



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIANA FERREIRA OLIVEIRA

**A PERCEPÇÃO DA MULHER APÓS O EXAME DE
PAPANICOLAU**

UBERLÂNDIA- MG

2017

MARIANA FERREIRA OLIVEIRA

**A PERCEPÇÃO DA MULHER APÓS O EXAME DE
PAPANICOLAU**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito básico para o Curso de Mestrado Acadêmico pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação da Professora Dra. Carla Denari Giuliani e Co-orientação da Professora Dra. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas.

UBERLÂNDIA- MG

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

O48p
2017
Oliveira, Mariana Ferreira, 1992
A percepção da mulher após o exame de papanicolaou / Mariana
Ferreira Oliveira. - 2017.
56 p. : il.

Orientadora: Carla Denari Giuliani.
Coorientadora: Efigênia Aparecida Maciel de Freitas.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.767>
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Teste de Papanicolaou - Teses. 3.
Mulheres - Saúde e higiene - Teses. 4. Doenças - Prevenção - Teses. I.
Giuliani, Carla Denari, . II. Freitas, Efigênia Aparecida Maciel de, . III.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana Ferreira Oliveira

Percepção da mulher após o exame de Papanicolau

Presidente da banca (orientador): Profa. Dra. Carla Denari Giuliani

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Ciências da Saúde.

Banca Examinadora

Titular: Profa. Dra. Claudia de Azevedo Aguiar

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM.

Titular: Prof. Dra. Maria Cristina de Moura Ferreira

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia- UFU.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Miguel, meus pais José e Eleniz e ao meu esposo Herley.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu energia e benefícios para concluir todo este trabalho.

Ao meu filho Miguel por ter trazido luz à minha vida, por chegar no meio da pesquisa e me dar força e coragem para concluí-la, mesmo com todas as expectativas negativas em torno dela.

Ao meu esposo por estar ao meu lado, por tornar os dias de cansaço mais serenos e felizes.

Aos meus pais José e Eleniz pelo apoio e incentivo, por estarem com meu filho nas horas de estudo.

Às professoras Dra. Carla Denari e Dra. Efigênia Aparecida pela orientação e dedicação.

Aos profissionais da Unidade básica de saúde do bairro Jardim Europa pelo acolhimento e empenho, principalmente a Enfermeira Gerusa Tomás que não mediu esforços para me ajudar.

Ao meu irmão que mesmo de longe me apoiou e indiretamente contribuiu para que este trabalho se realizasse.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte desta etapa decisiva em minha vida.

“O que é escrito sem esforço em geral é lido sem prazer.”

Samuel Johnson

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar as principais causas de não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolau. Foi desenvolvido, nesta pesquisa, um estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quali-quantitativa por meio da realização de entrevistas. Participaram da pesquisa 19 mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde que realizaram o exame e não retornaram para buscar o resultado. As falas das mulheres foram gravadas, transcritas e foi realizada a análise lexical pelo *Software* Alceste. Foram classificadas 154 unidades de contextos elementares divididas em quatro classes lexicais e nomeadas segundo o sentido que revelam em: motivação para fazer o exame, influência cultural, condicionamento das políticas públicas para não se buscar e a inserção da mulher no mundo público. A análise da percepção das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde revelou que, no cenário atual, a inserção no mercado de trabalho limita a realização do exame e a prática do atendimento medicalizante, em outras palavras, o exame é realizado, porém não instiga o retorno para o resultado.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da mulher. Esfregaço vaginal. Atividades cotidianas. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the main causes of non-return of women to receive the results of the Pap smear. An observational, descriptive, cross-sectional and qualitative-quantitative approach was developed through interviews. The study was attended by 19 women users of the Health Unic System (SUS in Brazil) who performed the test and did not return to get the results. The women's speeches were recorded, transcribed and the lexical analysis was performed by the Alceste Software. We classified 154 units of elementary contexts divided into four lexical classes and named according to the meaning they reveal in: motivation to take the exam, cultural influence, conditioning of public policies in order not to get the results and the insertion of women in the public world. The analysis of the perception of women users of the Health Unic System (SUS in Brazil) revealed that, in the current scenario, the insertion in the labor market limits the accomplishment of the examination and the practice of medical treatment, in other words, the examination is performed, but does not instigate them to return to get the results.

KEY WORDS: Women's health. Vaginal swab. Daily activities. Prevention of diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS

UAI- Unidade de Atendimento Integrado

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

URSS- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

NIC- Neoplasia Intra Epitelial

CAF- Cirurgia de Alta Frequência

ASCUS- células escamosas atípicas de significado incerto

AGUS- células glandulares atípicas de significado indeterminado

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I- ANÁLISE DOS RESULTADOS: SOFTWARE ALCESTE VERSÃO 4.5.....	15
CAPÍTULO II- O BAIRRO JARDIM EUROPA PARA LOCAL DA PESQUISA.....	18
CAPÍTULO III- MOTIVAÇÃO PARA FAZER O EXAME.....	22
3.1. O exame de Papanicolau.....	22
3.2. Cuidado da mulher com o corpo.....	25
CAPÍTULO IV- INFLUÊNCIA CULTURAL.....	31
CAPÍTULO V- CONDICIONAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA NÃO BUSCAR O EXAME.....	33
5.1. A introdução da atenção primária à saúde na estratégia de melhor prevenção às doenças.....	33
5.2. Controle do corpo pelo mundo médico.....	34
5.3. Políticas públicas de saúde e suas relações com a unidade.....	36
CAPÍTULO VI- INSERÇÃO DA MULHER NO MUNDO PÚBLICO.....	47
CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXO A.....	56
ANEXO B.....	57

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve início ao problematizar nas aulas práticas, que aconteceram no ambulatório de saúde da mulher da Universidade Federal de Uberlândia na disciplina de Saúde da mulher na graduação em enfermagem, a dificuldade que as mulheres apresentavam no retorno do resultado do Papanicolau. Percebeu-se que as mulheres não apresentavam nenhuma dificuldade para agendar a coleta de Papanicolau ou realizar o exame, porém, em sua maioria, não retornavam para buscar seu resultado. Nesse momento, iniciou-se a problemática desse estudo, para compreender o porquê destas mulheres não fazerem a busca ativa de tal resultado.

A princípio, esta pesquisa seria realizada no Trabalho de Conclusão do Curso da pesquisadora deste estudo, mas o comitê de ética e pesquisa com seres humanos não aprovou o projeto em tempo hábil para a realização da pesquisa, sendo necessária a realização de uma revisão da literatura para Trabalho de Conclusão de Curso sobre este tema. Logo depois, quando foi recebido um parecer favorável do comitê, que autorizou a realização da pesquisa, deu-se início tal análise no mestrado. Porém, as sugestões de mudanças para acrescentar conteúdos para o mestrado foram feitas, dentre elas a alteração de local da pesquisa que, inicialmente, seria no ambulatório de saúde da mulher na Universidade Federal de Uberlândia, para as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Uberlândia e a coleta de dados, que seria por grupos focais, passou a ser por entrevistas.

Assim, a primeira escolha do local para a coleta de dados foi a UBSF do bairro Jardim Brasília, na qual se atende o maior número de pacientes por mês, porém, após várias visitas ao local, foi necessária mudança do lugar. A nova escolha foi pela UBSF do bairro Jardim Europa, que se trata de uma unidade nova, na qual a coordenadora de enfermagem solicitou o atendimento que a coleta de dados propõe, devido às dificuldades de acompanhamento das mulheres, o que acrescentaria muito no atendimento da unidade e, por consequência, nos dados desta pesquisa. Foram feitas várias visitas à unidade, até a realização do primeiro grupo focal, também sem sucesso, mostrando a necessidade de uma nova mudança na técnica de coleta de dados, a realização de entrevista novamente. Esta nova mudança foi imprescindível para a pesquisa, o que proporcionou ganhos e informações relevantes à mesma. A maior dificuldade foi o índice de faltosos, muitas delas confirmavam presença através da busca ativa, porém não compareciam, sendo necessário novo agendamento. Desta

forma, foi possível entrevistar 19 (dezenove) mulheres, cerca de 22,62% das mulheres que haviam realizado o exame e não retiraram o resultado na unidade. Ao final das entrevistas, passou-se a realizar visitas domiciliares juntamente com as Agentes de saúde, a fim de conhecer mais sobre o bairro e criar um vínculo com os moradores, tentando levantar mais dados referentes ao exame de Papanicolau e à consulta de retorno. No mês em que a pesquisadora acompanhou as agentes, foi realizada a visita em 85% das residências, sendo que as não visitadas foram porque a casa estava fechada.

A detecção precoce por meio do exame de Papanicolau é considerada a melhor estratégia para identificar as lesões precursoras de câncer, também considerado um método secundário de prevenção que se baseia na história natural da doença e na identificação prévia do vírus do papiloma humano o que impacta diretamente na redução da mortalidade por câncer de colo de útero (SILVA, 2015).

O Ministério da Saúde orienta que mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos façam o exame preventivo, o Papanicolau, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é baseado na demanda espontânea, restringindo-se às mulheres que buscam os serviços de saúde por diferentes razões. Este tipo de rastreamento resulta em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos. Nos países desenvolvidos este rastreamento é organizado e utiliza mecanismos para recrutamento da população-alvo (RIBEIRO, 2016).

Os resultados do estudo contribuirão para a elaboração de medidas e ações de educação em saúde voltadas para a conscientização do público alvo, sobre a importância não só da realização do exame, quanto à busca pelo resultado e a adesão à conduta indicada.

Esta pesquisa tem relevância no que tange à importância da realização do exame de Papanicolau, que se iguala à importância de buscar o resultado, pois são atitudes que dependem uma da outra. É a partir do resultado que se torna possível o tratamento, que quanto mais precoce, mais passível de cura. Teve-se como objetivo analisar as principais causas de não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolau, além disto, identificar a finalidade de tal exame, os motivos pelos quais as mulheres não comparecem na consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolau, o que poderia ser feito para melhorar a adesão das mulheres a este exame e na consulta de retorno.

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal com abordagem quali-quantitativa. O uso de técnicas quali-quantitativas, tanto para coleta quanto para a análise de dados, possibilita, quando combinadas, estabelecer conclusões mais significativas a partir dos dados coletados, o que permite um planejamento estratégico para adoção de condutas e formas de atuação em diferentes contextos (FREITAS; MUNIZ, 2010).

O local de desenvolvimento da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim Europa da cidade de Uberlândia-MG. A escolha do bairro se deu pelo predomínio da faixa etária de 20-29 anos e pela dificuldade encontrada pela coordenadora de busca ativa de retorno do resultado do Papanicolau.

Para a execução das entrevistas, foi feito um levantamento dos exames realizados e não retirados na unidade, que somaram 84 exames. A partir destes dados, foi realizado um contato telefônico com estas mulheres, agendada uma data para o comparecimento das mesmas na unidade para que fossem entrevistadas e, posteriormente, acolhidas na consulta de enfermagem para entrega do resultado do exame. O contato telefônico foi estabelecido pelo telefone da unidade, evitando qualquer constrangimento para a entrevistada.

Foram incluídas neste estudo, mulheres que realizaram o exame de Papanicolau e não compareceram na consulta de retorno da UBSF, ou seja, que ainda não haviam retirado o resultado na unidade de saúde e que concordaram em participar da pesquisa mediante termo de consentimento livre e esclarecido. As mulheres que não aceitaram participar da pesquisa mediante contato pela pesquisadora foram substituídas por outras que se enquadraram nos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora durante os meses de abril a julho de 2016 com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFU, após a aprovação do CEP/UFU. Para a realização da pesquisa foi solicitada autorização prévia junto ao setor de recursos humanos da Prefeitura Municipal de Uberlândia, responsável pelas UBSFs, participantes do estudo.

Para o procedimento de coleta de dados foi utilizado um formulário semiestruturado (ANEXO A) com questões referentes à caracterização do participante (idade, estado civil, bairro, profissão, escolaridade e religião), e questões-chave conhecidas como perguntas disparadoras que ajudam as entrevistadas a discutirem sobre o tema abordado.

As mulheres foram acolhidas em uma sala disponibilizada pela equipe da unidade, sem a presença de outras pessoas que não fazem parte do grupo desta pesquisa, visando garantir maior liberdade em responderem às questões. Os pesquisadores apresentaram os objetivos da pesquisa, explicando às mulheres a importância na veracidade das respostas e sua liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa. A participação das mulheres foi voluntária e anônima. Foi solicitada pela pesquisadora a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a análise descritiva das informações sociodemográficas da amostra estudada, primeiramente, foi elaborado um banco de dados utilizando-se o programa SPSS – *Statistical Package Social Science* versão 17. Na elaboração do banco de dados procedeu-se à técnica de dupla digitação para minimizar possíveis erros de digitação e, conseqüentemente, viés de pesquisa. Por questões éticas, os nomes das participantes da pesquisa foram substituídos por nomes fictícios e foi utilizado nomes de flores, com cautela para que não tivessem características comuns das flores com o participante. Se houvessem mulheres com nome de flor, se optaria por outro nome fictício.

