) que era desconhecida pela usuária.

O exame ginecológico é considerado desnecessário pelo profissional médico frente à inexistência de sintomatologia física.

**Exame Ginecológico** (Razão do exame ginecológico, conhecimento e sentimentos frente ao exame ginecológico)

Razão do exame ginecológico

A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à piora de sintomas físicos (fortes dores durante e após relações sexuais).

A decisão de vir para o exame ginecológico é devida ao atraso menstrual.

A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à preocupação e medo da possibilidade de gravidez e de como evitá-la.

A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à gravidez já diagnosticada (pré-natal).

A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada ao primeiro controle pré-natal.

A decisão de fazer o exame ginecológico está relacionada à presença de sintoma físico (corrimento forte).

O exame ginecológico é uma necessidade da idade (16) e uma obrigação que deve ser encarada como um exame de rotina.

A decisão de fazer o Papanicolaou está relacionada à presença de sintomas físicos e à preocupação de ter “algo maligno” que impeça a maternidade.

A decisão de fazer Papanicolaou está relacionada à solicitação como requisito de seleção de “uma prova do Estado”.

Todas as mulheres deveriam fazer Papanicolaou para evitar “tumor maligno” e saber o que está acontecendo com sua “saúde vaginal”.

O exame ginecológico pode evitar problemas futuros (infecção, doença venérea).

O exame ginecológico é “para ver como é que está o seu aparelho reprodutor”.

A decisão de fazer o exame ginecológico, está relacionada à necessidade de repor hormônio por irregularidade menstrual.

### Conhecimentos e Sentimentos frente ao Exame Ginecológico

A informação audio-visual (filme) de que o exame ginecológico é traumático e doloroso provoca sentimento de medo e desistência (evitar o exame).

A informação sobre a finalidade e o procedimento do exame ginecológico é insuficiente para a sua compreensão.

O procedimento e algumas das finalidades do exame ginecológico são conhecidos.

A finalidade do exame Papanicolaou é diagnosticar câncer de útero ou outras doenças.

O Papanicolaou é um procedimento desconhecido (“é uma raspagem”).

O exame do Papanicolaou consiste numa raspagem do colo uterino e é desconhecida sua finalidade e frequência.

A finalidade do exame de Papanicolaou é desconhecida.

O Papanicolaou é um procedimento desconhecido.

O procedimento e a finalidade do exame de Papanicolaou são desconhecidos.

Existe ambigüidade em relação ao recebimento de informações sobre o exame ginecológico.

A informação (leiga) de que o Papanicolaou é um exame doloroso provoca sentimento de medo.

As informações da enfermeira de que o Papanicolaou pode ser um pouco doloroso provoca sentimento de medo.

As informações (leigas) recebidas sobre o exame Papanicolaou são ambíguas em relação ao procedimento e aos sentimentos provocados nas mulheres (“mais medo” / “curiosidade”).

O exame ginecológico produz sentimentos tais como insegurança e medo tanto por ser um procedimento desconhecido quanto pela sua finalidade e seus resultados (“notícia ruim”).

O primeiro exame ginecológico é algo “diferente”, tranqüilo.

O sentimento de “aflição” está relacionado à expectativa do exame ginecológico confirmar ou não a gravidez.

O exame ginecológico produz sentimentos tais como: “assustada”, “envergonhada”, “receio”, “curiosidade”.

Fazer o exame ginecológico produz sentimentos tais como “medo” e “vergonha”.

O exame ginecológico produz sentimentos tais como: “normal” “não fico nem um pouco abalada”.

A expectativa de um resultado negativo do exame ginecológico provoca sentimento de medo.

Fazer o Papanicolaou produz sentimentos tais como “medo”, “vergonha”, que devem ser superados pela “coragem”.

Fazer o Papanicolaou produz sentimentos tais como: “tensão” “vergonha”, “curiosidade”.

O exame do Papanicolaou produz sentimentos de “medo”(de sentir dor) e de “vergonha” (de expor partes íntimas).