Posteriormente, foi aplicada estatística inferencial para verificar a influência das variáveis analisadas nos motivos de não comparecimento à consulta de retorno. Foram utilizados testes não-paramétricos como Análise de Regressão Logística e o Teste do Qui-quadrado para avaliar as possíveis associações entre os motivos de não comparecimento à consulta de retorno, as características sociodemográficas e possíveis fatores de vulnerabilidade e/ou proteção. Adotou-se o nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95% (VIEIRA, 2008).

Na análise qualitativa dos dados correspondentes aos grupos focais foi utilizada a técnica de análise lexical por meio do *software* Alceste 4.5 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*).

Para a aplicação da técnica de análise lexical, no estudo foi realizada a adaptação das produções discursivas de cada entrevista às normas de preparação do corpus de análise do *software* Alceste e exclusão das falas da moderadora, adaptando-se trechos de falas das mulheres para posterior início da análise.

O projeto deste estudo possui autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia - UFU pelo protocolo CAAE: 42595515.9.0000.5152. De todos os pesquisados, foi obtido o termo de consentimento livre esclarecido em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde. Todos os dados coletados foram utilizados exclusivamente para esta pesquisa e será mantido sigilo quanto às informações coletadas.

CAPÍTULO I - ANÁLISE DOS RESULTADOS: *SOFTWARE* ALCESTE VERSÃO

4.5

O *software* Alceste versão 4.5 trata-se de um programa desenvolvido na França por Max Reinert em 1979 que permite a análise quali-quantitativa de dados textuais tomando como base as leis de distribuição do vocabulário (análises de *cluster*), através de diferentes etapas de segmentação do material discursivo.

Este *software* opera através de quatro etapas: A) Leitura do texto e cálculo dos dicionários, na qual o programa prepara o corpus, faz o reconhecimento das unidades de contexto inicial (UCI) e faz a separação das unidades de contexto elementares (UCE), que são definidas como pequenos segmentos de texto de duas ou três linhas, nas quais se respeita a ordem de aparição no corpus e o agrupamento das palavras com base em suas raízes, distinção entre as palavras instrumento (artigos, preposições e conjunções) e as palavras analisáveis; B) Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs em função de seus respectivos vocabulários. Para isto são cruzadas as formas reduzidas do vocabulário com as UCE do corpus. Nesta etapa também é executada a análise hierárquica descendente, que consiste em dividir as UCEs em várias classes, em função do vocabulário que as compõem, de tal forma que seja obtido o maior valor possível numa prova de associação. A partir daí, o Alceste apresenta a segmentação do texto e a formação das classes em forma de um dendograma; C) Etapa de descrição das classes e das UCEs escolhidas, na qual são expostas as classes obtidas conforme as palavras analisáveis; D) Etapa de Cálculos Complementares na qual são apresentadas as UCEs mais características de cada classe, contextualizando as ocorrências do vocabulário de cada uma (MOREIRA et al., 2005; REINERT, 1990).

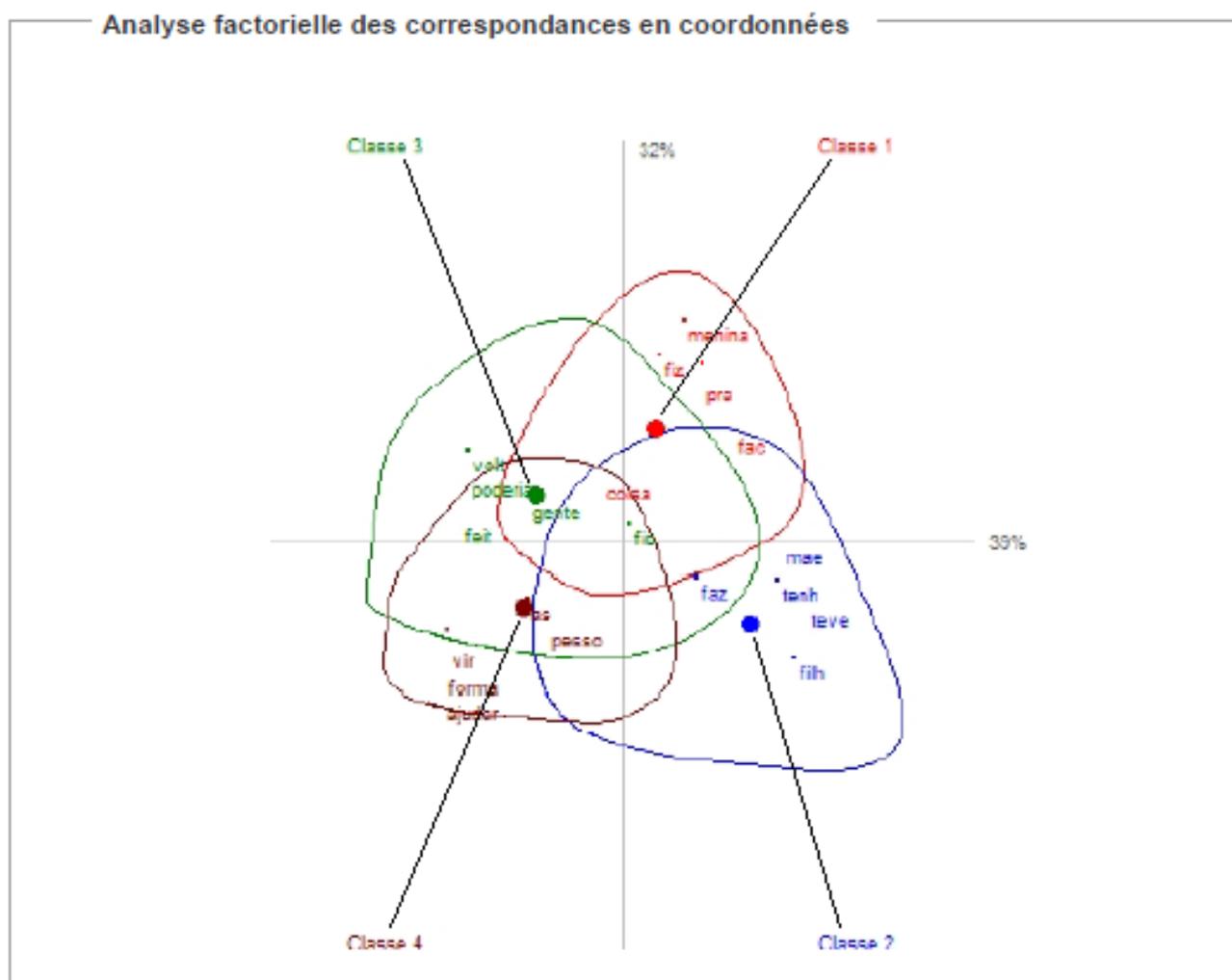
Inicialmente, foi elaborado um texto a partir da transcrição das falas dos componentes das entrevistas contendo uma unidade de contexto inicial (UCI) denominado *corpus*. A estatística apresentada pelo *software* apontou uma divisão no corpus de 139 unidades de contexto elementares (UCE), que se constitui na menor unidade de análise composta por três ou quatro linhas de texto. A UCE responde à ideia de frase dimensionada em função do comprimento (avaliada em número de palavras analisadas) e da pontuação (na ordem de prioridade). Foram classificadas 139 UCEs,

com riqueza de vocabulário de 96,23%, a média de palavras por UCE foi de 12 e o número de pares de palavras foi de 3611.

As 139 UCEs foram agrupadas em quatro classes lexicais, contendo o conteúdo essencial presente no texto *corpus* analisado. Neste estudo, o *Software* distribuiu o *corpus* em quatro classes e observa-se na Figura 1, na análise da distribuição, que as classes três e quatro estão sobrepostas e os vetores que se formam entre elas estão na mesma direção, demonstrando uma correlação positiva entre elas. A maioria dos vetores entre as classes 4 e 2; 3 e 1 formam ângulos próximos de 90°, portanto as classes 4 e 2; 3 e 1 não são correlacionadas. No entanto, as classes 3 e 2 e as classes 4 e 1 apresentam vetores, conforme também pode-se depreender a partir da Figura 1. A análise fatorial de correspondências coordenada (AFC) apresentada pelo *Alceste* 4.5, traz opostos indicando uma correlação negativa entre si. Os vocábulos constantes na classe 2 denotam comportamento positivo em relação ao foco da pesquisa, isto pode ser observado, uma vez que aparecem na parte mais central desta classe as palavras: “faz” seguida por “mãe” e “filha”, e na classe 3, sobreposta, encontra-se o vocábulo “volta”, sugerindo a partir da correlação negativa entre elas, que as mulheres fazem mas não voltam, as mães e as filhas também não voltam. Na classe 1 aparece o vocábulo “fiz”, e na classe 4 o vocábulo “vir”, sugerindo que as mulheres fizeram o exame, mas não buscaram o resultado. Já na classe 1 aparece a palavra “fiz” e na classe 2 a palavra “teve”, sugerindo a partir da correlação positiva entre elas que as mulheres fazem porque tiveram que fazer, ou seja, por obrigação. Na classe 3 aparece a palavra “poderia” e na classe 4 a palavra “ajudar”, sugerindo a partir da correlação positiva entre elas, que poderia haver mais ajuda para o retorno.

As 139 UCEs foram agrupadas em quatro classes lexicais, conforme pode-se observar com a Figura 2, que correspondem à classificação hierárquica descendente (dendograma) dos vocábulos e redução de palavras a partir das raízes (formas reduzidas) que as compõem, originada da análise do texto realizada pelo *software* com seus respectivos valores do teste de significância do qui-quadrado a partir do cruzamento dos vocábulos e as UCEs.

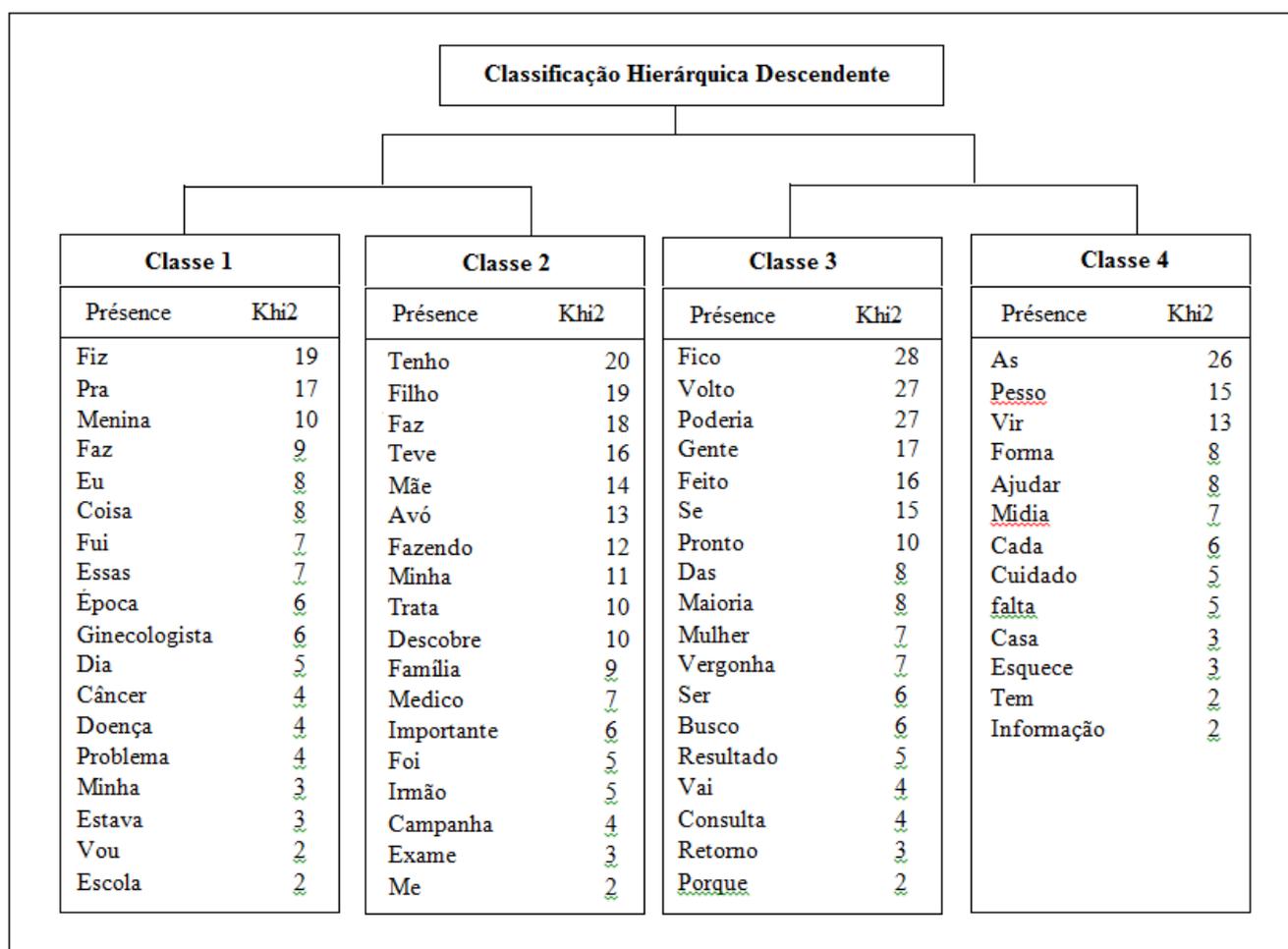
Figura 1: Análise fatorial de correspondências coordenada (AFC) apresentada pelo Alceste 4.5



Fonte: Software Alceste 4.5 (2017)

As quatro classes foram nomeadas segundo o sentido que revelam em: Classe 1: “Motivação para fazer o exame”. Esta classe, composta por 56 UCE (40%), confirma a realização do exame. Classe 2: “Influência cultural” - Composta por 39 UCE (28%) apresenta a imposição cultural da realização do exame. Classe 3: “Condicionamento das políticas públicas para não buscar o exame”, composta por 29 UCEs (20%) apresenta pontos de influência do sistema na não realização do exame. Classe 4 “Inserção da mulher no mundo público” composta por 30 UCEs (21%) apontando as dificuldades de cuidar de si e de sua saúde concomitantemente ao trabalho e às tarefas realizadas ainda no âmbito familiar.

Figura 2: Classificação hierárquica descendente (dendograma)



Fonte: OLIVEIRA, GIULIANI, FREITAS (2017)

CAPÍTULO II: O BAIRRO JARDIM EUROPA PARA LOCAL DA PESQUISA

O bairro Jardim Europa 1 se trata de um bairro novo, habitado muitas vezes por famílias compostas por jovens casais e seus filhos. Localizado na região oeste de Uberlândia. Este bairro é próximo dos bairros Mansour, Tubalina, Planalto, Jardim das Palmeiras e Jardim Célia. Aproximadamente 10 Km o separa da região central. O bairro tem cerca de 15 anos, seu loteamento foi iniciado pela imobiliária Tubal Vilela ao final dos anos 90 e, recentemente, vem sofrendo um processo de expansão acentuada, perceptível graças a uma grande quantidade de casas em construção.

Segundo levantamento feito, após algumas visitas realizadas no bairro, as casas, em geral, possuem um padrão médio em relação a sua estrutura, assim como os

condomínios (que se apresentam como uma dificuldade para o cadastramento das famílias que ali moram, uma vez que as agentes dificilmente encontram as pessoas que ali residem ou conseguem autorização para entrarem no condomínio). Todas as casas são abastecidas por energia elétrica, água encanada e são contempladas pela coleta de lixo da prefeitura. As ruas são asfaltadas e o transporte público apresenta eficiência relativa, pois, embora 4 linhas (402, 403, 405 e 433) passem pela área de abrangência da UBSF, com a frequência de aproximadamente 20 minutos, os pontos de ônibus concentram-se em apenas três avenidas, não atendendo de forma homogênea a todos os moradores. Esta é uma das maiores queixas dos moradores do bairro, que relatam ter dificuldades para se deslocarem do bairro através do sistema público de transportes.

A UBSF está fora de sua área de abrangência, o que, de certa forma, dificulta o acesso da população adscrita dependente de algum tipo de meio de transporte público para chegar à unidade de saúde, o que pode atrapalhar o retorno das clientes para a busca do resultado, pois as UBSFs são uma estratégia de proximidade da população para facilitar seu acesso ao SUS. A unidade é composta por 6 micro áreas, que compõem seu território, cada uma sob a responsabilidade de uma agente comunitária de saúde, todas são moradoras do bairro, facilitando a comunicação e vínculo com a população.

Mapa 1 - Divisão do território em microáreas.



Fonte: Acervo da UBSF Jardim Europa (2015)

A concretização da ideia da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do bairro Jardim Europa ocorreu em março de 2014, porém não em uma unidade própria. A princípio, esta se encontrou dentro do prédio do SESI Mansour, enquanto a casa alugada estava em reforma. A UAI de referência dessa UBSF é a do Luizote, porém fica distante da unidade e do bairro, confirmando a necessidade de uma via de acesso à saúde mais próxima dos moradores.

O atual espaço da UBSF foi inaugurado em 26 de agosto de 2014, a unidade funciona de segunda à sexta das 7h30 às 11h30 e das 13h às 17h, contando com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes de saúde, uma agente administrativa, uma agente de serviços gerais, uma psicóloga (duas vezes por semana, quatro horas por dia), uma assistente social (6 horas por dia) e uma nutricionista (uma vez na semana, durante a manhã). Por ser sediada em uma casa adaptada, não foi possível a implantação da equipe de saúde bucal.

Segundo levantamento realizado a partir das fichas de cadastro dos usuários da unidade, o predomínio de faixa etária dos moradores está entre 20-29 anos, o que sugere que o bairro atraia jovens adultos que desejam construir uma família. Isto chamou a atenção das pesquisadoras para a realização do estudo nesta região, pois se trata de uma faixa etária compatível com a preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização do exame de Papanicolau. Além disto, por se tratar de um bairro novo, houve um

crescimento rápido de famílias cadastradas na Unidade de Saúde da Família, passando de 1900 para 2400 em dois anos, segundo dados obtidos nas fichas de cadastro.

A escolha do bairro se deu a partir da solicitação da enfermeira coordenadora da UBSF do bairro Jardim Europa. Por se tratar de um bairro onde predominam-se casas de aluguel, muitas pacientes que realizaram o exame não residiam mais no local, levando a um acúmulo de resultados sem busca. A mesma achou que seria de grande ajuda a proposta desta pesquisa de realizar a busca ativa para recrutar novamente estas mulheres para a buscarem o exame. Além disto, no período de coleta de dados, a unidade estava com desfalque de funcionários, entre eles a falta de auxiliar administrativo, que dificultava a busca ativa, por isto a proposta foi também um auxílio para a equipe naquele momento.

Há ademais do exposto, o fato de se tratar de um bairro novo, com poucos comércios, o que leva a população à busca por empregos fora do bairro, contribuindo muito para a análise do material da pesquisa, ligados à inserção da mulher no mundo público.

O fato de a nossa presença na unidade ter sido solicitada pela enfermeira coordenadora facilitou muito o trabalho, pois, o acolhimento da equipe executora foi diferenciado, considerando que se teve todo apoio em todas as etapas da coleta de dados, entre elas uma sala disponível apenas para as entrevistas e muita ajuda durante as visitas domiciliares. Diante do bom relacionamento entre as agentes comunitárias de saúde e a pesquisadora, a população foi muito receptiva em suas residências, já que a equipe de agentes é muito próxima da população do bairro, sendo eles, integralmente em sua totalidade, residentes no bairro.

CAPÍTULO III: MOTIVAÇÃO PARA FAZER O EXAME

Uma das quatro classes distribuídas pelo *software* Alceste e nomeada conforme o sentido que revela foi a classe 1. Nela foram descritas as motivações destacadas pelas mulheres, que as levam a fazer o exame. Assim, neste capítulo será discutida a história do exame de Papanicolau, sua importância, bem como sua problemática no âmbito do SUS. Além disto, destaca-se também a forma com que o conceito de cuidado da mulher com sua saúde foi introduzido e reproduzido até os dias de hoje.

3.1. O exame de Papanicolau

A incidência de câncer de colo uterino pode ser reduzida em até 90% se a detecção for precoce, por meio do exame Papanicolau, associado ao tratamento da lesão intraepitelial, impactando significativamente na diminuição das taxas de morbimortalidade. Porém, esta redução depende do padrão de qualidade e cobertura de rastreamento de, no mínimo, 80,0% da população alvo (SILVA, 2014).

O Papanicolau tem se mostrado efetivo e eficiente para aplicação coletiva e se constitui, até hoje, como o método mais indicado para o rastreamento do câncer de colo uterino por ser um exame de baixo custo, rápido, indolor, de fácil execução e realizado em nível ambulatorial. É um método simples que permite detectar alterações da cérvix uterina a partir de células descamadas do epitélio (FERNANDES, 2009). A coleta é realizada através da vagina, onde é retirada uma amostra da parte externa do útero (ectocérvix) e outra da parte interna (endocérvix) e uma amostra do canal vaginal também, que em conjunto recebem o nome de tríplex coleta. É inserido um espéculo na vagina, para melhor visualização do colo uterino. O material é colhido com a espátula de Ayre, em seguida, as amostras são depositadas na lâmina, que é encaminhada para o laboratório.

Se as mulheres e seus profissionais de saúde aderissem às recomendações de rastreio e acompanhamento do câncer de colo, acredita-se que quase todas as mortes por câncer cervical poderiam ser evitadas. (NELSON, et al. 2009).

O câncer de colo uterino é responsável pela mortalidade de grande parte da população feminina no Brasil, apesar de o exame de Papanicolau ser uma conquista para as mulheres, pois é um exame que participa do programa de rastreamento de câncer, portanto é gratuito, as mesmas ainda se recusam por algum motivo em fazê-lo, aumentando ainda mais os índices. Segundo Silva et al (2014, p. 241), o acesso da

população aos diferentes níveis assistenciais é um dos sentidos atribuídos à integralidade, embora o acesso universal, garantido constitucionalmente, tenha derrubado barreiras formais, dificuldades no acesso e a continuidade da atenção permanecem, tanto na atenção básica quanto nos serviços especializados.

Segundo Ribeiro, et al (2016, p. 2), ao contrário do que acontece em países desenvolvidos, cujo rastreamento é organizado e conta com mecanismos para recrutamento da população-alvo, no Brasil a realização do exame citopatológico do colo do útero restringe-se às mulheres que buscam os serviços de saúde por diferentes razões. Este tipo de rastreamento resulta em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos. Os exemplos abaixo mostram que as mulheres, apesar de, na maioria das vezes não serem recrutadas pela unidade e não realizarem ou não buscarem os resultados, elas sabem a finalidade do exame e sua importância:

[...] é um exame muito importante mesmo né, se todas mulher se conscientizasse que têm que vim que têm que fazer [...] descobrindo um câncer tardiamente e depois, descobrindo ele no começo ou suspeita é mais fácil ser curado, muito maiores [...](Orquídea)¹

[...] câncer de útero é assim, uma coisa gigante que a gente nunca sabe, a gente vai descobrir quando tá tentando engravidar, as vezes por não fazer o exame que tá ali pequenininho e pode matar. (Azaléia)²

O acompanhamento também é apontado, pelo ponto de vista das entrevistadas como algo importante, ou seja, elas sabem a frequência de realização do exame:

[...] a gente tem que fazer e ir buscar o resultado e acompanhar pra ver o que que acontece de verdade. (Maravilha)³

[...] É importante mesmo, porque o câncer é uma doença muito silenciosa e muito, né, quando vem assim, quando a pessoa descobre já tá bem avançado né, eu tenho muito medo, por isso que eu tento fazer um acompanhamento. (Rosa)⁴

[...] eu sempre faço meu Papanicolau, as vezes a gente até passa, assim, faz de seis em seis meses nunca passou de um ano pra fazer porque eu sei que eu tenho que me cuidar na idade que eu tô, quarenta, tenho uma filha só e assim, a maioria, hoje em dia pra ficar doente basta só, não precisa nem ter né basta só tem várias doenças né, a gente sabe que tem várias coisas acontecendo né, tem câncer de mama, câncer de próstata, câncer de útero, então a gente fica meio cismado né porque doença não tem cura, principalmente o câncer, o

¹ Entrevista concedida pela Orquídea na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 29/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

² Entrevista concedida pela Azaléia na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 29/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

³ Entrevista concedida pela Maravilha na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 23/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

⁴ Entrevista concedida pela Rosa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 23/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

câncer e AIDS, por isso o exame é necessário e é muito bom.”
(Tulipa)⁵

O câncer de colo uterino possui o mais alto potencial de prevenção e cura dentre todos os outros tipos de câncer, quase 100% se diagnosticado precocemente, e o exame de Papanicolau tem papel importante para mudar os números de incidência e mortalidade desta patologia (SMELTZER, 2014). Outro dado importante levantado no decorrer das entrevistas é que, mesmo com toda a negligência das mulheres com relação ao exame, elas têm a percepção de que o diagnóstico precoce melhora o prognóstico do paciente, pode-se observar isto no trecho a seguir:

[...] câncer ele é imprevisível né, a gente não sabe aonde, como vem e aonde que vai porque a gente pode, eu tenho a concepção de que o que eu puder fazer pra cuidar, eu tô sempre aqui no PSF. (Jasmin)⁶

Segundo Silva, o câncer do colo do útero, habitualmente, inicia-se com uma lesão precursora, com transformações intraepiteliais progressivas detectáveis e curáveis. Embora muitas dessas lesões apresentem regressão espontânea, esta infecção pode tornar-se crônica e tem grande probabilidade de progressão, podendo evoluir para uma lesão cancerosa invasiva. Esta progressão pode ser considerada lenta em mulheres com boa imunidade, podendo levar de 15 até 20 anos. Em mulheres com o sistema imune fraco, esta evolução pode levar de 5 a 10 anos (2016, p. 2). Analisando as entrevistas, foi possível identificar que as entrevistadas têm este conhecimento.