Os problemas físicos da mulher são associados à hereditariedade.

O exame ginecológico é considerado "interessante" e "importante" para prevenir possível doença e tratá-la a tempo.

O exame ginecológico e o Papanicolaou são procedimentos desconhecidos.

Fazer o exame ginecológico produz sentimentos de "medo" "nervoso" "ansiedade".

Existe ambiguidade em relação aos sentimentos produzidos frente ao exame ginecológico ("estou normal" "um pouquinho de nervoso").

O Papanicolaou consiste numa coleta de "algum líquido" interno ("que tira da gente") para identificar alguma "irregularidade".

Existe ambiguidade em relação ao recebimento de informação sobre o exame ginecológico ("não sei" "minhas amigas falaram para mim").

Existem dúvidas sobre alguns aspectos relacionados ao exame ginecológico: ("se é "difícil"/ "doloroso" "como é feito" "tempo de controle").

Existe a expectativa de que o resultado do exame ginecológico seja "normal".

O exame das mamas é um procedimento desconhecido e não é considerado suficiente para a detecção de problemas.

O exame ginecológico é considerado "importante" de ser feito após o início da vida sexual para prevenir possível doença/ "problema" e tratá-la a tempo.

Existe ambiguidade em relação à forma de contrair doença ginecológica ("contacto com a piscina" / "muito cloro e água para pouco microorganismo", "vaso molhado"/ "não se sentarse no vaso").

A possibilidade de contrair doença ginecológica e as alterações menstruais são relacionadas ao início da atividade sexual ("não ser virgem").

O procedimento e as finalidades do exame de Papanicolaou são conhecidos.

O exame ginecológico produz sentimento de "ansiedade"

O Papanicolaou é considerado como "importante" para o diagnóstico precoce de possíveis doenças e verificação da sua gravidade.

O adiamento da realização do exame ginecológico provoca sentimentos de culpa na usuária ("consciência pesada" "intranqüilidade").

## **Mulher, vida e saúde:**

### Relacionado à condição da mulher e fase do ciclo vital

A realização do Papanicolaou conta com a autorização do parceiro.

O controle da “vida” é feito de pai para filha e a orientação é feita de mãe para filha / pai para filho.

A realização do exame ginecológico provoca preocupação com o sexo do profissional de saúde que realizará o exame (“se for homem pior ainda” / “se for mulher, mais o menos”) relacionada à “higiene íntima”.

Ir ao ginecologista é uma demonstração de preocupação consigo mesma e uma obrigação das mulheres.

A mãe é a única (verdadeira) amiga da filha.

A realização do exame ginecológico é incentivada pela mãe (“estava na idade”) e pelo namorado

Não existe preocupação com o sexo do profissional da saúde que realizará o exame.

O conhecimento do procedimento do Papanicolaou pelo homem causa “estranheza” à mulher.

Os fatos negativos da vida são algo predestinado.

A mudança de cidade (para estudar) incomoda porque significa “começar uma vida nova” (novos amigos)

A “vida de adolescente” é “sofredora” devido ao distanciamento (de cidade) do namorado.

A realização do Papanicolaou provoca preocupação com “dor”, “higiene” e com o sexo do profissional de saúde que realizará o exame.

A preocupação com o corpo (ser magra e com “seios grandes”) é inspirada no “estilo americano”.

“Ter mamas grandes provoca incômodo pelo peso e por atrair a atenção de homens”.

Ter mamas grandes provoca sentimentos ambíguos em relação a fazer cirurgia corretiva (“medo”) e a apreciação positiva de outras pessoas.

A mudança de trabalho está relacionada à procura de melhor salário.

As relações humanas familiares e no trabalho são consideradas positivas.

Ser estudante da área de saúde favorece o entendimento das mudanças biológicas (“mudanças do corpo”)

O parceiro deverá fazer o mesmo tratamento frente à possibilidade do tratamento de alguma doença.

A família por ser de descendência japonesa e de profissionais da área biológica favorece a abordagem da “questão de saúde” e “sexo”.