[...] o câncer principalmente é uma doença silenciosa, nem sempre dá alarme, então assim, é um erro nosso nesse caso aí de não retornar e tem gente que nem faz [...], na maioria das vezes quando a pessoa descobre já tá num estado mais avançado aí talvez é mais difícil de curar. Dependendo do estado que já esteja não tem muito do que se fazer. (Hortência)⁷

Desmistificar mesmo e trazer pra cabeça das pessoas de cuidar mesmo questão desse cuidar né, porque se prevenir, se fizer antes [...] (Margarida)⁸

⁵ Entrevista concedida pela Tulipa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

⁶ Entrevista concedida pela Jasmin na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 24/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

⁷ Entrevista concedida pela Hortência na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 17/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

⁸ Entrevista concedida pela Margarida na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 29/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

3.2. Cuidado da mulher com o corpo

No Brasil, a inclusão feminina no âmbito de experiências socialmente valorizadas e, conseqüentemente, dotadas de visibilidade, foi inaugurada pelo movimento higienista, que criou condições - pelo menos parciais - para que, posteriormente, o conceito de adolescência fosse estendido ao mundo das mulheres. Cabe ressaltar que o movimento higienista tem sua chegada ao Brasil entre o fim do século XIX e início do século XX e suas propostas residiam na defesa da saúde, educação pública e no ensino de novos hábitos higiênicos (HOSCHMAN, 1998). Este movimento teve como ideia central valorizar a população como um bem, como capital, como recurso principal da nação (GÓIS JUNIOR, 2003). A ideia de que um povo educado e com saúde é a principal riqueza da nação, perdura até os dias de hoje. Neste processo, a mulher é recuperada como fonte de reparação e de defesa da saúde e dos bons costumes. Ela passa a ter um objetivo: cuidar da casa, dos filhos, da alimentação do trabalhador (MACHADO, 1978). Igualmente, Rago (1985) enfatiza os procedimentos disciplinadores que a classe burguesa pôde dispor para formar o modelo de mulher mãe/dona-de-casa. Ademais, Rago salienta que os jornais operários “constroem duas imagens femininas que contrastam frontalmente. Uma mulher submissa, que não sabe como lutar e, ao mesmo tempo, uma figura combativa que sai às ruas e enfrenta sem reservas as autoridades públicas e policiais”. (1985, p. 87)

Nesta efervescência de transformações sociais e culturais, o conceito de saúde da mulher foi definido e amplamente aceito na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM). Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o Estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva (RAMOS, 2009).

Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido, incorporando princípios norteadores da reforma sanitária. A ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social propõe formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontam para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (BRASIL, 2017). Deste modo, o fenômeno do Papanicolau não se constitui como uma novidade. O

que é inovação nas última décadas é entender o porquê destas mulheres não voltarem para buscarem o resultado, se tornado um problema social e de saúde pública. Por que será que campanhas de conscientização não se efetivam? Para quem realmente isto é um problema? Trabalhando em campo de estágio⁹, percebeu-se que para essas mulheres, fazer é a questão e não ter o resultado do exame não é um problema.

Os trabalhos de pesquisa têm mostrado que o mundo construiu uma preocupação com a prevenção. Segundo Czeresnia (2009, p. 49), o termo “prevenir” tem o significado de “preparar; chegar antes de dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. O mesmo autor afirma que a prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (CZERESNIA, 2009, p. 49). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Ademais, o autor ainda ressalta que a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação da informação científica e de recomendações normativas de mudança de hábito.

O diagnóstico precoce das lesões de colo uterino consiste em uma das estratégias de prevenção secundária ao câncer de colo do útero, antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento ou *screening* compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau, Colposcopia, Cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos.

Nos últimos anos, houve um grande avanço na área de diagnóstico se o mesmo for feito precocemente, isto, pois a educação para a saúde passou a ser vista como um dos fatores primordiais e um meio de alcançar resultados eficientes no controle do câncer ginecológico, principalmente, na área do CCU. É no momento da consulta com o profissional de enfermagem que o enfermeiro atua nas ações preventivas de controle do

⁹ Desde o ano de 2012 no Curso de Graduação em Enfermagem/FAMED da UFU a pesquisadora participa desta atividade. Nesta Instituição os alunos do curso de graduação em enfermagem desenvolvem atividades de estágio na própria instituição, na disciplina de saúde da mulher é disponibilizado o ambulatório de Ginecologia e obstetrícia da Universidade Federal de Uberlândia para a realização de exame de Papanicolau pelos alunos do curso, bem como busca ativa das clientes que não comparecem na consulta de retorno.

câncer, fazendo orientações das Infecções sexualmente transmissíveis - IST, conhecendo a história de vida e de saúde da mulher, como também identificando possíveis complicações (ALENCAR, 2015). Ou seja, não há, nem por parte do profissional, tampouco por parte do sistema a preocupação com a consulta de retorno, condicionando a mulher a fazer o exame, porém em momento algum a orienta de que o fato de ter o resultado do exame também é importante.

Atualmente, as pesquisas sobre o câncer de colo uterino apontam que a morte por este tipo de doença é evitável, uma vez que o avanço das tecnologias permite o diagnóstico precoce de lesões precursoras, evitando a progressão da doença. A estratégia mais utilizada e que apresenta um resultado altamente eficaz no controle do câncer do colo do útero é o rastreamento em mulheres assintomáticas, por meio do exame Papanicolaou, que se permite obter a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial. Porém, este teste só é efetivo para a redução dos números de casos de morbimortalidade por câncer de colo de útero se uma alta proporção de mulheres aderirem ao exame regularmente (SILVA, 2016). Ou seja, na estratégia de prevenção e promoção de saúde abordando o teste de Papanicolaou, há uma grande discussão sobre a realização do exame, o que realmente é de extrema importância, porém, também é muito significativo o retorno pela busca do resultado, pois sem ele não há rastreamento.

A relação entre homens e mulheres ainda é caracterizada pela desigualdade e opressão. Este padrão foi historicamente construído, pertencendo, portanto, ao âmbito da cultura e dos valores sociais e não à dimensão biológica. A história tem descrito os processos de gênero¹⁰ como se estas posições normativas fossem produtos de consensos e não de um conflito na sociedade. Assim, entende-se que a proposta relacional de gênero de Scott aponta para a rejeição da noção de determinismo biológico, realçando o caráter relacional das definições de feminino-masculino, referirem-se à organização social das relações entre os sexos, ou seja, o “gênero” sublinha o aspecto relacional entre as mulheres e os homens e que nenhuma compreensão de qualquer um dos dois pode existir através de um estudo que os considere totalmente em separado (SCOTT, 1990; 1992). Neste viés há a consonância com os trabalhos de Maria Izilda e Soehiet que propõem um debate mais voltado para pressupostos da história social que tem como eixo a investigação das relações de poder travadas nos sujeitos (MATOS, 1997;

¹⁰ Segundo Scott (1990), o conceito de gênero se alicerça em duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

SOEHIET, 1997). Deste modo, esta autora destaca a importância do trabalho com a categoria de gênero nos estudos referentes aos interesses de jogos de poder relativos ao estado político e demais instituições sociais. Porém, a sua ênfase como do presente trabalho é para necessidade de um estudo voltado para a história do cotidiano e das mulheres, de forma a garantir maior visibilidade aos processos sociais que estão vivendo. Insiste-se, portanto, nos estudos de investigação das relações de gênero e de poder travadas pelos sujeitos sociais.

Neste viés, observa-se a construção de valores que fundamentam a cultura sexista, o masculino representando a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e à dependência. De acordo com a construção sociocultural dos gêneros que prevalecem na tradição ocidental, a reprodução seria um assunto feminino, em decorrência da natureza da mulher e o campo da sexualidade seria essencialmente masculino, em decorrência da natureza do homem (PORTELA, 2005).

No que se refere à construção deste corpo por meio das ciências médicas, isto não foi diferente, no que tange ao corpo feminino, em especial, o útero, estabelece-se a identidade do feminino sendo um dos órgãos mais importante para esta medicina e, por consequência, dele surge a identidade feminina no que se refere às partes de sua própria personalidade consideradas femininas, ou seja, o choro, a fraqueza e a covardia não podem fazer parte do ser jovem masculino. Além disso, o valor da “honra masculina” gera a necessidade de comprovar a sua virilidade por meio de demonstrações de força física, valentia, enfrentamento de perigos e brigas, aumentando os riscos de sofrerem ou praticarem violência. Os homens, ainda hoje, são mais expostos a riscos cotidianos do que as mulheres, por questões de trabalho, lazer, de locomoção, dentre outros, contribuindo para a formação de comportamentos estressantes e agressivos.

Cabe ressaltar aqui, segundo Stuart Hall, que uma identidade cultural enfatiza aspectos relacionados a nossa pertença a culturas étnicas, raciais, linguísticas, religiosas, regionais e/ou nacionais (HALL, 1999). Portanto, para ele, a nação é além de uma entidade política – o Estado –, também um sistema de representação cultural. Noutros termos, a nação é composta de representações e símbolos que fundamentam a constituição de uma dada identidade nacional. Conforme este mesmo autor, as culturas nacionais produzem sentidos com os quais se pode identificar-se e constroem, desta forma, suas identidades. Estes sentidos estão contidos em histórias, memórias e imagens que servem de referências, de nexos para a constituição de uma identidade da nação. Entretanto, segundo Hall (1999), vive-se atualmente numa “crise de identidade” que é

decorrente do amplo processo de mudanças ocorridas nas sociedades modernas. Tais alterações se caracterizam pelo deslocamento das estruturas e processos centrais destas sociedades, abalando os antigos quadros de referência que proporcionavam aos indivíduos uma estabilidade no mundo social. A modernidade propicia a fragmentação da identidade. Conforme ele, as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade não mais fornecem “sólidas localizações” para os indivíduos. O que existe agora é o descentramento, deslocamentos e ausência de referentes fixos ou sólidos para as identidades, inclusive as que se baseiam numa ideia de nação. Mas para os programas de saúde, bem como para o saber médico institucionalizado e a população de baixa renda, mesmo com tal crise da modernidade, estas identidades de gênero (masculino e feminino) fornecem sólidas localizações para indivíduo e sociedade.

Um dos avanços principais em relação à sexualidade e reprodução, trazido pela IV Conferência Internacional sobre a Mulher¹¹, realizada em Pequim, em 1995, foi definir como diretriz a “prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas”. Assim, conforme consta no Marco Referencial¹², em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, é notório, no entanto, que até hoje se avançou mais em termos de discurso e prática no campo dos direitos reprodutivos do que no dos direitos sexuais.

Nesta Conferência em Pequim, os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram definidos como:

[...] Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 1995).

¹¹ Comunicação da Comissão ao Conselho de 1 de Junho de 1995: uma nova parceria entre as mulheres e os homens, partilha das tarefas e igualdade de participação; as prioridades da Comunidade Europeia tendo em vista a 4ª Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as mulheres (Beijing/Pequim, Setembro de 1995) [COM(1995) 221 - Não publicada no Jornal Oficial].

¹² Comunicação da Comissão ao Conselho de 1 de Junho de 1995: uma nova parceria entre as mulheres e os homens, partilha das tarefas e igualdade de participação; as prioridades da Comunidade Europeia tendo em vista a 4ª Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as mulheres (Beijing/Pequim, Setembro de 1995) [COM(1995) 221 - Não publicada no Jornal Oficial].

Então, tais direitos, por definição, não se restringem ao campo da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução.

Assim, a autoimagem da mulher foi construída ao longo dos anos, sendo talvez uma ponte que interliga o corpo, a mente e a saúde. Referenciando alguns autores que abordam a saúde e o corpo da mulher, pode-se observar que a mulher foi levada pela construção do cuidado médico a enxergar seu corpo por fragmentos, considerando a organização cultural e social da experiência, ou seja, elas passaram a dar mais atenção a sua profissão e a sua família, que na teoria independem da sua saúde, permitindo deixá-la para segundo plano. Assim, ela entende que deve cuidar de braços e pernas, que são imprescindíveis para trabalhar e cuidar dos filhos, mas a saúde íntima não se torna uma prioridade.

É possível visualizar isto no trecho abaixo:

[...] eu descuidei assim porque teve que me ligar pra vim buscar mas não é sempre assim é muita coisa na cabeça da gente, ser dona de casa, ser mulher então a gente passa assim, é menino, é marido, é comida, minha menininha tem cinco anos, então é assim muita coisa [...] (Tulipa)¹³

¹³ Entrevista concedida pela Tulipa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

CAPÍTULO IV: INFLUÊNCIA CULTURAL

O conceito de saúde e doença perpassa a trajetória histórica das famílias, transmitindo conhecimentos de geração para geração, com mudanças visíveis ao longo do período. As ações educativas em saúde podem preparar a população com a construção de novos conhecimentos, propiciando uma prática consciente de comportamentos preventivos (SILVA, 2011).

Atualmente, há maior probabilidade de desenvolvimento de doenças características do mundo moderno na população economicamente ativa, entre as quais as crônico-degenerativas, depressão, distúrbio do humor, fobias e outras enfermidades. Isto ocorre porque na prática assistencial, as ações de promoção da saúde favorecem pouco as questões psíquicas e emocionais do ser humano, assim, a assistência na rede básica fica voltada à população idosa, deixando os outros grupos sociais, também vulneráveis, fora do sistema, destacando o grupo constituído por adultos produtivos em suas relações de trabalho, os quais estão expostos a riscos de agravo à saúde, notadamente relacionados a mecanismos estressores de suas vidas (SOUZA, 2007).

É reconhecido em todas as sociedades e pelos estudiosos em todo o mundo que a saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis (BUSS, 2002). Portanto, é necessário questionar se o modelo de medicina hegemônico, denominado modelo biomédico, é capaz de “produzir” indivíduos saudáveis e é centrado na assistência individual e curativa, com ênfase no atendimento hospitalar, médico centrado e medicalizante, no entanto, é pouco resolutivo e não soluciona os problemas de saúde.

Segundo Pelicioni e Pelicioni (2007), “a educação em saúde é parte da saúde pública e, conseqüentemente, da medicina, e, com isso, cada época histórica reflete as tendências dessas áreas e reproduz as suas concepções”. A população que antecede a década de 90 pode ter se acostumado com o atendimento medicalizante citado anteriormente, reproduzindo até hoje este tipo de comportamento e passando de geração em geração, assim, entende-se que a educação em saúde foi um modelo imposto pela medicina e a sociedade, em sua maioria, acredita que exames e procedimentos solicitados pelo médico devem ser feitos porque o médico é sábio e se ele pediu é importante, mas interiormente e culturalmente não é importante.

[...] Não, eu sempre faço, sempre tem médico que pede anual tem médico que pede de dois em dois anos aí depende do médico que a gente consulta. (Lírio)¹⁴

[...] sempre que a médica pede eu faço [...]. (Begônia)¹⁵

[...] as pessoas vão deixando né, deixa, acha que não é importante, as vezes não conhece assim a importância mesmo do exame né, acha que só de vim no médico já vai deixando [...]. (Rosa)¹⁶

É possível visualizar também, a falta de prevenção, levando mais uma vez à interpretação de que o atendimento medicalizante é o mais utilizado pela população, no seguinte trecho: [...] quando cê busca o medico é porque cê tem assim, a preocupação de cuidar da saúde né.” (Rosa)¹⁷

A preocupação com a saúde neste trecho é interpretada como a resolução do problema agudizado, ou seja, a busca pelo auxílio do profissional de saúde é apenas no momento da dor, não há prevenção se a busca for apenas na fase aguda e quando há melhora do quadro, o paciente não retorna.

¹⁴ Entrevista concedida pela Lírio na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

¹⁵ Entrevista concedida pela Begônia na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 12/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

¹⁶ Entrevista concedida pela Rosa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 23/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

¹⁷ Entrevista concedida pela Rosa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 23/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

CAPÍTULO V: CONDICIONAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O NÃO BUSCAR O EXAME

Outra classe distribuída pelo *software* Alceste e nomeada conforme o sentido que revela foi a classe 3, nela são descritos os comportamentos das políticas públicas que influenciam as mulheres a não buscarem o exame. Neste capítulo, será discutida a introdução da atenção primária à saúde que mudou toda a história do processo saúde-doença no âmbito do SUS, como se deu a construção do conceito de cuidados com o próprio corpo, pela população brasileira, levando em consideração a influência que o movimento higienista exerceu e ainda exerce sobre o saber médico, enfatizando qual a relação da UBS Jardim Europa 1, como local da pesquisa, com as políticas públicas atualmente.

5.1. A introdução da atenção primária à saúde na estratégia de melhor prevenção às doenças

Ao longo dos anos, passou-se a empregar várias estratégias governamentais de atenção à saúde. Uma tentativa do governo para facilitar o acesso não só das mulheres, mas da inserção de toda a família no âmbito da saúde pública foi, alguns anos depois, a criação da atenção primária à saúde, que são unidades de saúde dispostas e localizadas nos bairros mais periféricos a fim de descentralizar a atenção à saúde. Estas unidades, em sua maioria, são instaladas em casas alugadas nos bairros para maior acolhimento das famílias que muitas vezes as têm como sua segunda casa e se sentem à vontade para tratar de temas ligados à sua saúde, além disto, é mais fácil frequentar pela proximidade de suas residências e fácil acesso.

As discussões sobre a Atenção Primária à Saúde iniciaram-se após diversos encontros que traçaram a Conferência de Alma-Ata, na antiga URSS, em 1978, os conceitos e relatório desta conferência delinearão a ênfase na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que se realizou em Ottawa, no Canadá, em 1986. A partir desta conferência, foi redigida a Carta de Ottawa, que lançou o movimento denominado Promoção da Saúde, ela conceitua a saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e é de importante dimensão da qualidade de vida. O conceito de promoção da saúde foi seguido pelas conferências de Adelaide (1988), Sundsväl (1991) e Jakarta (1997) e, ainda, a Conferência de Santafé de Bogotá (1992), a primeira realizada na América Latina, refletindo nas lutas por uma

reforma sanitária no Brasil, alcançando a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, no ano de 1986. Suas negociações na Assembleia Constituinte em 1988, resultaram na homologação do Sistema Único de Saúde, que passa a conceituar a saúde como um direito a ser resguardado pelo Estado, guiado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular (FEIJÃO, 2007).

Na 3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na cidade Sundsvall, na Suécia, apresentou-se como tema principal a construção de ambientes favoráveis e promotores de saúde, pois, segundo eles, ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Por isso, a ligação estabelecida entre saúde e qualidade de vida precisa ter ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde e no desenvolvimento de habilidades pessoais (SOUZA, 2007).

5.2. Controle do corpo pelo mundo médico

Nosso corpo tem muito pouco de nós mesmas. Ele é simplesmente um resultado de discurso e de práticas. Ele é, portanto, um feito histórico. (COLLING, 2015) Isto ocorre, para demonstrar os variados discursos e práticas que inventaram o corpo feminino (e corpo masculino, evidentemente, como o modelo perfeito).

Na medicina clássica e ao longo do século XIX, o corpo era visto, metaforicamente, como um sistema de interações dinâmicas com seu meio ambiente. Saúde ou doença resultavam de uma interação cumulativa entre os dons da constituição e as circunstâncias do meio ambiente. Ninguém poderia viver bem sem o alimento, ar ou água, a pessoa precisa viver em um clima específico e sujeitar seu corpo a um estilo de vida específico e ao trabalho. Cada um destes fatores implicava em um ajuste fisiológico necessário e contínuo. O corpo estava sempre em um estado de mutação e, desta forma, sempre em perigo (MARTIN, 2006).

Portanto, desde os primórdios da sociedade, o mundo médico e científico enxerga que o corpo deve permanecer em equilíbrio para o indivíduo permanecer saudável.

A partir daí, foram construídos, ao longo dos anos, técnicas e estratégias para que fosse possível manter uma vida saudável a partir de um organismo equilibrado. Porém, em meados do século XVII, na medicina ocidental, o corpo já era visto como uma máquina. Esta teoria ainda foi utilizada por alguns autores até meados do século

XX. Assim, passou-se a empregar tecnologias no controle da saúde, grande marco da medicina que avançou e avança até os tempos de hoje no processo saúde-doença através de exames cada vez mais técnicos e bem-sucedidos, porém impostos pela sociedade médica e incorporados como lei para os pacientes. Nos primórdios da medicina científica, a metáfora do corpo como máquina e do médico como mecânico talvez tenha sido a metáfora dominante que preocupava médicos e pacientes. (MURTIN, 2006).

A tecnologia e suas necessidades estão sempre mudando, mas as relações de poder e dominação estão presentes sempre que os seres humanos usam máquinas para produzir bens na sociedade. Assim, vê-se que ao compreender o corpo humano como uma máquina é possível afirmar que há um controle do corpo pelo mundo médico, que poderia ser entendido como um mecânico manuseando a máquina de acordo com suas expectativas, levando a acreditar que as mulheres estão condicionadas a realizar o exame de Papanicolau, porém não acham importante, por isso não buscam o resultado.

[...] Porque acha que não tem importância né, minha mãe até pouco tempo ela não dava importância pra esse tipo de exame, tem umas que nem faz, não faz acha que não tem importância, não tem necessidade de ir buscar o exame, as vezes faz porque é uma obrigação né... deve ser por isso. (Cravo)¹⁸

A realização do Papanicolau guarda relação com a percepção feminina acerca do exame, assim, a mesma sofre influência de fatores culturais, sociais, valores, crenças, experiências vividas e ideias pré-concebidas construídas ao longo da vida, impactando na adesão da mulher ao exame (SILVA, 2016). Mais uma vez, é possível observar que a realização de tal exame se trata de um condicionamento da mulher, ou seja, uma ação dependente de obrigação e, após realizado o exame, ela não tem mais a obrigação de retornar à unidade, mesmo quando solicitado.

[...] as vezes a pessoa fica assim, ah eu faço frequentemente eu não tenho nada não precisa ficar fazendo de seis em seis meses, de um ano em um ano, não, não vem pra buscar porque fica meio assim a não vai da nada não eu não tenho nada...entendeu. (Tulipa)¹⁹
Muitas talvez por ter certeza de não ter nada, fez a campanha por fazer. (Girassol)²⁰

¹⁸ Entrevista concedida pela Cravo na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

¹⁹ Entrevista concedida pela Tulipa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁰ Entrevista concedida pela Girassol na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 12/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

[...] uma coisa que vamo se dizer que é da rotina da mulher mesmo vamo dizer que é uma obrigação né, mas fala, mas nem tanto. É porque tipo é uma obrigação com seu próprio corpo né. (Beladona)²¹

Na problematização desta pesquisa sobre o não retorno das mulheres para buscar o resultado do colpocitológico, o pensamento grego veio até nós de forma pungente, com imagens duradoras resistentes a outras leituras. A filosofia e medicina estão ligadas a uma arte de viver, que era simultaneamente médica e ética. (COLLIG, 2015) Em *Timeu*, Platão fornece a argumentação que vai ser utilizadas durante muito tempo sobre a "natureza feminina" e a "prevenção desse órgão"(COLLING, 2015).

Eis porque nos machos os órgãos genitais são naturalmente insubmissos e autoritários, como animais surdos à voz da razão e, dominados por apetites furiosos, querem comandar tudo. Nas mulheres também e pelas mesmas razões, o que se chama a matriz ou útero é o animal que vive nelas com desejo de procriar. (COLLIG, 2015)

Assim, este órgão tem que ser cuidado a todo custo e o Papanicolau vem ao encontro desse cuidado, juntamente com a Educação em saúde que por anos condicionam mulheres a fazerem o exame, mas não buscarem, devido ao modelo biomédico de abordagem do processo saúde-doença: [...] Ah, eu acho que a pessoa pensa que fez né, ai já fez e já tá bom [...] já fiz então já tá bom, já fiz a minha parte. (Maravilha)²²

5.3. Políticas públicas de saúde e suas relações com a unidade

O município de Uberlândia localiza-se na região do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais. Com uma população de mais de 600 mil habitantes, a cidade possui uma estrutura e posição geográfica privilegiadas. Uberlândia está localizada próxima aos grandes centros do país, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia e Brasília. Esta equidistancia destes centros facilita a comunicação, a troca de serviços e, conseqüentemente, o seu crescimento e desenvolvimento. Este município ocupa uma posição de destaque no estado e é considerada a segunda maior cidade do interior do Brasil e a primeira do interior de Minas Gerais (BRASIL, 2007).