### **Sexualidade**

A atividade sexual da mulher é prejudicada pela presença de sintomas físicos (dor, sangramento) e a preocupa quanto ao relacionamento com o parceiro.

Existe ambiguidade entre a idéia de fazer exame ginecológico e ser sexualmente ativa

A informação sobre sexualidade é responsabilidade da escola.

A educação conservadora, a religião e a raça oriental são causas de orientação sexual insuficiente.

Existe diferença de pensamento sobre a temática sexual de acordo com a idade cronológica.

O controle da atividade sexual está relacionado ao nível de informação.

O exame ginecológico é difícil porque mexe com a sexualidade feminina (“expor isso para o médico” e “pelas perguntas que o médico vai fazer”)

A mãe - “apesar de ser japonesa” - discute com a filha questões sobre sexualidade, contracepção e prevenção de doenças.

A aparência da pessoa não assegura a ausência de doença sexual.

### **Maternidade**

A gravidez não planejada provoca sentimentos ambíguos (medo da reação familiar / “felicidade” da mulher).

Ter filho pode significar perda do emprego



As informações (leigas) sobre a gravidez e o parto produzem sentimentos tais como: “tristeza e medo”.

Ser mãe “é tudo na vida” da mulher.

O desejo de ser mãe deve superar qualquer sofrimento (“a dor do parto é a dor da morte”).

A gravidez traz sofrimento (dor, tristeza, raiva)

Na gravidez a mulher passa a ser uma carregadora (“sacolinha”) da criança.

Durante a gravidez a preocupação das pessoas é com a criança e não com a mãe.

Os incômodos da gravidez são herdados de mãe para filha.

A gravidez modifica negativamente a expectativa de uma vida melhor.

A gravidez produz na mãe sentimento de posse em relação à criança .

A gravidez provoca sentimentos de preocupação com doenças que podem prejudicar a criança.

A responsabilidade de “criar” e educar a criança produzem preocupação.

O tipo de educação e o sexo da criança determinam o seu futuro.

As expectativas sobre o caráter do filho centram-se em que ele seja “bem bonzinho” “bem calmo”

## **Aborto**

A decisão de fazer aborto é da mulher.

O homem deve contribuir financeiramente nas despesas com o aborto.

A situação econômica familiar mais privilegiada propicia mais opções de formas de aborto.

A experiência e apoio leigo sobre o aborto fortalecem a decisão de realiza-lo.

O aborto é uma maneira de evitar ter filho independente de seus riscos

## **Método contraceptivo**

Não usar contraceptivos é um ato inconsequente porém não obriga a mulher a ter o filho.

Métodos contraceptivos, exceto o uso da camisinha, necessitam orientação médica.

A camisinha é um método anticoncepcional adequado à irregularidade menstrual.

O uso de preservativo é conhecido e aceito pela usuária como contraceptivo e segurança na prevenção de doenças (mãe/filho).

## **Menstruação**

A normalização da menstruação é valorizada como “segurança”, renascimento.

A menstruação significa perda da infância.

A ausência da menstruação por longo período (5 anos) produz sentimento de “medo” e de anormalidade ginecológica (“não poder ter filho” / “ter problema no útero”).

A menstruação irregular em grande quantidade produz sentimentos tais como “incômodo” / “vontade de chorar” / “era horrível” / “agonía” / “angustia” / “revolta” / depressão e sentimentos de anormalidade (“todo mundo era normal”).

A menstruação irregular produz alterações nas atividades cotidianas (“absenteísmo no trabalho/ escola” “procurar ajuda de familiares”)

A anemia é problema que produz preocupação associada “à ingestão de feijão e má alimentação”.

A regularização do fluxo menstrual produz sentimento de “alegria” e retomada do trabalho e das atividades escolares.

A ingestão de medicação (hormônio) é eficaz para regularizar o fluxo menstrual.

A ingestão irregular da medicação (hormônios) provoca sentimentos de culpa na usuária pela repetição das alterações menstruais.