Uberlândia destaca-se como o maior centro atacadista do Brasil, estando entre os três maiores da América Latina, apresentando um grande centro moveleiro, um vasto

²¹ Entrevista concedida pela Beladona na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 29/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

²² Entrevista concedida pela Maravilha na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 23/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

comércio com grandes redes de lojas como Americanas, Leroy Merlin, e hipermercados como Walmart, Extra, Carrefour, 3 shoppings, uma Universidade Federal e várias Universidades particulares como UNIUBE, UNITRI, UNIPAC, UNIESSA, ESAMC, entre outras. Tudo isto acarreta em uma migração constante para a cidade. Hoje, ela cresce demograficamente de 5 a 6% ao ano. Muito mais do que outras cidades do interior. Assim, esta migração traz consigo vários problemas sociais como violência e tráfico de drogas, que são cada vez mais agravados.

No que se refere à saúde não poderia ser diferente. Seu Sistema de Saúde é predominantemente público, municipalizado, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde²³, contando com serviços básicos em escala muito superior à maioria de muitos municípios brasileiros. O Sistema Único de Saúde de Uberlândia é composto basicamente por dois grandes prestadores públicos: o Serviço Municipal de Saúde – SMS (Hospital Municipal de Saúde, as Unidade de Atendimento Integral Saúde - UAIs - e os Programas de Saúde da Família - PSF - e o Hospital Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O SMS é representado por uma extensa rede de 08 (oito) Unidades de Saúde, onde é disponibilizado atendimento médico nas clínicas básicas: Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia, localizadas nos seguintes bairros: Brasil, Custódio Pereira, Dona Zulmira, Guarani, Nossa Senhora das Graças, Patrimônio, Santa Rosa e Tocantins. 08 (oito) Unidade de Atendimento Integrado (UAI), que são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. Outra característica importante das UAIs é que elas oferecem consultas especializadas em

²³ LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. o presidente da república, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei: Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria e Urologia. Elas se localizam nos seguintes bairros: Pampulha, Tibery, Planalto, Luizote, Roosevelt, Martins, Morumbi (pronto atendimento) e São Jorge. Mesmo com esta estrutura, há grande dificuldade de acesso a estes serviços pela população, como mostrado no item anterior com índice de desempenho do SUS (IDSUS), que fica em torno de 5,32 abaixo da média nacional, que é de 5,47. Deste modo, em Uberlândia uma consulta com especialistas pode demorar meses e exames como mamografia pode demorar até 2 anos, mostrando que o acesso ainda é realmente o maior desafio para o SUS.

Além disso, o município de Uberlândia conta com 42 equipes, distribuídas em 38 Unidades de Saúde, sendo 2 delas na Zona Rural, onde são oferecidos atendimentos básicos de saúde por Médico Generalista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, totalizando 418 profissionais. A Equipe de Saúde da Família (PSF) tem como principal objetivo oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades, o que resulta em uma melhoria da qualidade de vida dos uberlandenses. Estas Unidades estão instaladas nos seguintes bairros: Aclimação, Alvorada, Aurora, Canaã, Dom Almir, Granada, Ipanema, Jardim das Palmeiras, Joana D'arc, Lagoinha, Laranjeiras, Mansour, Morada Nova, Morumbi, Santa Luzia, São Gabriel, São Jorge, São Lucas, Seringueiras, Shopping Park, Taiaman, Campo Alegre e nos Distritos Tapuirama, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia e Miraporanga. Atendem a 42.707 famílias, totalizando 153.151 pessoas. No ano de 2008, foram realizadas 181.516 consultas médicas e 429.725 visitas domiciliares. Toda essa estrutura é gerenciada pela secretaria municipal de saúde que foi criada na primeira gestão Zaire Resende (1982-1988). Até então, desde 1970, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia foi usado pelo município como porta-voz e lugar de cuidados médicos locais. Até então, o poder público se exime de cumprir suas funções com relação à saúde e só após 1988, com a redemocratização do país, com a implementação do SUS, este assunto entra na pauta política como direto de cidadania. Os conselhos municipais de saúde nascem com Zaire Resende implementando em nível local várias atividades, só mais tarde exigidas por lei como CAPES.

O outro prestador público é constituído pelo complexo da Universidade Federal de Uberlândia e pela Fundação de Assistência ao Ensino e à Pesquisa em Uberlândia –

UFU/FAEPU e o Hospital das Clínicas, que respondem parcialmente por ações de nível secundário²⁴ e, principalmente, pelas ações de nível terciário e quaternário²⁵ de atenção à saúde. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) possui 510 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Tal hospital é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais e o sexto no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), sendo referência em média e alta complexidade para 30 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurado em 26 de agosto de 1970 e iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano, com apenas 27 leitos. Com a Constituição de 1988, o HC/UFU se transformou em um importante elo na rede do SUS, principalmente, para atendimento de urgência e emergência e de alta complexidade, sendo o único hospital público regional com porta de entrada aberta 24 horas para todos os níveis de atenção à saúde.

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) é uma unidade hospitalar que pertence à Universidade Federal de Uberlândia. Foi construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da extinta Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Inaugurado em 26 de agosto de 1970, o hospital iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano com apenas 27 leitos. 38 anos após sua inauguração, o HCU se transformou no único hospital público de referência para média e alta complexidade prestando atendimento para uma população de quase três milhões de pessoas de 86 municípios do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba. Com 510 leitos e 3.385 funcionários, o hospital realiza por dia uma média de 2.659 atendimentos, sendo, conforme supracitado, o maior hospital prestador de serviço pelo Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

Em 12 de fevereiro de 1996, o município de Uberlândia habilitou-se junto ao SUS na modalidade de “Gestão semiplena”, publicado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde. O passo seguinte foi a habilitação em “Gestão plena do Sistema Municipal”, regulamentado pela Portaria nº 3.061, de 24 de junho de 1998. Este foi um marco no processo evolutivo porque passa a ser o setor de saúde não só em Uberlândia, mas

²⁴ Níveis secundários - fazem parte do sistema secundário os ambulatórios especializados.

²⁵ Níveis terciários e quaternários - fazem parte destes sistemas os hospitais municipais e parceiros e hospitais Universitários.

também no país. A partir de 1998, o Município foi dividido em quatro grandes distritos sanitários: Distrito Sanitário Central-Norte, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste, Distrito Sanitário Sul, obedecendo à divisão política- administrativa já existente. Este processo desencadeou uma ação intersetorial, pois os Diretores de Distritos (Autoridade Sanitária) integraram-se com os responsáveis por outros setores sociais. Cada Distrito elegeu o seu conselho de Saúde Distrital cuja formação e atuação seguem as mesmas características e filosofia de trabalho do Conselho Municipal de Saúde²⁶.

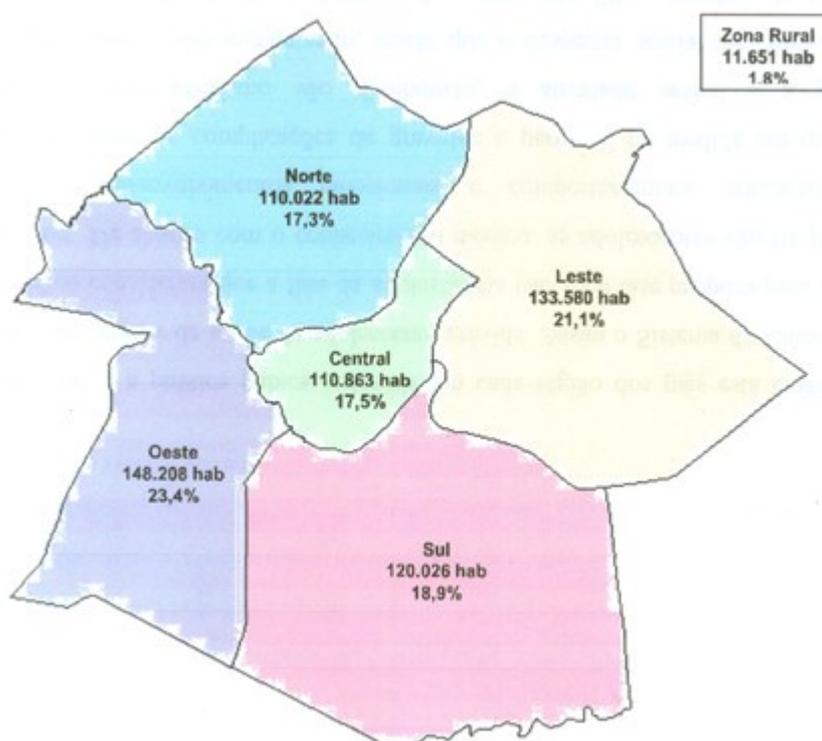
Os distritos foram subdivididos, tendo como referência a área de abrangência de cada uma das suas Unidades Básicas de Saúde, determinando um território de corresponsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço de saúde.

Durante o ano 1999, sedimentou-se ainda mais esta filosofia administrativa. Hoje, as avaliações de dados e condições de saúde da população são descritas de forma distrital, o que significa que se tenta cada vez mais alcançar as particularidades existentes, para assim produzir respostas efetivas aos problemas encontrados. Foram sedimentados no ano 1999, os Conselhos Distritais de Saúde, que são compostos por profissionais da área e pela população e, desta forma, tentou-se de algum modo tornar-se agente ativo nas questões referentes à saúde, conhecendo a estrutura existente e, sobretudo, podendo interferir nas diretrizes tomadas, o que seria ideal, mas nem sempre real.

Desta forma, percebe-se que Uberlândia no que diz respeito à gestão do Sistema Único de Saúde apresenta um suporte estrutural de Unidades de Saúde e hospitais, bem formados no que diz respeito às questões físicas e pessoais, mas como muitas cidades do país, ainda tem muitos problemas em relação à referência e contra referência de uma unidade de saúde para outra, leva muitas vezes a prejuízos tanto para os órgãos públicos como para o próprio beneficiário ou usuário do Sistema Único de Saúde. Isto ocorre, pois, o paciente acaba sendo atendido por várias vezes, em unidades diferentes sem resolução de seu problema. Portanto, com essa falta de informações entre as unidades, a própria secretaria de saúde leva danos aos cofres públicos e também ao usuário que não tem seu problema resolvido.

²⁶ O conselho é espaço dialógico entre a sociedade e o município, sendo a comunidade representada pela sociedade civil organizada e a administração pública através da possibilidade de consulta aos Conselhos de Saúde para decisão acerca das políticas públicas da área de saúde, possibilitando que o referido Conselho tenha papel de destaque decidindo, dentre outros assuntos, acerca da alocação de recursos financeiros constitucionalmente garantidos para a área.

FIGURA 1: População residente nos setores urbanos e zona rural no município de Uberlândia em 2009



Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (2009)

A Secretaria Municipal de Saúde tem como principais atribuições formular e coordenar a política municipal de saúde e supervisionar sua execução nas instituições que integram sua área de competência, em coordenação com o Conselho Municipal de Saúde. Além disso, participa do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS, no seu âmbito de atuação, em articulação com a direção estadual e nacional do Sistema. Dentro da Secretaria Municipal de Saúde há dois programas ligados diretamente à prevenção da gravidez na adolescência: Programa de Saúde da Criança e Adolescente e Programa da Saúde da Mulher. O Programa de Saúde da Criança e do Adolescente está inserido em todas as unidades de saúde da rede municipal e visa “à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à educação em saúde”. As diretrizes do Programa estão voltadas, principalmente, para a melhoria dos Indicadores de Saúde, contando com a participação efetiva da comunidade e dos profissionais da saúde. Ele atua ainda junto aos

adolescentes, contribuindo para reduzir a gravidez nesta faixa etária. Observa-se que, das crianças nascidas em Uberlândia em 2006, 17% foram filhas de mães adolescentes e em 2008 este percentual abaixou para 15%, enquanto que no restante do Brasil está em torno de 25%. Existe uma continuidade na oferta de contraceptivos orais como preconizado pelo Programa de Governo – Saúde do Jovem – Atuar na Prevenção da Gravidez na Adolescência. Segundo o programa relacionado com prevenção do câncer de colo uterino, o Programa da Saúde da Mulher, inclui-se acompanhamento da gravidez, prevenção do câncer de colo de útero e mama, planejamento familiar, acontecendo em todas as unidades de saúde. Foram realizadas em 2008, 111.607 consultas de ginecologia e 31.760 exames de citopatologia. Como recurso de planejamento familiar, foram realizados 1.107 procedimentos de laqueadura e vasectomia e ainda disponibilizados à população feminina contraceptivos orais e dispositivos intrauterinos (DIU). Estes dados demonstram a preocupação da Secretaria Municipal de Saúde com relação à proteção e à prevenção da gravidez na adolescência.

Em Uberlândia, o Programa de Saúde da mulher tem sua base nas diretrizes gerais do Ministério da Saúde que contemplam os seguintes temas: equidade de gêneros, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica. As diretrizes deste programa estão voltadas, principalmente, para os Indicadores de Saúde, contando com a participação efetiva da comunidade e dos profissionais da saúde. Os trabalhos são desenvolvidos baseados na Gestão de Patologias (Protocolos e Linhas Guias), ou seja, para cada problema apresentado e/ou patologia tem-se um protocolo ou procedimentos de como resolver aquele problema.

Segundo o Ministério da Saúde, o desafio a ser vencido para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional é o rastreamento organizado do câncer do colo do útero, para ele, o sistema deve incluir (BRASIL, 2011):

- a) Recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional;
- b) Adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como elaboração de guias clínicas para o manejo dos casos suspeitos;
- c) Recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento;
- d) Garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados;

- e) Educação e comunicação;
- f) Garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

O Ministério da Saúde recomenda que (Brasil, 2011):

- a) O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual;
- b) O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual;
- c) Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos;
- d) Rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio;
- e) Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização prévia à realização da coleta;
- f) Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais;
- g) Para mulheres sem história de atividade sexual não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres;
- h) Mulheres imunossuprimidas, o exame citopatológico deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter segmento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Já na rede municipal, o fluxo estabelecido para dar acompanhamento às citologias cérvico-vaginais alteradas é um pouco diferenciado, levando em consideração as particularidades do município, além disto, preconizando o resultado em até 60 dias, como descrito abaixo (BRASIL, 2013).

1º. Só encaminhar para o Dr. Roberto Galvão - UBS Jaraguá, as citologias com resultados: NIC II e NIC III²⁷, mediante agendamento prévio pelo telefone, no período da manhã, para Colposcopia e CAF, se vir a ser necessário.

²⁷ A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Os graus mais graves da NIC (II e III) apresentam uma maior

Para tal,

- a) Orientar pacientes sobre o procedimento realizado;
- b) Solicitar BHCG, Anti- HIV, Sorologia para Hepatite B e C;
- c) Encaminhar resumo clinico legível;
- d) A paciente não deve estar em período menstrual;
- e) Não é necessário jejum;
- f) A paciente deverá apresentar o exame citológico, com processo inflamatório já tratado;
- g) Levar documento de identidade e cartão do hospital das clínicas - UFU se já o tiver.

2°. A citologias NIC I, sugestivas ou não de HPV, ASCUS, AGUS, agendar para Colposcopia e Biópsias (se for necessário) no Ambulatório de Colposcopia da UFU ou UAI Martins.

3°. Nos casos em que houver concomitância de HPV macroscópio ou em portadores de HIV, as pacientes deverão ser encaminhadas diretamente ao Ambulatório Hebert Souza (DST/ AIDS), mediante contato telefônico.

Atenção:

- a) ASCUS só encaminhar para Colposcopia após tratamento e se persistente na citologia controle.
- b) Mulheres menopausadas com citologia ASCUS persistente ou NIC I devem ser submetidas à estrogenização prévia por 30 dias antes do encaminhamento à colposcopia.

Após realizado o exame, a paciente será reencaminhada com o laudo da colposcopia preenchido com as recomendações indicadas. Nos casos em que for realizado biópsia, a paciente ficará com o retorno marcado na unidade onde realizou o procedimento.

As pacientes com diagnóstico de câncer invasor serão encaminhadas para a UFU, já com biópsia confirmatória.

As pacientes que apresentarem ao exame clínico-ginecológico e complementar alterações sugestivas de neoplasia ginecológica, deverão ser prontamente inseridas na fila de espera através da central de marcação (*Fast Medic*) como pré-operatório ginecológico.

Nestes casos será realizada a priorização do agendamento:

proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas e, devido à sua maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento, são consideradas seus reais precursores. A maioria das NIC I regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride à NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora. (BRASIL, 2011)

- a) Pacientes com tumorações uterinas ou anexiais, suspeitas de malignidade;
- b) Pacientes apresentando espessamento endometrial incompatível com a faixa etária, suspeito e malignidade.

Neste caso, deve-se encaminhar o relatório médico para a priorização de consulta aos cuidados do programa Saúde da Mulher.

Assim, pode-se identificar que em nenhum momento há citação do retorno nas diretrizes do âmbito nacional e municipal acerca da estratégia de controle do câncer de colo uterino, levando-se mais uma vez a repensar a abordagem às mulheres.

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Dentre as ações recomendadas para a atenção à saúde da mulher encontra-se a assistência clínica-ginecológica com controle e prevenção de ginecopatias prevalentes, IST/AIDS e câncer ginecológico, que por sua vez são detectáveis através do exame de Papanicolau (BRASIL, 2011).

De acordo com o Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil, publicação do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (Inca), o número de mortes por câncer do colo do útero no país aumentou 28,6% em 10 anos, passando de 4.091 óbitos, em 2002, para 5.264, em 2012 e trata-se do terceiro tipo de câncer que leva as mulheres a óbito no Brasil, perdendo apenas para o de mama e de brônquios e pulmões. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Como discutido no capítulo anterior, a inserção da mulher no mercado de trabalho, portanto no mundo público, dificultou sua relação com seu corpo e sua saúde, isto porque a escassez de tempo não permite o cuidado de si. São várias atribuições dadas às mulheres que desempenham dupla jornada sendo profissionais e donas de casa, pois saem de casa muito cedo, trabalham o dia todo, em geral em horário comercial, ainda chega em casa exausta e cuidam do lar, dos filhos e do marido. Sendo assim, é difícil agendar uma consulta ou mesmo realizar o exame de Papanicolau, mesmo tendo a consciência de que é necessário, ela prefere renunciá-lo.

Às vezes até há a coleta do exame em suas férias ou quando é possível sair mais cedo no trabalho, mas não retiram o resultado na unidade por vários motivos, entre eles o fato de o empregador não liberar sua saída do trabalho mais cedo ou não aceitar a entrega de atestado. Além disto, o horário de funcionamento das UBSF não atende a população que trabalha fora, uma dificuldade do sistema que acaba sendo falho neste

sentido: [...] eu demorei um pouquinho por causa do trabalho mesmo, sabe, porque quando eu chego é cinco, cinco e meia e já tá fechado[...] (Acácia)²⁸

Algumas mulheres têm o hábito de aguardar a visita do agente comunitário de saúde, pois acontece de o enfermeiro coordenador solicitar por busca ativa a presença do cliente no caso de sinais de alerta no resultado do exame, o trecho a seguir ilustra esta situação,

[...] o importante é o resultado não é nem fazer, mas o que a gente escuta muito as mulher dizendo é assim que quando dá errado eles ligam, então acho que ficam lá esperando vê se vai ligar[...] (Lírio)²⁹
Eu acho que um mês é suficiente ná, porque a gente vai com um mês, ah ainda não tá pronto, aí elas não agenda, porque se pelo menos se agendasse, quando voltasse já tava agendado, mas quando vai já tem um espaço bom. (Anis)³⁰

Não há a prevenção do câncer de colo e outras patologias relacionadas e o objetivo do exame não é alcançado quando a mulher não retorna para buscar o resultado do exame, o que causa um desperdício de tempo e recurso, o impacto final do exame fica prejudicado, é realizado todo um investimento financeiro e profissional por parte do serviço, em cada exame realizado (VASCONCELOS, 2010). A importância da realização do exame de Papanicolau se iguala à importância de buscar o resultado, pois são atitudes que dependem uma da outra. É a partir do resultado que se torna possível o tratamento, que quanto mais precoce, mais passível de cura.

Ações comportamentais podem minimizar os riscos a que as pacientes estão expostas, portanto, é necessário que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, continue atuando junto às orientações de adesão e segmento ao exame preventivo, bem como à divulgação das formas de prevenção deste câncer (GUIMARÃES, 2012).

²⁸ Entrevista concedida pela Acácia na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 29/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁹ Entrevista concedida pela Lírio na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

³⁰ Entrevista concedida pela Anis na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

CAPÍTULO VI: INSERÇÃO DA MULHER NO MUNDO PÚBLICO

Com a Revolução Industrial, verifica-se que a mulher é obrigada a vender sua força de trabalho para as indústrias a fim de garantir a sobrevivência familiar. Isto foi essencial para a consolidação do capitalismo, através da introdução e do desenvolvimento de novas forças produtivas, a demanda por mão-de-obra aumenta cada vez mais sendo que os donos dos meios de produção encontraram nas mulheres e crianças uma forma de baratear a mão-de-obra e, conseqüentemente, aumentar seus lucros. Além disto, o que o homem ganhava já não era mais suficiente para sustentar a família. Em outras palavras, tem-se outras situações, também resultantes das relações sociais e produtivas. O período de guerras também teve importante função na introdução da venda da mão-de-obra feminina, importante para o assalariamento da mulher (CARDOZO, 2010).

[...] tem uns dois, ou três anos que eu não faço esse exame por causa do trabalho, eu assim, eu tenho horário de almoço mas eu fico lá o dia todo eu nem venho aqui sabe, pra almoçar e tudo por causa do tempo mesmo [...]. (Acácia)³¹

[...] eu trabalho com horário muito marcado, então tem dia que não tem como, aí você desmarca aí depois você perde, aí parece que perde o incentivo [...] não é todo dia que eu posso sair nem marcando, como diz, tem hora que você tem um contrato você não pode deixar de cumprir ele. (Girassol)³²

[...] eu sempre venho, mas por exemplo, eu venho nos meus horário que eu posso, igual hoje eu fui liberada [...]” (Begônia)³³

Eu tive que entrar mais cedo, não fiz horário de almoço pra tá aqui, conseguir consulta. (Anis)³⁴

Na década de 50, esperava-se que as mulheres nasceriam para serem donas de casa, esposas, mães. Nesta época, conhecida como os Anos Dourados, as ideias antigas permaneceram, apesar de modificarem os moldes que se adaptaram à sociedade vigente. Assim, todos os esforços foram feitos no sentido de que os conceitos antigos fossem inalterados, mesmo com os adventos de industrialização e crescimento urbano, que gerou um aumento das possibilidades educacionais para homens e mulheres. Mas apesar das modificações, alguns valores permanecem através dos tempos, as distinções entre os

³¹ Entrevista concedida pela Acácia na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 29/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

³² Entrevista concedida pela Girassol na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 12/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

³³ Entrevista concedida pela Anis na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 12/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

³⁴ Entrevista concedida pela Rosa na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 25/04/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

papéis femininos e masculinos, continuaram nítidas; a moral sexual diferenciada permanecia forte e o trabalho da mulher, ainda que cada vez mais comum, era cercado de preconceitos e visto como subsidiário ao trabalho do homem, o “chefe da casa” (MOURA, 2016). As mulheres operárias, nesta época, eram pertencentes à classe social baixa, por isso precisavam de salário no mercado de trabalho para complementar a renda do marido, já as mulheres da classe média, famosas burguesas tinham como característica principal a feminilidade, pois desenvolviam apenas as funções de esposa que eram exclusivamente afazeres domésticos.

[...] hoje em dia as mulheres ter muitos filho né, aí elas fica até desanimada de sair, não têm ninguém pra olhar, eu acho que tem isso também, igual minha mãe ela não tem filho pequenininho, mas ela cuida dos três netinhos dela, tem tudo um aninho, dois aninho, então tem isso também e as mulheres valorizam muito mais o trabalho hoje em dia do que até a própria saúde né. (Begônia)³⁵

Segundo Bruschini (2015, p. 483) estudos sobre o trabalho feminino mostraram que o contingente de mulheres que tem ingressado no mercado de trabalho brasileiro é formado, sobretudo, por representantes das camadas médias e escolarizadas da população.

Na década de 70, veio sendo forjado um novo padrão de comportamento feminino, explicado por uma combinação de fatores culturais, demográficos e econômicos. Do ponto de vista da demanda do mercado, a expansão da economia, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização configuraram, nos anos setenta, um momento de grande crescimento econômico, favorável à incorporação de novos trabalhadores, inclusive aos do sexo feminino. Já nos anos oitenta, marcados pela recessão e desemprego, a concentração dos trabalhadores em guetos ocupacionais que se expandiram apesar das crises econômicas poderia explicar a persistência da atividade feminina. As análises sobre o comportamento do mercado de trabalho brasileiro neste período revelaram a ocorrência de um intenso processo de terceirização da economia brasileira, o que provocou a expansão de atividades econômicas nas quais as mulheres sempre encontraram maior espaço de inserção, o que evitou que elas fossem expulsas do mercado de trabalho devido à crise (BRUSCHINI, 2015). Em razão do avanço e crescimento da industrialização no Brasil, ocorreram a transformação da estrutura produtiva, o contínuo processo de urbanização e a redução das taxas de fecundidade nas

³⁵ Entrevista concedida pela Begônia na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 12/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

famílias, proporcionando a inclusão das mulheres no mercado de trabalho (CAMARGO, 2013).

Após a revolução industrial, a mulher passou a ser vista como um “quebragalho” nas indústrias, já que desempenhavam o mesmo trabalho dos homens por um salário inferior, o que interfere até hoje no mercado de trabalho, porém a capacitação tem mudado esta situação. Estudos comprovam que, independente do gênero, a pessoa com maior nível de escolaridade tem mais chances e oportunidades de inclusão no mercado de trabalho, revelando também que mesmo de forma tímida, a mulher tem tido uma inserção maior no mercado de trabalho. Outro levantamento constata também uma significativa melhora entre as diferenças salariais quando comparadas ao sexo masculino (CAMARGO, 2013).

As transformações existentes na família nos dias de hoje, mostram a diversidade em diferentes aspectos, tais como: formação, número de membros, organização, renda, o que confirma a plasticidade e pluralidade na organização dos grupos domésticos. A mulher tem sido responsável pela quebra de paradigmas sobre a inserção feminina no mundo do trabalho e de seus reflexos na sociedade. O grupo de mulheres chefe de família vem aumentando a cada ano. Segundo o IBGE (2010), quando os cônjuges vivem juntos com os filhos, as mulheres são consideradas responsáveis em 22,7% das residências e, quando apenas um dos pais vive com os dependentes, as mulheres passam a responder por 87,4% dos lares. Atualmente, na situação econômica da mulher, existe cada vez mais o arranjo familiar conhecido como família monoparental feminina, na qual o “grupo familiar” é composto pela mulher mãe e seus filhos menores de 25 anos e solteiros, sendo a mulher a única responsável pela sustentabilidade econômica da família (MOURA, 2016).

Com o capitalismo, a mulher assume uma interminável jornada de trabalho, que se inicia fora de casa e tem continuidade dentro dela, foi transferido à mulher, o cargo de trabalhadora assalariada, sem tirar dela a responsabilidade de cuidar da casa e de educar os filhos (CARDOZO, 2010). Esta situação reafirma a ideia de que a falta de tempo a impossibilita de cuidar de si e da sua saúde.

[...] a maioria das pessoas trabalham de segunda a sexta, isso quando não trabalha sábado né, aí fim de semana que tem, quando tem fim de semana, é pra cuidar de casa, cuidar do que tiver que cuidar, aí não tem tempo pra saúde, infelizmente a gente cuida de tudo lá fora e esquece da gente [...].(Hortência)³⁶

³⁶ Entrevista concedida pela Hortência na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 17/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

[...] em geral, eu creio que é a falta de tempo, porque hoje todo mundo trabalha, todo mundo tem uma família, é, basicamente é o tempo mesmo [...] acho que é a questão do tempo mesmo, todo mundo hoje é muito corrido, a hora que você vê já passou um mês, já passou dois, já passou três, então se você não ficar muito atento acaba que passa e você nem vê a hora que você já passou um ano e você nem pegou, tá na hora de fazer outro. (Jasmin)³⁷

³⁷ Entrevista concedida pela Jasmin na Unidade de UBSF do Jardim Europa. Entrevista concedida no dia 24/05/2016 na unidade em Uberlândia - Minas Gerais.

CONCLUSÃO

A análise da percepção das mulheres usuárias do sistema único de saúde revelou que, no cenário atual, a saúde não é uma prioridade, a inserção no mercado de trabalho limita a realizar o exame, mas a busca se torna difícil pela dificuldade de se ausentar por duas vezes do trabalho.

A prática do atendimento medicalizante imposto pelas autoridades no final do século XIX pelo movimento higienista pode ter condicionado a mulher a realizar o exame, porém não instiga ao retorno, um comportamento que é reproduzido até os dias de hoje. Portanto, nota-se a necessidade da inclusão, nos protocolos de rastreamento do câncer de colo uterino, bem como a importância da busca pelo resultado e não apenas a realização do mesmo.

Deve haver, por parte do serviço, uma abordagem mais humanizada das usuárias do Sistema Único de Saúde, tornando-se necessário, o treinamento com a equipe de saúde para que elas tenham um acolhimento diferenciado e queiram retornar. Além disto, a consulta de retorno deve ser agendada logo após o atendimento para que seus deveres e direitos sejam preservados e que haja o recrutamento daquelas com algum sinal de malignidade, já que, quando o câncer é descoberto no início, é mais passível de cura.

Percebe-se a necessidade de continuidade dessa pesquisa no intuito de aprofundar a compreensão dessa temática, pois há uma escassez de material abrangendo a temática do não comparecimento à consulta de retorno.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M.C.B, et al. Importância do citopatológico para prevenção do câncer do colo de útero. **REBES- Revista brasileira de educação e saúde**, Pombal, PB v. 5. n. 3. p. 31-35, jul-set 2015.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame papanicolau: um estudo de base populacional no Município de Campinas, **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n.11, p.2329-2338 - nov 2006.
- ARDOZO, M. M.; PERETTI, R. M. P. O desenvolvimento da família e a nova condição da mulher na sociedade capitalista. **Anais do IV Simpósio Lutas Sociais na América Latina**, Londrina, v.5 n. 1, p. 28-35 - set 2010.
- BRASIL. **IBGE** – Estimativa populacional 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>. Acesso em: 06 jun. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes**. Brasília – DF. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro. 2011.
- BRASIL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PROGRAMA SAÚDE DA MULHER. **Fluxo de acompanhamento às citologias cérvico-vaginais alteradas**. Uberlândia. 2013.
- BRASIL. **Unidades Básicas de Saúde da família**. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretariapagina/65/2450/unidades_basicas_de_saude_da_familia.html. Acesso em: 24 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Mais sobre saúde da mulher**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>. Acesso em: 19 jun. 2017.
- BRUSCHINI, C. LOMBARDI, M.R. **O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa**. ABEP-Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/view/722/700>. Acesso: 12 abr. 2017.
- BUSS, P. Promoção da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14. n. 6. p. 2305-2316. dez. 2002.
- CAMARGO, O. A mulher e o mercado de trabalho. **Diário SINDEP-MA**, Maranhão, n. 24, 2013.
- CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
<https://doi.org/10.7476/9788575413531>

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: Revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v. 8. n. 2. p. 41-49, mai/ago - 2007.

FERNANDES, J. V.; LACERDA, S. H.; COSTA, Y. G. A. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 5. n. 43. p. 851-8, 2009.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000055>

FONSECA, L. A. M.; RAMACCIOTTI, A. S., ELUF NETO, J. Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 136-142, jan-fev, 2004.

FREITAS, H.; MUNIZ-JANISSEK, R. Análise quali ou quantitativa de dados textuais. **Revista Quanti&Quali** Disponível em: <http://terezav.files.wordpress.com/2009/11/analisequaliouquantitativadedadostextuais.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

GÓIS JUNIOR, E; LOVISOLO; H. R. Descontinuidades e continuidades do movimento higenista no Brasil do século XX. **Revista Ciência Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.

GUIMARÃES, J.A.F. et al., Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: Uma revisão integrativa. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Ceará. v. 13, n. 1, p. 220-30, 2012.

HALL, S. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

HOSCHMAN, G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.

LENHARO, A. **Sacralização da política**. 2. ed. Campinas: UNICAMP; São Paulo: Papyrus, 1986.

MACHADO, R. **Danação da norma**: A medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: edição Graal, 1978.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: Uma análise cultura da reprodução. Tradução de Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATOS, M. I. S. **Gênero em debate**: trajetória e perspectiva na historiografia contemporânea. São Paulo: Educ, 1997.

MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUINO, J. C.; NÓBREGA, S. M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: USPB, 2005.

MOURA, R. G.; LOPES, P. L.; SILVEIRA, R. C. Gênero e família: a mulher brasileira chefe de família. Que mulher é esta?. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 1 n. 32. p. 55-66, dez 2016.

MOURA, R. G. de; LOPES, Paloma de Labor; SILVEIRA, Regina Coeli da. Gênero e família: a mulher brasileira. **Cadernos UniFOA**. Volta redonda – RJ. 2017. C

- NELSON, W, et al. Adherence to Cervical Cancer Screening Guidelines for U.S. Women Aged 25–64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). **Journal of women's health**, California, v. 18, n.11. p. 1759-1768. nov-2009.
- PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3. p. 320-328 - jul/set. 2007.
- PORTELA, V.; PORTELA, A. A. V. **Gravidez na Adolescência**. Brasília – Brasil: Ministério da Saúde, 2005. No prelo.
- RAGO, L. M. **Do Cabaré ao Lar**: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- RAMOS, F. R. S. et. al. **O conceito de adolescência e qualidade de vida**. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revista/cap1.2.html>. Acesso em: 6 jan. 2009.
- REINERT, M. Alceste. Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G de Nerval. **Bulletin de méthologie sociologique**, France, v. 28, n. 1, p. 24-54, mar- 1990.
- RIBEIRO, L, et al. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 32, p. 1 - 13 - jun2016.
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5 - 22 jul./dez. 1990.
- SCOTT, J. História das mulheres. In: BURKE, Peter (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo, Unesp, pp.64-65. 1992.
- SILVA, A. R. S. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v.12. n. 1, p. 952 – 9. jul/jan 2011.
- SILVA, C. M. Percepção de mulheres sobre o teste de Papanicolau. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. v. 30. n. 2, p. 1- 9, abr/ jun. 2016.
- SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B. CHAVES, L. D. P. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 2, n. 48. p. 240-248. 2014.
- SILVA, M. A. S. et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Rio de janeiro, v. 16. n.4, p. 2329-2338, Jan 2015.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- SOHIET, R. História das mulheres. Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (orgs.): **História das mulheres**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SOUZA, A. R. et al. Estresse e ações de educação em saúde: contexto da promoção da saúde mental no trabalho. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza. v. 8. n. 2. p. 26-34, mai/ago 2007.

VASCONCELOS, C.T.M. et al. Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde, **Rev. Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 2, p. 324 - 330. fev/nov. 2010.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200012>

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

ANEXO A

I. Caracterização do sujeito:

Idade: _____; Estado civil: _____; Bairro: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

II. Questões-chave:

- 1) Você sabe qual é a finalidade do exame de Papanicolau?
- 2) Por que as mulheres não vêm na consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolau?
- 3) O que poderia ser feito para melhorar a adesão das mulheres ao exame de Papanicolau?
- 4) O que poderia ser feito para melhorar a adesão das mulheres na consulta de retorno?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Percepção da mulher após o exame de Papanicolau”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Carla Denari Giuliani, Prof. Dra. Efigênia Ap^a Maciel de Freitas e Enf^a Mariana Ferreira Oliveira.

Nesta pesquisa, estamos buscando analisar as principais causas de não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolau, identificar a finalidade do exame de Papanicolau, os motivos pelos quais as mulheres não comparecem na consulta de retorno para receberem o resultado do exame, o que poderia ser feito para melhorar a adesão das mulheres ao exame e o que poderia ser feito para melhorar a adesão das mulheres na consulta de retorno.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Prof. Dra. Efigênia Ap^a Maciel de Freitas, na Unidade Básica de Saúde da Família, antes de um debate pautado nas principais causas de não retorno das mulheres para receber o resultado do exame de Papanicolau. Na sua participação você será submetida às perguntas-chave que visam investigar suas opiniões sobre a temática envolvida.

Os resultados da pesquisa serão publicados e sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

A presente pesquisa acarreta o risco de possível desconforto e/ou constrangimento em abordar temas relacionados à intimidade da mulher. Comprometemos-nos em deixá-las o mais à vontade possível, manter sigilo absoluto dos dados a respeito dos entrevistados e a liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa. Os benefícios serão produção de maior compreensão acerca dos fatores relacionados ao não retorno das mulheres pela busca do exame de Papanicolau. Pretendemos apresentar os resultados para a Secretaria de Saúde e os dados encontrados poderão favorecer reflexão acerca da implementação de políticas públicas e/ou programas de prevenção ao câncer de colo uterino assim como outras patologias detectadas pelo exame.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

- Pesquisadores Prof. Dra. Carla Denari Giuliani, Prof. Dra. Efigênia Ap^a Maciel de Freitas e Mariana Ferreira Oliveira Av. Pará, 1720- Bloco 2U- sala 16, Bairro Umarama, CEP: 38400-902, Telefones: (34) 3218-2132 / -2331, 3227-4551.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, _____ de _____ de 2016.

Prof. Dra. Carla Denari Giuliani

Prof. Dra. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

Pesquisadora: Mariana Ferreira Oliveira

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa