

Maria Eponina de Abreu e Torres

**Perfis e percepções acerca da consulta
ginecológica em Belo Horizonte no
início do século XXI**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2007

Maria Eponina de Abreu e Torres

**Perfis e percepções acerca da consulta
ginecológica em Belo Horizonte no
início do século XXI**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de mestre em Demografia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paula Miranda-Ribeiro

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Jorge Machado

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2007

Folha de Aprovação

*Aos meus pais, Tulinho e Valéria, meus
maiores exemplos, sempre.*

AGRADECIMENTOS

O caminho até aqui foi longo, mas a contribuição de muitos o deixou muito mais fácil de ser percorrido.

Não poderia começar agradecendo a outra pessoa que não à Paula, minha orientadora. Você foi fundamental em todo o processo, desde a minha entrada no Cedeplar até a finalização deste trabalho. Agradeço por toda a ajuda ao longo destes dois anos e principalmente nesta reta final. Agradeço também por todas as palavras de incentivo e por todo o carinho dedicado. Saiba que valorizo cada minuto que você gastou comigo. Não tenho como retribuir tudo o que você fez por mim!

À minha co-orientadora, Carla, agradeço por todas as críticas, por todo apoio e por toda atenção dada. Este trabalho não seria o mesmo sem a sua participação.

À Carminha e Ignez, agradeço por terem aceitado fazer parte da minha banca de defesa, mesmo com um prazo tão curto. Muito obrigada!

Aos demais professores do Cedeplar, agradeço por todo o conhecimento transmitido dentro e fora da sala de aula. Tenho muito orgulho de ter feito meu mestrado numa instituição de tamanha excelência.

Aos funcionários do Cedeplar também tenho muito o que agradecer. O caminho que percorri com certeza foi menos tortuoso com a contribuição diária de vocês. Agradeço em especial à Maria Célia, pela revisão da bibliografia deste trabalho.

À Fapemig, agradeço pelo apoio financeiro.

À colega e amiga Andréa tenho muito o que agradecer. Por cada palavra de incentivo, por cada um dos conselhos, por todas as vezes que me animou quando eu estava desanimada e por todos os ensinamentos. Espero que você saiba o quão importante tem sido na minha vida. À também colega e amiga Marisa agradeço por ter dividido comigo não apenas esta caminhada, mas todas as

aflições, dúvidas e alegrias que fizeram parte dele. Andréa e Marisa, terei vocês no meu coração para sempre!

Agradeço também aos meus colegas da coorte 2005 que deixaram esta caminhada, desde o início do mestrado, bem mais fácil. Agradeço por toda a ajuda ao longo destes anos. Por todas as dúvidas, aflições e alegrias divididas. E também por todas as farras, é claro.

A minha querida amiga Elisenda merece um agradecimento especial. Esta caminhada teria sido muito mais difícil sem você. Obrigada por todo o apoio e carinho. Espero ser sua amiga para sempre e sei que não haverá oceano capaz de impedir isso.

Às amigas Bruna, Nadja e Jana agradeço por terem tornado este caminho menos tenso, mais alegre e festivo. Era fácil descansar quando estava ao lado de vocês.

Ao Thiago, meu pequeno, faltam palavras para agradecer toda a paciência e companheirismo. Obrigada por ter acreditado em mim quando nem eu mesma acreditei. Obrigada por me carregar quando já me faltavam forças. Obrigada por simplesmente fazer parte da minha vida.

Ao meu irmão, João, agradeço por dividir comigo não apenas este caminho, mas toda a minha vida.

Aos meus pais, Tulinho e Valéria não sei por onde começar. Agradeço por serem meus pais. Agradeço por serem as pessoas maravilhosas que são. Agradeço por serem o exemplo que são. Esta dissertação não teria chegado ao fim se não fosse por vocês. Obrigada por terem me ajudado a percorrer este caminho, dia-a-dia.

Por fim, agradeço a cada uma das mulheres que participaram deste trabalho. Esta dissertação não teria existido se não fosse por cada uma delas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 - Variáveis relacionadas às consultas ginecológicas. Belo Horizonte, 2002.....	21
TABELA 2 - Mulheres de 18 a 59 anos, com e sem acesso à consulta ginecológica nos últimos 12 meses. Distribuições percentuais segundo características socioeconômicas selecionadas. Belo Horizonte, 2002.....	32
TABELA 3 - Freqüências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de idade. Belo Horizonte, 2002.....	39
TABELA 4 - Prevalência dos perfis na população estudada. Belo Horizonte, 2002.....	48
TABELA 5 - Características de maiores probabilidade de ocorrência nos perfis extremos delineados pelo método GoM, utilizadas na seleção das entrevistas. Belo Horizonte, 2002.....	49
TABELA 1A - Características das entrevistadas. Belo Horizonte, 2002.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SRSR – Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor

Cedeplar – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

GoM – Grade of Membership

TFT – Taxa de Fecundidade Total

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

BH – Belo Horizonte

IOM – Institute of Medicine of United States

SUS – Serviço Único de Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

Aids – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

MSM – Mulheres que fazem sexo com mulheres

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DIU – Dispositivo intra-uterino

Prosare – Programa de Saúde Reprodutiva

MG – Minas Gerais

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HPV – Human Papilloma Virus (Papilomavírus humano)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E À CONSULTA GINECOLÓGICA NO BRASIL.....	6
2.1 O contexto demográfico e a saúde.....	6
2.2 O acesso aos serviços de saúde: noções teóricas e determinantes.....	10
3 DADOS E METODOLOGIA	19
3.1 Etapa quantitativa.....	19
3.1.1 Fonte de Dados.....	19
3.1.2 Variáveis utilizadas.....	20
3.1.3 Metodologia.....	25
3.2 Etapa qualitativa.....	27
3.2.1 Pesquisa qualitativa e entrevista em profundidade.....	27
3.2.2 Fonte de Dados.....	30
4 PERFIS DE ACESSO À CONSULTA GINECOLÓGICA EM BELO HORIZONTE.....	32
4.1 A população estudada.....	32
4.2 Perfis de acesso à consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa.....	39
4.2.1 Perfil I.....	40
4.2.2 Perfil II.....	41
4.2.3 Perfil III.....	43
4.2.4 Perfil IV.....	43
4.2.5. Algumas considerações.....	45
4.3 Prevalência dos perfis.....	47
5 PERCEPÇÕES ACERCA DA CONSULTA GINECOLÓGICA.....	49
5.1 A primeira consulta ginecológica.....	50
5.2 Depois da primeira consulta ginecológica.....	58

5.2.1O ginecologista.....	68
5.2.2 Acesso à consulta ginecológica.....	75
5.2.3 A consulta ideal.....	78
5.3 Algumas considerações.....	81
6 Considerações Finais.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	94

RESUMO

Esta dissertação tem como foco a consulta ginecológica. Pretende-se investigar o acesso a estas consultas entre mulheres residentes em Belo Horizonte, com idade entre 18 e 59 anos, e suas percepções sobre este acesso. Este trabalho foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa, foi feita uma análise quantitativa através do método Grade of Membership (GoM), buscando delinear perfis de mulheres de 18 a 59 anos, que realizaram e não realizaram a consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Na segunda etapa, foi feita uma análise qualitativa, a partir de 33 entrevistas semi-estruturadas, buscando captar a percepção que mulheres com características similares aos perfis delineados na primeira etapa têm sobre a consulta ginecológica.

Os dados quantitativos são oriundos da pesquisa SRSR (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor), realizada pelo Cedeplar em 2002. Foram entrevistadas 1302 mulheres de 15 a 59 anos em Belo Horizonte, sendo esta uma amostra representativa do município. Já os dados qualitativos são provenientes da pesquisa “Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG”. Também realizada pelo Cedeplar, a pesquisa aconteceu entre 2005 e 2006. Foram entrevistadas 60 mulheres de 18 a 59 anos acerca de sua saúde reprodutiva.

Os resultados quantitativos sugerem que ter realizado uma consulta ginecológica está muito relacionado às características socioeconômicas e demográficas das entrevistadas. Nota-se, também, que as mulheres com maior probabilidade de terem ido ao ginecologista nos últimos 12 meses são aquelas que tiveram um acompanhamento ginecológico regular e que costumavam ir ao ginecologista através de consultas particulares ou planos de saúde. Aquelas cujo acesso à consulta ginecológica se dá via SUS estão em clara desvantagem. Os resultados qualitativos reafirmam o desconforto das mulheres diante da consulta, sendo que este é maior entre as mulheres de menor escolaridade. Notou-se também que primeira consulta ginecológica ocorreu em momentos muito diferentes para as mulheres de alta e baixa escolaridade – entre as de alta escolaridade, a primeira consulta ginecológica está geralmente relacionada ao início da vida sexual e ao uso de contracepção; já entre as de menor escolaridade, o motivo para a primeira consulta ginecológica costuma estar ligado à gravidez. No entanto, independente da escolaridade, da idade e da frequência com que as entrevistadas buscam esta consulta, ficou clara a grande importância que é atribuída à consulta ginecológica.

São duas as contribuições deste trabalho. A primeira se refere aos perfis de acesso às consultas ginecológicas em BH, que possibilitará um melhor entendimento de quem são as mulheres que estão e não estão tendo acesso a cuidados de saúde reprodutiva. A segunda é no sentido de entender melhor o que as mulheres pensam a respeito desta consulta, como elas se sentem quando estão no consultório e o que elas buscam quando vão até um ginecologista. Entendendo melhor o que perpassa essa consulta, é possível contribuir para a melhoria deste acesso para todas as mulheres.

Palavras-chave: mulher, saúde reprodutiva, consulta ginecológica, acesso a serviços de saúde, Belo Horizonte.

ABSTRACT

This thesis focuses on the gynecological consultation. It aims at investigating the access to the gynecologist of 18 to 59 year-old women living in Belo Horizonte, as well as their perceptions about the visit as a whole. It has been developed in two stages. The first one is a quantitative analysis using Grade of Membership (GoM), in order to define profiles of women who have been to a gynecological visit in the 12 months prior to the research, compared to those who have not. The second stage is a qualitative analysis of 33 semi-structured interviews with women whose characteristics are similar to the profiles defined in the first stage, in order to capture their perceptions regarding the visit.

Quantitative data come from the project *SRSR - Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor* (Reproductive Health, Sexuality, and Race/Color), carried out by Cedeplar in 2002. Interviews were made with 1302 15 to 59 year-old women in Belo Horizonte, which are representative of the female population of Belo Horizonte for this age bracket. Qualitative data come from the project “*Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG*”. (Quantitative and qualitative aspects of access to contraception, diagnosis, and treatment of uterine cancer: a proposal of analysis to the municipality of Belo Horizonte, MG), carried out in 2005 and 2006 by Cedeplar. Sixty women between 18 and 59 years of age were interviewed and talked about their reproductive health.

The quantitative results suggest that having gynecological visit in the previous year is strongly correlated to the socioeconomic and demographic characteristics of the women. Women who visit the gynecologist regularly and either pay for the visit or use some kind of health insurance are the ones with higher probabilities of going to the gynecologist in the last 12 months. Those whose access are through the public system are clearly disadvantaged. The qualitative results indicate that women feel uncomfortable during the visit – the less educated women report feeling more embarrassed than the more educated. There are also strong differences between the more and the less educated women regarding the first gynecological visit. For those with more schooling, the first visit happens earlier in life and is generally related to sexual debut and contraceptive use. Among the less educated, the first visit is commonly related to pregnancy. Regardless educational level, age, or frequency of visits, it is clear that going to the gynecologist has great importance for the women interviewed.

The contributions of this thesis are twofold. The first one is related to the profiles, which allow a better understanding of access to gynecological visits in Belo Horizonte. The second contribution is the understanding of what women think about the gynecological visit, how they feel at the doctor's office, and what they are looking for when they go to the gynecologist. Understanding the gynecological consultation more deeply can certainly contribute to improve access for all women.

Keywords: woman, reproductive health, gynecological consultation, access to health services, Belo Horizonte.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país marcado por fortes desigualdades sociais. Uma das muitas facetas dessa desigualdade está relacionada ao acesso aos serviços de saúde. A própria organização dos serviços de saúde, do tipo misto, já reflete essa desigualdade. De um lado, há um sistema público com orientação universal, integral e equânime, o Serviço Único de Saúde (SUS); de outro, um sistema privado, constituído pela oferta de seguros de saúde e pela assistência contra pagamento direto (Ribeiro et al, 2006). Mesmo após cerca de uma década de implantação do SUS, ainda é grande a população com dificuldade de acesso à assistência médica, sobretudo quando se trata da população mais carente (Senna, 2002).

A consulta médica, de uma maneira geral, tem grande importância na vida dos pacientes (Fonseca Sobrinho e Pinto, 2004). No caso das mulheres, a consulta ginecológica é fundamental para a prevenção do câncer, sendo também indispensável em programas de planejamento familiar, pré-natal, atendimento a patologias obstétricas e controle de doenças sexualmente transmissíveis (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano, 2004; Carvalho e Furegato, 2001). De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência clínico-ginecológica deve compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologias, tais como as ISTs e o câncer de colo do útero e de mama, bem como a orientação sobre planejamento reprodutivo (Brasil, 2002).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte através do programa de atenção integral à saúde da mulher, recomenda que todas as mulheres passem por uma consulta ginecológica anual (Belo Horizonte, 1997). No entanto, o acesso ao ginecologista está muito aquém do desejado e longe de ser universal. Dados da pesquisa SRSR (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça), realizada em 2002, indicam que, no município de Belo Horizonte, cerca de uma em cada quatro mulheres não realizaram consultas ginecológicas nos 12 meses anteriores à

pesquisa. Assim, dada a importância da consulta ginecológica para a saúde da mulher, estudar as mulheres que têm ou não acesso a consultas ginecológicas ajuda a repensar e reformular políticas públicas, de forma que elas se voltem para o público que não está tendo acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Este trabalho tem como objetivo investigar as consultas ginecológicas em Belo Horizonte, no início deste século, para as mulheres entre 18 e 59 anos de idade. São dois os objetivos específicos. O primeiro é delinear perfis de mulheres de 18 a 59 anos que realizaram ou não uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa, ou seja, tentar delimitar as características das mulheres com e sem acesso a este procedimento. O segundo é indicar a percepção de mulheres com algumas características destes perfis acerca da consulta ginecológica, ou seja, tentar entender melhor o que elas pensam e sentem em relação a esta consulta.

O caminho metodológico a ser percorrido envolve a triangulação de métodos, através da combinação de uma abordagem quantitativa com qualitativa. Os dados quantitativos são oriundos da pesquisa SRSR (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor), realizada pelo Cedeplar em 2002. Em Belo Horizonte, foram entrevistadas 1302 mulheres de 15 a 59 anos em Belo Horizonte, sendo esta uma amostra representativa do município. O questionário da pesquisa incluía, além de questões sócio-demográficas, temas como fecundidade, casamento e atividade sexual, abordando questões como acesso a plano de saúde, atendimento médico, gravidez, contracepção, ISTs, casamento e atividade sexual.

Já os dados qualitativos são provenientes da pesquisa “Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG”. Também realizada pelo Cedeplar, a pesquisa aconteceu nos anos de 2005 e 2006. Foram entrevistadas 60 mulheres de 18 a 59 anos acerca de sua saúde reprodutiva. Apesar dos dados qualitativos não poderem ser generalizados para o município, eles esclarecem aspectos mais profundos sobre as percepções das mulheres e permitem levantar hipóteses para investigações futuras.

Contextualizando brevemente a população estudada, vale ressaltar que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Belo Horizonte para 2000 foi de 0,811, um pouco abaixo da média das capitais brasileiras para este mesmo ano, que foi 0,823. No entanto, quando comparamos o IDH de Belo Horizonte com o IDH médio do estado de Minas Gerais que é 0,719, percebemos que a cidade se encontra em posição favorável (PNUD, 2000 e Nakad Junior e Agostine, 2004). De acordo com dados do Censo Demográfico, Belo Horizonte tinha, em 2000, uma população de 2.238.526 habitantes, sendo que cerca de 47% desta população é composta por homens e 53% por mulheres. No tocante ao saneamento básico, cerca de 89,8% da população residente em Belo Horizonte apresentava coleta de esgoto e 99,6% era abastecida com água tratada¹. A mortalidade infantil em BH, em 2000, era de 27,3‰ e a esperança de vida ao nascer, 70,5 anos (PNUD, 2000). Quando comparados alguns destes dados com o Brasil, percebe-se que no que diz respeito à esperança de vida ao nascer não há diferenças, já que esta também era, para o país, 70,5 anos. Já a mortalidade infantil do Brasil se apresentou um pouco superior a de Belo Horizonte, sendo 30,1‰ em 2000 (IBGE, 2004). Desta forma, observa-se que a escolha de Belo Horizonte é apropriada, podendo ser o município considerado em consonância, no que se refere aos aspectos socioeconômicos, com o restante do Brasil. É, portanto, válido inferir que resultados encontrados neste trabalho podem servir, ao menos, como ponto de partida para se entender a realidade brasileira quanto à consulta ginecológica.

Para que os objetivos do estudo sejam alcançados, será feita, em primeiro lugar, uma análise descritiva dos dados quantitativos. A seguir, serão delineados os perfis das mulheres em estudo. O método utilizado será o Grade of Membership - GoM. Na etapa qualitativa, será feita uma análise de conteúdo das falas das entrevistadas. Alguns trechos das entrevistas serão usados para indicar o que as

¹ Dados obtidos no site da Prefeitura de Belo Horizonte: www.pbh.gov.br. Acesso em 13 de abril de 2007.

opiniões das mulheres a respeito da consulta ginecológica, complementando, assim, a análise quantitativa.

Este trabalho está organizado em 6 capítulos. O primeiro é esta introdução. O capítulo 2 apresenta um breve panorama sobre o contexto demográfico e a saúde e uma discussão acerca das diferentes definições de acesso aos serviços de saúde, com suas noções teóricas e determinantes. No capítulo 3, os dados e as metodologias utilizadas nesta dissertação são discutidos mais detalhadamente. O capítulo 4 traz os resultados quantitativos e o capítulo 5, os resultados qualitativos. O capítulo 6 contempla as conclusões e considerações finais. Em anexo, encontra-se a ficha de caracterização das entrevistadas, o consentimento livre e esclarecido e o roteiro de entrevista.

Os resultados quantitativos sugerem que ter tido uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à entrevista está muito atrelado às características socioeconômicas. Mulheres com maior escolaridade e que possuem a plano de saúde têm um acesso privilegiado quando comparadas àquelas mulheres em posição mais desfavorável. Este mesmo padrão pode ser observado no que tange às características demográficas das entrevistadas. Mulheres com menos filhos, brancas e solteiras apresentam uma maior probabilidade de terem ido ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa do que as mulheres com alta parturição, pretas ou pardas e alguma vez unidas. Nota-se, também, que as mulheres com maior probabilidade de terem ido ao ginecologista nos últimos 12 meses são aquelas que tem um acompanhamento ginecológico regular e que costumam ir ao ginecologista através de consultas particulares ou plano de saúde.

Os resultados qualitativos reafirmam o desconforto das mulheres diante da consulta, sendo que este desconforto é inversamente proporcional à escolaridade. Outro importante ponto revelado nesta etapa se refere ao fato de que a primeira consulta ginecológica se deu em momentos muito diferentes para as mulheres de alta e baixa escolaridade. Para as primeiras, esta consulta aconteceu no início da vida sexual, numa busca por prevenção e informação. Já para as últimas, esta consulta aconteceu quando da primeira gravidez ou de uma suspeita. No entanto, independente da escolaridade, da idade e da frequência com que as

entrevistadas buscam esta consulta, fica clara a grande importância que é atribuída a ela.

2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E A CONSULTA GINECOLÓGICA NO BRASIL

Este capítulo traz algumas considerações sobre o acesso aos serviços de saúde e à consulta ginecológica. O ponto de partida é a transição demográfica. A queda no número de filhos nas últimas décadas fez com que as visitas ao ginecologista deixassem de ser necessariamente freqüentes. Ao mesmo tempo, o aumento da medicalização facilitou o acesso à saúde da mulher. A seguir, o capítulo trata dos aspectos teóricos e dos determinantes do acesso à consulta ginecológica, que dão suporte à escolha das variáveis utilizadas no modelo quantitativo, bem como das categorias de análise dos dados qualitativos.

2.1 O contexto demográfico e a saúde

O Brasil passou, no século passado, pela chamada transição demográfica, importante fenômeno que marcou a passagem de altas taxas de fecundidade e mortalidade para taxas bem mais baixas. De acordo com dados censitários, a Taxa de Fecundidade Total - TFT² era, em 1960, 6,2 filhos por mulher, caindo para 2,3 filhos por mulher em 2000 e 2,1 em 2003 (Berquó e Cavenaghi, 2006 e Rios-Neto, 2005). Nota-se, ainda, um aumento nos intervalos intergenésicos (intervalo entre os nascimentos), ou seja, 70% dos nascimentos apresentam um intervalo superior a 2 anos, além de um maior acesso a contraceptivos, principalmente aos chamados métodos modernos, bem como um aumento na cobertura de assistência pré-natal (Wong, Badiani e Quental, 1998).

² Esta taxa é dada pela razão entre o número de nascimentos ocorridos no ano e o número de mulheres-ano em idade reprodutiva (Carvalho, Sawyer e Rodrigues, 1998).

A transição da fecundidade, do ponto de vista social, constitui-se como uma das maiores mudanças de atitude e comportamento de massas de todos os tempos, bem como uma transformação estrutural de grande importância (Alves, 2002; Martine e Carvalho, 1989). No entanto, a redução dos níveis de fecundidade não foi uniforme no Brasil, já que, apesar de generalizada, esta queda seguiu formas e ritmos diferentes, que refletem as disparidades socioeconômicas e regionais do país (Martine e Carvalho, 1989; Berquó e Cavenaghi, 2004). Ainda hoje, há diferenciais importantes nos vários segmentos socioeconômicos. As mulheres das camadas mais pobres da população apresentaram, em 2000, uma fecundidade de 4,1 filhos por mulher, número bem superior à fecundidade encontrada para o país, que era de 2,4 filhos por mulher (Berquó e Cavenaghi, 2004).

No caso de Belo Horizonte, população estudada neste trabalho, a TFT em 2000 foi 1,6 filhos por mulher, ou seja, um nível abaixo da taxa de reposição e próximo àquele observado em alguns países desenvolvidos (PNUD, 2000). A idade à primeira relação sexual e a idade ao nascimento do primeiro filho também sofreram mudanças no município. Dados para 2002 indicam que as mulheres de 20 a 29 anos iniciaram sua vida sexual mais cedo do que as mulheres de 50 a 59 anos. Enquanto as mais jovens iniciaram a vida sexual com 18 anos, as mais velhas tiveram essa iniciação 3 anos mais tarde, com 21 anos. No que diz respeito à idade ao primeiro filho, esta mudança foi menos acentuada, mas perceptível, uma vez que a idade mediana para as mulheres de 20 a 29 anos era de 24,7 anos enquanto que, para as mulheres de 50 a 59 anos foi 24 anos (Simão et al, 2006).

A queda da fecundidade no Brasil se deu na ausência de políticas públicas oficiais. São vários os fatores apontados na literatura como tendo influenciado esta queda da fecundidade. Ressalta-se o aumento da escolaridade, a entrada em massa da mulher no mercado de trabalho, os processos de urbanização e industrialização, as políticas de telecomunicações, a difusão do uso de anticoncepcional e do aborto, bem como a medicalização (Faria, 1989; Merrick e Berquó, 1983).

A medicalização, definida como “o aumento da exposição da população à subcultura médica e à inclusão progressiva de novas esferas de comportamento

social no âmbito da autoridade e do controle médicos” (Faria, 1989, p.90), é importante para entender o acesso da mulher aos serviços de saúde, sobretudo àqueles relativos à saúde reprodutiva. O aumento da medicalização foi concomitante à queda da fecundidade e, segundo Faria (1989), a política de atenção a saúde existente à época permitiu “a ampliação e multiplicação dos contatos entre a população e a subcultura médica, aumentando a escala, senão a natureza, do cuidado medicalizado do corpo e da alma” (p.76). Assim, se, por um lado, a queda da fecundidade acarretou uma queda nas visitas “compulsórias” ao ginecologista, ou seja, as visitas estritamente relacionadas à gravidez (pré-natal e pós-parto), por outro, a medicalização ampliou o acesso aos serviços médicos.

No caso da saúde da mulher, a operacionalização da idéia da medicalização ocorreu através do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, criado em 1984. O PAISM propôs uma nova abordagem da saúde da mulher. Até então, o atendimento à população feminina era centralizado nas questões relativas à reprodução (Osis, 1998). O Ministério da Saúde, no documento de apresentação do programa, recomendava que a atenção da saúde da mulher

“deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltado ao aperfeiçoamento do controle pré-natal e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção” (Osis, 1998, p.27).

No tocante à assistência médica, o PAISM inovou na medida em que propôs uma abordagem da mulher como um sujeito integral, que necessita de ações diversas, capazes de resolver os diferentes problemas que surgem, nas suas diferentes fases. Entretanto, o PAISM não entrou em funcionamento em todo o país (Osis, 1998 e Costa, 2004), o que certamente contribuiu para o acirramento das desigualdades regionais de saúde.

Apesar da Constituição Federal de 1988 preconizar no artigo 196 que

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2002, p.119),

não se pode dizer que o acesso aos serviços de saúde seja universal a todas as brasileiras, e tampouco que esta atenção seja suficiente e condizente com todas as mudanças pelas quais as mulheres passaram e vêm passando. Mesmo com a queda da fecundidade, as mulheres mais pobres ainda não têm tido a informação necessária sobre as possibilidades de regulação da fecundidade, bem como o acesso necessário aos quase sempre deficientes serviços públicos de saúde (Carvalho e Brito, 2005).

A discussão sobre a saúde da mulher avançou com o desenvolvimento do conceito de saúde reprodutiva, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde e reafirmado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – CIPD, realizada no Cairo em 1994. Saúde reprodutiva indica “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou incapacidade, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e suas funções e processos” (Berquó e Cunha, 2000, p.9). Assim, são incorporados novos eventos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), à contracepção, ao aborto, aos cânceres de mama e de colo do útero, entre outros.

Dentro das diretrizes do PAISM e a partir do conceito de saúde reprodutiva, passa a ser crucial a consulta ginecológica, na medida em que é considerada um procedimento indispensável para a manutenção da saúde da mulher, tendo grande importância na prevenção e no diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis e doenças relacionadas ao aparelho reprodutivo. Ressalta-se, ainda, que este é o momento indicado para a escolha e orientação sobre contracepção (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano, 2004; Perpétuo, 2000).

As mulheres, durante todo o seu ciclo de vida, devem consultar regularmente o ginecologista (Costa, Souza e Medeiros, 1998). Os tipos de demandas para esta consulta são inúmeras e vão desde uma orientação para a escolha de um método contraceptivo, até a prevenção de doenças como o câncer de mama e o câncer de colo do útero. Cabe comentar a importância da consulta como instrumento de prevenção, dado que as neoplasias se apresentam como a segunda causa de morte das mulheres brasileiras, sendo que o câncer de mama ocupa o primeiro

lugar, seguido pelos cânceres de pulmão, cólon e reto e colo uterino (Berquó e Cunha, 2000).

Antes de abordar acesso aos serviços de saúde e às consultas ginecológicas em si, é preciso definir melhor o termo acesso, já que este é um conceito complexo, que pode mudar ao longo do tempo e dependendo do contexto. Os aspectos teóricos e os determinantes de acesso aos serviços de saúde serão abordados a seguir.

2.2 O acesso aos serviços de saúde: noções teóricas e determinantes

O Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, no início da década de 90, propõe definir acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível (Millman, 1993). Assim, no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde, o comportamento dos indivíduos em relação a esta depende se estes se consideram suscetíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade das conseqüências deste problema e que as ações de saúde disponíveis podem trazer-lhes benefícios (Rosenstock, 1990).

Assim, as razões que levam as pessoas a procurarem um médico são resultado de uma complexa interação de fatores demográficos, socioeconômicos e psicológicos, além do perfil de morbidade do indivíduo e da sua avaliação do serviço de saúde (Mendonza-Sassi et al 2003).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser assim subdivididos: (a) a necessidade de saúde, gravidade e urgência da doença; (b) as características do usuário: demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas; (c) as características dos prestadores de serviço: demográficas, tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática e forma de pagamento; (d) a organização (recursos disponíveis, oferta, entre outros aspectos); e (e) a política (tais como tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, entre outros) (Travassos e Martins, 2004). A influência de cada um destes fatores pode variar, dependendo do tipo de serviço, que pode ser ambulatorial, hospitalar ou

assistência domiciliar e se os cuidados são preventivos, curativos ou de reabilitação (Travassos e Martins, 2004). Pode-se incluir, ainda, mais um fator determinante da utilização de serviços de saúde: o perfil epidemiológico da população (Ribeiro et al, 2006).

No caso específico da mulher, o acesso a serviços de saúde também é influenciado pelas relações de poder, que devem ser entendidas como a habilidade que a mulher apresenta de exercer influência e controle à nível interpessoal (Safilios-Rothschild, 1982). England (2000) indica que a importância de se estudar o empoderamento da mulher se dá porque é de grande importância entender como as mulheres exercitam este poder em benefício próprio, já que ele aumenta não só o poder de barganha da mulher, mas também sua capacidade de decidir sobre seu próprio destino.

Frenk (1985), citado em Travassos e Martins (2004), faz uma sistematização do fluxo de eventos que acontece desde a necessidade de se obter os cuidados de saúde até a obtenção do serviço em si: começa com a necessidade de saúde, seguido pelo desejo de se obter cuidados de saúde, o qual é sucedido pela procura pelo serviço, a entrada nos serviços e a continuidade dos cuidados. Este autor indica, ainda, que o acesso se dá a partir da complementaridade entre características da oferta e da população, sendo que acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de barreiras para procurar e obter cuidados e as correspondentes capacidades da população para superar estes obstáculos.

As demandas por serviços de saúde são resultado da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais (Sawyer et al, 2002). Além destes, características socioeconômicas e demográficas podem influenciar a facilidade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde (Travassos e Martins, 2004).

A dimensão socioeconômica é fundamental para este estudo já que, sendo o Brasil um país marcado por profundas desigualdades, as características socioeconômicas poderão atenuar ou aprofundar estas diferenças, incluindo aí as desigualdades no âmbito da saúde. Há ainda aspectos relacionados à saúde e às relações de poder. A dimensão demográfica também é de grande valor, já que as características demográficas de mulher influenciam e determinam o

comportamento destas, inclusive no que tange sua saúde reprodutiva. A dimensão saúde está intrinsecamente ligada à questão deste trabalho, já que aí serão discutidas questões como onde a paciente busca a consulta, se ela tem acesso a métodos contraceptivos entre outras. Por fim, a dimensão poder pretende capturar o grau de autonomia da entrevistada e como isto influencia a decisão de procurar ou não uma consulta ginecológica. Segundo Morgan e Niraula (1985), um maior grau de autonomia feminina diminui o desejo por filhos, aumenta o uso de contraceptivos e diminui os níveis de demanda não atendida de contracepção. Assim, o grau de autonomia da mulher pode ser determinante na busca pela consulta. Desta forma, a literatura indica ser possível trabalhar com quatro dimensões: socioeconômica, demográfica, de saúde e de poder.

No que se refere à dimensão socioeconômica, renda e escolaridade são fatores importantes. São vários os trabalhos que indicam a renda como um importante marcador do acesso à saúde. Apesar da população mais pobre precisar mais dos serviços de saúde, a proporção de indivíduos que procuram o serviço tende a aumentar ao longo da distribuição de renda (Neri e Soares, 2002). Um estudo feito com 1657 entrevistados no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, sugere que indivíduos das classes A e B tiveram um número de consultas significativamente superior aos de outras classes (Costa e Fachinni, 1997). No que tange à consulta ginecológica, um estudo sobre os fatores associados à realização de exames preventivos para cânceres femininos por mulheres brasileiras, em 2003, relata a mesma tendência, ou seja, as mulheres com renda mais baixa realizaram menos o exame preventivo do que aquelas numa faixa de renda mais alta (Novaes et al 2006). Scowitz (2005), em estudo com mulheres também em Pelotas, em 2002, sugere que a prevalência de consulta ginecológica no ano anterior apresenta um aumento progressivo nas classes sociais mais altas.

A escolaridade é indicada por muitos trabalhos como também tendo uma relação positiva com o acesso a serviços de saúde. É razoável inferir que o acesso à consulta ginecológica está muito relacionado ao conhecimento da mulher e, também, ao acesso que esta tem à informação, fatores estes associados à escolaridade. Assim, a escolaridade se apresenta como um importante

determinante no acesso aos serviços de saúde, apresentando uma tendência bem semelhante à da renda, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o acesso aos serviços de saúde (Costa e Fachinni, 1997). Mendonza-Sassi et al (2003) relatam que o grupo com menor escolaridade tem reduzida as suas chances de procurar um médico em 56%. Num estudo feito com mulheres residentes em Belo Horizonte, em 2002, foi constatado que as mulheres mais escolarizadas apresentaram quase duas vezes a chance de terem tido uma consulta ginecológica nos meses anteriores a pesquisa do que as mulheres com escolaridade mais baixa (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano 2004).

Quanto à dimensão demográfica, aspectos como idade, raça/cor, estado conjugal, parturição e religião merecem investigação. A idade das mulheres está intrinsecamente ligada à busca por um serviço ginecológico. As mulheres apresentam, em cada fase da vida, particularidades que exigem um acompanhamento ginecológico regular, tais como a menarca, a primeira relação sexual, as gravidezes e os partos, a contracepção, a menopausa, além de doenças que passam a ser mais presentes em algum momento da vida, exigindo, assim, um maior ou menor acesso à necessidade de consulta ginecológica ao longo do ciclo de vida. Costa e Facchini (1997) indicam que há um aumento significativo na média de consultas por ano, a partir dos 50 anos de idade. Esta tendência é reafirmada, já que as chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos ficam mais velhos e não acumulam anos de estudo (Néri e Soares, 2002). No entanto, no que se refere à consulta ginecológica, esta tendência é inversa. Quanto à 'realização de consulta ginecológica no último ano', nota-se uma diminuição significativa de sua prevalência à medida em que a idade aumenta. No caso das mulheres menopausadas, portanto mais velhas, nota-se também uma menor prevalência de consultas ginecológicas no ano anterior (Sclowitz et al, 2005).

A raça/cor também é de extrema importância no que diz respeito ao acesso à consulta ginecológica, na medida em que é notado historicamente, em nosso

país, uma desvantagem da população negra³ em relação à população branca em diversos indicadores, tais como escolaridade, renda e acesso a serviços de saúde, que é o foco deste trabalho. Néri e Soares (2002) indicam que ser branco possibilita um acesso maior aos serviços de saúde, ou seja, um indivíduo branco tem suas chances de consumir serviços de saúde aumentada em 3%. De acordo com dados da PNDS de 1996, cerca de 35% das entrevistadas negras nunca fizeram um exame ginecológico, enquanto para as brancas este percentual era de 22%. Quando indagadas sobre a realização de exame ginecológico no último ano, este déficit ainda persistia, na medida em que 60% de negras não o fizeram, sendo este percentual inferior para brancas, de 46,5% (Perpétuo, 2000).

O estado conjugal também deve ser considerado quando se faz referência ao acesso aos serviços de saúde. Um estudo feito no Sul do Brasil, em 2000, indicou que as mulheres divorciadas procuram mais a consulta médica do que as casadas, solteiras ou viúvas (Mendonza-Sassi et al 2003). No que diz respeito ao exame papanicolau, preventivo de câncer uterino, um estudo realizado em 2003 apontou que as mulheres casadas apresentavam uma chance maior de realizarem o exame papanicolau do que as não casadas (Novaes et al 2006).

Outro fator importante é a parturição. A gravidez é, muitas vezes, o único momento em que as mulheres buscam o ginecologista, além de ser o momento em que muitas mulheres têm um primeiro contato com este médico. Corroborando esta idéia, Novaes et al (2003) pontuaram que 77% das brasileiras com filhos fizeram o exame papanicolau, enquanto 65% das mulheres que não tinham filhos o fizeram.

A religião também é importante no que diz respeito à consulta ginecológica, na medida em que muito do comportamento das mulheres pode ser influenciado pela religião à qual ela é adepta. Um estudo tendo como base adolescentes do Rio de Janeiro indicou que o crescimento de protestantismo e a queda da proporção de católicos causou um impacto na fecundidade das adolescentes (McKinnon, Potter

³ A categoria *negra* aqui é dada pelo agrupamento de pretos e pardos.

e Gerrard-Burnett, 2004). Nota-se, portanto, que a religião apresenta um importante papel no comportamento reprodutivo das adolescentes, o qual pode ser estendido para a consulta ginecológica.

Quanto à dimensão saúde, tipo de serviço, número de consultas, plano de saúde, idade à primeira relação e ter tido alguma IST são aspectos relacionados ao tipo de serviço de saúde de extrema importância nesse trabalho, já que eles influenciam diretamente a busca das mulheres pela consulta ginecológica. Novaes et al (2003) pontuam que 88% das mulheres que indicaram buscar com mais frequência os atendimentos em consultório ou ambulatório, realizaram o exame papanicolau, enquanto 72% das mulheres que indicaram buscar com mais frequência atendimento em posto ou centro de saúde fizeram o exame. Esta porcentagem era a mesma para as mulheres que indicaram ambulatório hospitalar ou pronto-socorro. É importante ressaltar que há uma forte associação entre fatores de risco (como por exemplo, caso de câncer de mama na família) e aumento da prevalência de consultas ginecológicas nos últimos 12 meses (Scowitz, 2005). No caso de Belo Horizonte, quando indagadas sobre onde ocorreu a última consulta ginecológica, 30% das negras indicaram que realizaram esta consulta na rede pública e 28% através de convênio, enquanto, para as brancas, este percentual foi 17% e 42%, respectivamente (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano 2004). Já no que se refere ao número de consultas realizadas nos últimos 12 meses, proporção similar de brancas e negras (50% e 46%, respectivamente) indicaram ter realizado de 1 a 2 consultas neste período (Miranda-Ribeiro e Caetano, 2004).

No tocante a plano de saúde, há uma relação positiva entre posse de plano e acesso a serviços de saúde (Novaes et al, 2003). Neri e Soares (2002), por exemplo, indicam que os indivíduos que possuem plano de saúde têm suas chances de ir ao médico aumentada em 450%. No caso de Belo Horizonte, as mulheres com plano de saúde apresentaram 3 vezes a chance das que não possuíam plano de terem feito uma consulta com um ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano 2004). Costa e Fachinni (1997) indicam, ainda, que quanto mais desfavorecida a classe em que o

indivíduo se insere, maior a utilização do sistema público, sendo que esta diferença pode chegar a quase seis vezes.

O método anticoncepcional também é de fundamental importância para entender a consulta ginecológica, já que a escolha por um método deveria ser feita junto ao ginecologista, com todo o suporte que esta escolha requer (Costa, Souza e Medeiros, 1998). Em Belo Horizonte, no ano de 2002, percebe-se que as usuárias de camisinha apresentavam 1,3 vezes a chance das não-usuárias de terem feito uma consulta nos 12 meses anteriores à pesquisa. Percebem-se a mesma tendência no caso das mulheres esterilizadas, já que estas apresentavam 1,5 vezes a chance das não esterilizadas de terem buscado a consulta. No caso das usuárias de métodos modernos, este número subiu para 1,6 (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano 2004). Nota-se, portanto, que ser usuária de um método contraceptivo, e sobretudo moderno, aumentou a chance da mulher de ter ido ao ginecologista.

A idade à primeira relação sexual poderia ser considerada tanto uma variável demográfica ou de saúde. Pode-se considerar que estaria mais proximamente ligada à dimensão saúde, sendo uma *proxy* de exposição às IST, por exemplo, e à consulta ginecológica. Assim, quando a mulher tem sua primeira relação, ela passa a estar exposta a ISTs e gravidez, o que faz com que ela busque com mais frequência um ginecologista. De fato, conforme já mencionado, o ideal seria que toda mulher, antes de ter sua primeira experiência sexual, procurasse um ginecologista e se informasse não só sobre métodos, mas sobre os diversos aspectos que envolvem uma relação sexual.

Outro indicador importante é a própria informação sobre ter tido alguma IST ou sintoma, na medida em que, se uma mulher já teve alguma doença sexualmente transmissível ou sintoma, ela provavelmente terá recorrido a um ginecologista. Em Belo Horizonte, as mulheres que haviam tido alguma IST apresentaram quase duas vezes a chance de ter ido ao ginecologista, em relação às mulheres que não tiveram alguma IST (Simão, Miranda-Ribeiro e Caetano 2004).

A dimensão poder pode ser pensada a partir da autonomia, já que esta é muito importante na procura por serviços de saúde. Deve-se pontuar que autonomia

tem diversos significados, sendo estes relacionados à autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade. A autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base no pensamento livre e na decisão independente (Costa et al, 2006). Autonomia pode ser entendida, ainda, “como a habilidade para obter informação e usá-la como base para a tomada de decisão em relação a preocupações particular e íntimas” (Jejeebhoy, 1995). A informação é pressuposto fundamental para a autonomia. Quanto maior a autonomia da mulher, maior deverá ser o seu conhecimento e conseqüentemente, maior será a sua busca por uma consulta ginecológica. Ademais, mulheres com maior autonomia e maior conhecimento acerca da consulta ginecológica, provavelmente, mostrar-se-ão mais à vontade diante desta. Morgan e Niraula (1995) indicam esta idéia a partir de uma análise entre relação e desigualdades de gênero e fecundidade em duas tribos nepalesas. Estas autoras pontuam que sistemas patriarcais impõem limitações para a autonomia feminina e afetam a fecundidade.

Estudos que abordam a consulta ginecológica convergem ao indicarem o desconforto das mulheres diante dos exames a que são submetidas nesta consulta (Carvalho e Furegato, 2001; Magee, 1988). A vergonha que as mulheres têm de estarem nuas diante dos médicos, sendo observadas e manipuladas, o medo do exame e do resultado, o atendimento rápido e impessoal, a relação autoritária da equipe com as pacientes, o espaço inadequado, o tempo de espera para o atendimento, a emissão de resultados e a marcação das consultas são alguns outros motivos apontados pela literatura que podem desencorajar uma consulta ginecológica (Costa, Souza e Medeiros, 1998).

O exame ginecológico não é um procedimento preventivo que as mulheres utilizam com tranqüilidade, o que faz com que algumas delas não procurem o ginecologista e não façam este exame regularmente. As motivações para a busca por uma consulta ginecológica são várias e vão desde o medo do câncer, o desejo de cuidar-se, a presença de algum incômodo e até a obrigatoriedade de exames na rotina do programa de saúde (Carvalho e Furegato, 2001).

Um estudo sobre planejamento familiar com mulheres de baixa renda indica que estas estão mais propícias a estarem muito satisfeitas com a consulta se o

médico é gentil, solícito e respeita a paciente (Forrest e Frost, 1996). Outro estudo indica que a satisfação do paciente está, muitas vezes, relacionada com certas características do médico (Delgado et al, 1993). No que diz respeito ao consultório, de acordo com as entrevistadas, este deve ser limpo e organizado (Forrest e Frost, 1996). Muito mais que a cura para uma doença, as mulheres buscam uma explicação para o que elas sentem ao procurar um ginecologista (Price et al, 2006). Muitas mulheres indicam que não saber a causa da doença é pior do que a própria doença. Estes autores indicam, ainda, que, as mulheres entrevistadas, muitas vezes, consideram como pobre a explicação recebida, o que faz com que nem sempre elas saiam da consulta satisfeitas. O sexo do médico também foi indicado pela literatura como um importante fator de satisfação dos pacientes. Um estudo de Delgado et al (1993) indicou que houve um resultado mais positivo na avaliação do atendimento médico recebido pelos pacientes, quando o médico era do sexo feminino.

Alguns dados são mais facilmente obtidos a partir de pesquisas quantitativas mas outros, referentes à impressão e sentimentos (questões sobre a vergonha e ansiedade, por exemplo), não. Desta forma, alguns aspectos foram abordados com auxílio de técnicas quantitativas, enquanto outros foram abordados com base em uma técnica qualitativa.

No capítulo a seguir serão apresentados os dados e as metodologias deste trabalho. Será feita, também, uma apresentação das variáveis incluídas no modelo quantitativo, as quais têm por base de escolha os aspectos abordados neste capítulo teórico.

3 DADOS E METODOLOGIA

Para se alcançar os objetivos deste trabalho, serão conjugados dois tipos de metodologia. Primeiro, será feita uma análise dos dados quantitativos, onde serão delineados, a partir do método Grade of Membership (GoM), perfis de acesso às consultas ginecológicas das mulheres de 18 a 59 anos, em Belo Horizonte. Em seguida, será realizada uma análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas realizadas com mulheres de mesma faixa etária em Belo Horizonte, procurando entender melhor as percepções destas mulheres acerca da consulta ginecológica.

É importante indicar a complementaridade das duas metodologias. Enquanto os dados quantitativos podem ser generalizados para o município e apresentam um panorama de quem são as mulheres com e sem acesso às consultas ginecológicas, os dados qualitativos, apesar de não poderem ser generalizados, aprofundam o conhecimento acerca da consulta ginecológica, na medida em que revelam o que as mulheres pensam desta consulta. Assim, auxiliam no entendimento do porquê nem todas as mulheres procuram um ginecologista com a frequência que deveriam.

3.1 Etapa quantitativa

3.1.1 Fonte de Dados

Nesta etapa quantitativa, utilizam-se os dados do survey “Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça” (SRSR), realizado em Belo Horizonte e Recife. Este banco de dados é oriundo do Programa Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (Miranda-Ribeiro e Caetano, 2003). O questionário SRSR contém perguntas de caracterização do domicílio e da entrevistada, além de apresentar tópicos como fecundidade, planejamento da fecundidade e história de gravidezes; acesso e avaliação de atendimentos de pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento ginecológico e menopausa; anticoncepção; conhecimento dos direitos e serviços de saúde reprodutiva; utilização e acesso a

esses serviços; utilização de serviços públicos vis-à-vis os serviços privados; história marital e comportamento sexual e IST/AIDS (Miranda-Ribeiro, Caetano e Santos, 2004).

Foram utilizados aqui somente os dados para o município de Belo Horizonte. Foram mantidas apenas as mulheres com idade entre 18 e 59 anos, que já tenham tido relação sexual e que já tenham ido ao ginecologista alguma vez na vida. Mulheres que relataram fazer sexo com mulheres (MSM) também foram excluídas do estudo. Assim, das 1302 mulheres entrevistadas em Belo Horizonte, foram excluídas aquelas de 15 a 17 anos, as que declararam nunca ter tido relação sexual, as que disseram nunca ter ido ao ginecologista e as que se declararam MSM. As menores de 18 anos foram excluídas porque, na etapa qualitativa, só entrevistamos maiores de idade, uma vez que a entrevista de menores de idade exigiria uma autorização por parte dos pais. O banco de dados final, utilizado neste trabalho, foi composto por 983 mulheres.

A seguir, serão apresentadas as variáveis utilizadas nesta dissertação.

3.1.2 Variáveis utilizadas

Foram selecionadas, de acordo com os objetivos do trabalho, variáveis de diferentes sessões do questionário. Elas foram divididas em quatro dimensões, em conformidade com a revisão da literatura sobre o assunto: demográfica, socioeconômica, de saúde e poder. Na TAB 1, são apresentadas estas variáveis, com suas respectivas categorias.

**Tabela 1 - Variáveis relacionadas às
consultas ginecológicas. Belo Horizonte, 2002.**

(continua)

Variável	Categorias
Dimensão Demográfica	
(1) grupo etário (em anos)	(0) 18 a 19 (1) 20 a 24 (2) 25 a 29 (3) 30 a 34 (4) 35 a 39 (5) 40 a 44 (6) 45 a 49 (7) 50 a 54 (8) 55 a 59
(2) raça/cor	(0) branca (1) preta (2) parda
(3) situação conjugal	(0) solteira (1) casada (2) unida (3) divorciada/separada (4) viúva
(4) parturição (em número de filhos)	(0) sem filhos (1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais
Dimensão Socioeconômica	
(5) bens duráveis no domicílio classificação por pontos	(0) 0 a 5 (1) 6 a 8 (2) 9 a 12 (3) 13 ou mais
(6) número de cômodos no domicílio	(0) 1 a 4 (1) 5 a 6 (2) 7 a 8 (3) 9 ou mais
(7) anos de estudo	(0) 0 a 3 (1) 4 a 7 (2) 8 a 11 (3) 12 ou mais
(8) religião	(0) católica (1) protestante ou pentecostal (2) atéia ou outros
(9) possui plano de saúde	(0) não (1) sim

Tabela 1 - Variáveis relacionadas às consultas ginecológicas. Belo Horizonte, 2002.

(fim)

Variável	Categorias
Dimensão Saúde	
(10) foi ao ginecologista nos últimos 12 meses	(0) não (1) sim
(11) onde costuma procurar o ginecologista	(0) serviço público (1) particular (2) plano de saúde ou convênio
(12) onde foi o último atendimento	(0) serviço público (1) particular (2) plano de saúde ou convênio (3) não foi nos últimos 12 meses
(13) tem ou já teve acompanhamento ginecológico regular	(0) não (1) sim
(14) método anticoncepcional	(0) hormonais (1) barreira (2) diu (3) cirúrgicos (4) naturais e outros (5) não está usando/nunca usou método
(15) idade à primeira relação (em anos)	(0) abaixo de 15 (1) 15 a 19 (2) 20 a 24 (3) 25 a 29 (4) 30 ou mais
(16) teve DST ou sintoma	(0) não (1) sim
Dimensão poder	
(17) evitaria relação se o parceiro não usasse camisinha	(0) com toda certeza (1) com alguma certeza (2) não tentaria evitar

Fonte de dados básicos: Pesquisa SRSR, UFMG/Cedeplar, 2002.

Foram quatro as variáveis da dimensão demográfica trabalhadas aqui: *idade*, *raça/cor*, *situação conjugal* e *parturição*. A idade foi categorizada em nove níveis: 18 a 19 anos, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54 e 55 a 59 anos de idade. Quanto à *raça/cor*, os dados foram coletados através de pergunta baseada no quesito cor do IBGE, com cinco categorias pré-codificadas: branca, preta, parda, amarela e indígena. Foram excluídas deste trabalho as mulheres amarelas e indígenas, já que eram uma pequena parcela da população em estudo. As mulheres pardas e pretas apresentam-se em categorias separadas, ao invés de reunidas na categoria “negra”, porque pretendia-se, verificar se há diferenças entre estes dois grupos. Quanto à *situação conjugal* e *parturição*, ambas são determinantes na busca das mulheres pelo serviço

ginecológico. A *situação conjugal* foi dividida em 5 categorias: solteira, casada, unida, divorciada/separada e viúva. Decidiu-se por manter casada e unida em categorias distintas porque a união com casamento civil e/ou religioso pode significar uma maior estabilidade do que na união consensual apenas. No caso de divorciada/separada, decidiu-se por unir as duas categorias, pois ambas representam casos em que a mulher teve um companheiro, não mais o tem e esta ruptura se deu por escolha da mulher e/ou do parceiro, diferentemente da viuvez. Finalmente, a *parturição* foi dividida em quatro categorias: sem filhos, 1 filho, 2 filhos, 3 filhos ou mais. Optou-se por manter a categoria sem filhos sozinha porque, como a consulta ginecológica está muito ligada à gravidez, é interessante perceber como as mulheres que não tem filhos se apresentam nesta discussão. Ademais, devido ao declínio da fecundidade, julgou-se adequado fazer a diferenciação entre famílias de 1, 2 e 3 filhos e mais, esta última podendo ser considerada, no momento demográfico atual, de tamanho grande.

Foram cinco as variáveis utilizadas para representar a dimensão socioeconômica: *número de bens duráveis*, *número de cômodos na casa*, *escolaridade*, *religião* e *plano de saúde*. As duas primeiras foram inseridas como uma *proxy* de renda, já que diversos estudos indicam que renda é determinante no acesso aos serviços de saúde, ou seja, quanto maior a renda do indivíduo, maior será o acesso deste a estes serviços. No caso da variável *número de bens duráveis*, a categorização foi feita a partir da atribuição de pontos para cada um dos bens duráveis presentes no domicílio, conforme categorização da “Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa”⁴. A variável *escolaridade* foi dividida em quatro categorias: 0 a 3 anos de estudo (analfabetas funcionais), 4 a 7, 8 a 11 ou 12 anos ou mais. No caso da variável *religião*, foram três as categorias: católica, protestante/pentecostal e atéia/outros. Optou-se por unir protestante e pentecostal porque ambas apresentam a mesma origem e diferenciam-se da religião católica em sua base. A variável *plano de saúde*, de acordo com a literatura pesquisada,

⁴ Maiores informações vide: <http://www.abep.org/> Acesso em: 8 de janeiro de 2007.

está positivamente associada ao acesso a serviços de saúde, incluindo aí a consulta ginecológica.

A dimensão saúde capta questões de acesso, vida sexual, contracepção e ISTs. Variáveis tais como *onde costuma procurar o ginecologista, onde procurou o ginecologista nos últimos 12 meses e se tem ou já teve acompanhamento ginecológico regular* irão indicar se essa mulher é usuária do serviço público de saúde ou se busca a consulta por outros meios, além de caracterizar se a entrevistada procura o ginecologista regularmente. O *método anticoncepcional* foi dividido em 6 categorias: métodos hormonais, métodos de barreira, DIU, métodos cirúrgicos, naturais/outros e não está usando/nunca usou. Optou-se por deixar o DIU como uma categoria em separado porque a opção por este método implica, necessariamente, uma intervenção ginecológica; o mesmo vale para os métodos cirúrgicos. A *idade à primeira relação* foi dividida em cinco categorias, começando na categoria abaixo de 15 anos, seguido pelos grupos quinqüenais (15 a 19, 20 a 24 e 25 a 29 anos), terminando com a categoria 30 anos ou mais.

Por fim, a variável da dimensão poder, *evitaria relação se o parceiro se recusasse a usar camisinha*, foi incluída no modelo como uma tentativa de indicar o grau de autonomia da entrevistada. Assume-se que uma mulher empoderada é aquela que evitaria a relação caso o parceiro se recusasse a usar preservativo. Apesar de instigante, sabe-se que a variável apresenta limitações. Em primeiro lugar, nem toda mulher considera o uso de camisinha algo importante, sobretudo as que têm relação estável e parceiro fixo. Assim, mesmo que ela tenha poder, ela pode responder que não evitaria a relação caso o parceiro se recusasse a usar camisinha. Portanto, nesse caso, a resposta não seria uma *proxy* de poder. Uma outra razão para a mulher não tentar evitar a relação sem camisinha pode estar ligada à contracepção. Caso ela utilize outro método ou esteja no climatério, o fato dela não evitar relação sem camisinha pode não ser um sinal de falta de poder na relação, mas um simples reflexo do fato da camisinha ser fortemente relacionada apenas à prevenção da gravidez. Apesar das limitações, ainda assim optou-se por manter a variável.

A seguir, será apresentado o método utilizado para delinear os perfis de acesso à consulta ginecológica em Belo Horizonte, dentre as mulheres de 18 a 59 anos.

3.1.3 Metodologia

Na amostra trabalhada, foram incluídas as 983 mulheres de 18 a 59 anos que já tiveram alguma experiência sexual e que já tinham ido pelo menos uma vez ao ginecologista. Espera-se que o grupo de mulheres estudado não seja homogêneo em termos de suas características referentes ao acesso aos serviços de saúde. Assim, optou-se por utilizar um método que pudesse levar em conta estas especificidades individuais, e ainda fosse capaz de definir grupos com características semelhantes. O método Grade of Membership (GoM) foi julgado adequado ao objetivo, pois possibilita delinear perfis internamente homogêneos e, além disso, permite classificar os indivíduos em relação a sua proximidade aos perfis. Esta propriedade do método é bastante desejável e conveniente, uma vez que não é possível esperar que todos os indivíduos tenham todas as características de um dado perfil homogêneo, podendo partilhar características de múltiplos conjuntos. Assim, de acordo com Cerqueira (2004), este método lida com dois dos maiores problemas na determinação de uma classificação ou tipologia, que são a identificação de grupos e a descrição de diferenças entre os mesmos.

Os perfis formados são chamados de perfis extremos e correspondem a conjuntos bem definidos, sendo que quanto maior o número de variáveis inseridas no modelo, mais bem definido será o conjunto. Estas variáveis poderão ser internas, quando são potencialmente importantes na conformação do perfil, ou externas, quando são variáveis dependentes, de estratificação de perfil (Manton, 1994).

Para cada elemento de um conjunto, há um escore de pertinência, g_{ik} , que indica o grau de pertinência do i -ésimo elemento, ao k -ésimo conjunto ou perfil. A determinação de escores de pertinência, g_{ik} , para cada unidade de estudo, permite representar a heterogeneidade destas, sendo que este escore pode variar entre zero e um. Um escore zero indica que a observação não pertence ao perfil k , enquanto o escore um indica que esta observação possui todas as características do perfil k . Logo, quanto mais uma observação i se aproximar do perfil extremo k , maior será seu grau de pertencimento a este perfil e, conseqüentemente, menor será o grau de pertencimento em relação aos demais

perfis (Cerqueira, 2004). Assim, o valor g_{ik} representa a proporção de pertencimento a cada perfil extremo, tendo as seguintes restrições:

$$g_{ik} \geq 0 \text{ para cada } i \text{ e } j$$

$$\sum_{k=1}^K g_{ik} = 1 \text{ para cada } i, \text{ em cada perfil } k.$$

Além do score de pertencimento – g_{ik} – do indivíduo i ao perfil extremo k , o GoM também estima a probabilidade de uma categoria l , de uma variável j , pertencer ao perfil extremo k , ou seja, a probabilidade de resposta positiva para a j -ésima variável pelo indivíduo com o k -ésimo perfil extremo, λ_{kjl} (Manton e Vertrees, 1984; Lacerda, 2005). Os λ_{kjl} medem a probabilidade de que exista, na população, um indivíduo com grau de pertencimento total ao perfil k , dada a resposta à categoria l na variável j , e os g_{ik} representam o grau de proximidade de cada observação ao perfil extremo k (Sawyer et. al., 2002). Para λ_{kjl} , impõem-se as seguintes restrições:

$$\lambda_{kjl} \geq 0 \text{ para cada } k, j \text{ e } l$$

$$\sum_{l=1}^{L_j} \lambda_{kjl} = 1$$

O modelo de probabilidade pode ser descrito por:

$$P_{ijl} = \sum_k g_{ik} * \lambda_{kjl}$$

Assim, de acordo com os pressupostos o modelo de probabilidade para a construção do procedimento de estimação de máxima verossimilhança do GoM é dado por:

$$L(y) = \prod_{i=1}^I \prod_{j=1}^J \prod_{l=1}^{L_j} \left(\sum_{k=1}^K g_{ik} \lambda_{kjl} \right)^{Y_{ijl}}$$

Uma categoria l , de uma variável j , foi considerada como característica de um perfil se a relação entre os λ_{kjl} e a frequência marginal for igual ou maior que 1,2, critério este utilizado no estudo de Sawyer et al (2002). Cabe observar que a frequência marginal representa a probabilidade de ocorrência da característica na população como um todo, enquanto que λ_{kjl} representa a probabilidade de ocorrência da característica no perfil k .

A variável 'escolaridade' foi escolhida como a variável indicadora e a variável 'foi ao ginecologista nos últimos 12 meses' foi utilizada como variável externa, ou seja, uma variável de estratificação dos perfis gerados, mas que não é importante na determinação dos perfis em si. A escolha da variável 'escolaridade' como a indicadora fez com que o modelo gerado apresentasse 4 perfis, já que era este o número de categorias da variável em questão. Assim, cada perfil gerado era marcado pela probabilidade de 100% de mulheres "tipos puros" pertencerem a uma dada categoria de escolaridade (cada um dos quatro níveis da variável indicadora). Ou seja, existe no modelo construído, uma correlação muito elevada entre cada nível da variável indicadora e o perfil formado. Isso é desejável e esperado para todas as variáveis, mas no caso da variável indicadora, isso é previamente especificado. Assim, a escolha desta variável indicadora se deu devido ao fato de a literatura indicar ser a escolaridade um fator determinante no acesso a serviços de saúde em geral e, conseqüentemente, à consulta ginecológica. Logo, é esperado que cada perfil seja altamente correlacionado com a variável escolaridade.

Após as considerações feitas sobre a etapa quantitativa, será apresentada a etapa qualitativa. Ela consiste em entrevistas em profundidade, realizadas com mulheres de 18 a 59 anos.

3.2 Etapa qualitativa

3.2.1 Pesquisa qualitativa e entrevista em profundidade

Os métodos qualitativos de pesquisa vem sendo usados nas ciências sociais há muito tempo. São os principais métodos usados por antropólogos no estudo de

costumes e comportamentos de povos de outras culturas, sendo também usado em áreas como a psicologia, a educação, a sociologia e a semiótica (Pope e Mays, 2005).

Flick (2004) indica que a relevância da pesquisa qualitativa para as relações sociais se deve à pluralidade das esferas de vida, sendo que esta pluralidade demanda uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões. Assim, os métodos qualitativos “ênfatisam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e suas razões de ser” (Haguette, 2005, p.63). Logo, a pesquisa qualitativa tenta interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (Pope e Mays, 2005).

A escolha desse método foi pautada na vantagem de que ele constitui a melhor forma de abordagem quando o que se deseja é uma descrição mais detalhada de situações, enfatizando as particularidades do fenômeno em termos de seus significados para o grupo pesquisado. Além disso, as informações obtidas por métodos qualitativos garantem ao pesquisador maior flexibilidade e criatividade tanto no momento da coleta quanto no da análise (Goldenberg, 1997). Isto porque as pesquisas qualitativas têm como objetivo lidar com a subjetividade e com a singularidade dos fenômenos sociais, não tendo a pretensão de criar dados padronizáveis.

No campo da saúde, a pesquisa qualitativa tem sido empregada para abordar questões sobre fenômenos sociais, variando desde comportamentos humanos, como a anuência dos pacientes ao tratamento e a tomada de decisões por profissionais da saúde até, a organização da clínica hospitalar. Nota-se que a abordagem qualitativa tem sido crescentemente usada em pesquisas neste âmbito (Pope e Mays, 2005).

A técnica utilizada neste trabalho foi a entrevista, que pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Haguette, 2005, p.86). A principal vantagem desta técnica é possibilitar ao pesquisador obter informações que não são acessíveis através de questionários estruturados e que ajudam a compreender o comportamento do

entrevistado e sua representação a respeito de sua experiência de vida, a partir da identificação de experiências e opiniões acerca do tema pesquisado (Weiss, 1993). Na entrevista, diferentemente de pesquisas quantitativas, a comunicação do entrevistador com o entrevistado e o campo são parte explícita da produção de conhecimento (Flick, 2004).

Existem diversos tipos de entrevistas. Aqui, foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Estas entrevistas

“São conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes” (Pope e Mays, 2005, p.22).

Assim, as informações são obtidas através de um roteiro semi-estruturado, onde há uma lista de pontos previamente estabelecidos de acordo com a problemática central e que deve ser seguido (Haguette, 2005). O roteiro, detalhado, permitiu que a equipe de entrevistadores pudesse cobrir sempre os mesmos tópicos (vide anexo). Apesar desse detalhamento, havia, no entanto, total liberdade para inverter a ordem dos temas que deveriam ser abordados, à medida que fossem sendo mencionados pela entrevistada.

Os entrevistadores tem por objetivo, portanto, ir além da superfície no tópico que está sendo discutido, explorando o que as pessoas dizem de maneira detalhada, revelando novas idéias e áreas que não foram previstas no início da pesquisa. Logo, a entrevista é “um processo dinâmico no qual o respondente ativa diferentes aspectos de seu estoque de conhecimento com a ajuda do entrevistador” (Pope e Mays, 2005, p.26). Por fim, vale ressaltar que a entrevista qualitativa é uma ferramenta flexível e poderosa, que pode revelar muitas áreas novas para pesquisa (Pope e Mays, 2005).

Diferentemente dos dados quantitativos, as entrevistas qualitativas não poderão ser generalizadas para a cidade de Belo Horizonte. No entanto, elas permitirão investigar, a fundo, mais aspectos sobre as consultas ginecológicas na perspectiva das pacientes.

3.2.2 Fonte de dados

Nesta etapa, foram utilizadas as entrevistas semi-estruturadas oriundas do Projeto “Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao tratamento e diagnóstico de câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG”, levado a campo pelo Cedeplar, através de um convênio estabelecido com o Programa de Saúde Reprodutiva (Prosare), tendo John D. and Catherine T. MacArthur Foundation como financiador. Um total de 60 entrevistas foram realizadas entre março e junho de 2006, em Belo Horizonte, com mulheres de 18 a 59 anos. Foram quatro as entrevistadoras, incluindo a autora dessa dissertação⁵. O recrutamento das entrevistadas foi feito a partir de 10 perfis delineados pelo método GoM (Miranda-Ribeiro et al, 2006).

Para este trabalho, são utilizadas as 33⁶ entrevistas, das 60 originais, que se encaixam da melhor forma possível nos perfis extremos delineados pela etapa quantitativa desta dissertação. Desta forma, as mulheres da etapa quantitativa e qualitativa terão algumas características comuns, tais como escolaridade, idade, situação conjugal, raça/cor, plano de saúde e parturição.

A análise das entrevistas qualitativas será feita a partir de uma análise temática dos dados obtidos, categorizando-os a partir das questões de interesse. Serão usadas transcrições literais das falas das entrevistadas, refletindo, assim, os pensamentos e opiniões das mesmas. Portanto, é utilizada, nesta análise, uma espécie de análise de conteúdo. Esta técnica pode ser definida como “uma técnica de pesquisa para fazer inferências replicáveis e válidas dos dados, a partir do seu contexto” (Krippendorff, 1980, p.21), sendo uma forma de tratamento da informação contida nas mensagens (Bardin, 1977). Esta autora afirma, ainda, que a análise de conteúdo pode ser uma análise de significados, ou seja, uma análise temática.

⁵ As demais entrevistadoras foram Andrea Branco Simão, Marisa Alves Lacerda e Paula Miranda-Ribeiro.

⁶ Maiores informações vide TAB 1A, em anexo.

Vale ressaltar que os dados são preservados em sua forma textual e indexados, originando categorias analíticas e explicações teóricas (Pope e Mays, 2005). Neste processo de indexação, é utilizada uma comparação constante, sendo que agrupar categorias está tipicamente vinculado a um processo de “recortar” e “colar”, ou seja, selecionar parte dos dados em temas relacionados e agrupá-los (Pope e Mays, 2005). Esta análise é chamada por Attride-Stirling (2001) como rede temática.

Assim, a análise por rede temática é definida como uma maneira simples de organizar a análise de dados qualitativos (Attride-Stirling, 2001). Esta autora indica que este tipo de análise sistematiza os dados qualitativos categorizando os temas que surgem em diferentes níveis e inclui seis passos: 1) Codificação do material; 2) Identificação dos temas; 3) A construção de redes temáticas, ou seja, os temas afins são agrupados; 4) Descrição e exploração destas redes; 5) Sumarização dos temas encontrados; 6) Interpretação. Na análise de dados deste trabalho, foram seguidos os seis passos apresentados por esta autora.

Os próximos dois capítulos apresentam os resultados. Em primeiro lugar, estão os resultados quantitativos.

4 PERFIS DE ACESSO ÀS CONSULTAS GINECOLÓGICAS EM BELO HORIZONTE

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os principais resultados obtidos a partir da aplicação do método GoM à luz da revisão metodológica e da literatura apresentadas anteriormente. Para tanto, em primeiro lugar, será feita uma breve apresentação da população estudada. Em seguida, serão apresentados os perfis delineados pelo método GoM, a fim de caracterizar a população com e sem acesso à consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa, além da prevalência de cada um dos perfis na população em estudo.

4.1 A população estudada

Nesta seção, as mulheres de 18 a 59 anos que realizaram ou não a consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à entrevista serão caracterizadas. Estas mulheres serão apresentadas segundo alguns indicadores sócio-demográficos e outros ligados à sua saúde-reprodutiva, conforme TAB 2 a seguir.

Tabela 2 - Mulheres de 18 a 59 anos, com e sem acesso à consulta ginecológica nos últimos 12 meses. Distribuições percentuais segundo características socioeconômicas selecionadas. Belo Horizonte, 2002.

Característica	(continua)	
	Não foi ao ginecologista nos últimos 12 meses	Foi ao ginecologista nos últimos 12 meses
Grupo Etário		
18 a 19 anos	3,7	2,8
20 a 24 anos	10,7	12,6
25 a 29 anos	13,9	15,2
30 a 34 anos	16,8	16,1
35 a 39 anos	14,3	15,2
40 a 44 anos	11,1	12,4
45 a 49 anos	13,1	11,1
50 a 54 anos	11,1	7,3
55 a 59 anos	5,3	7,3

Tabela 2 - Mulheres de 18 a 59 anos, com e sem acesso à consulta ginecológica nos últimos 12 meses. Distribuições percentuais segundo características socioeconômicas selecionadas. Belo Horizonte, 2002.

(continua)

Característica	Não foi ao ginecologista nos últimos 12 meses	Foi ao ginecologista nos últimos 12 meses
Raça/Cor		
branca	44,3	46,8
preta	22,1	18,7
parda	33,6	34,5
Situação Conjugal		
solteira	21,7	19,8
casada	41,8	49,6
unida	14,8	16,5
divorciada/separada	16,8	10,6
viúva	4,9	3,5
Parturição		
sem filhos	21,7	25,2
1 filho	19,7	21,9
2 filhos	25,8	24,0
3 filhos ou mais	32,8	28,9
Número de comôdos na casa		
1 a 4	22,1	16,5
5 a 6	34,4	34,5
7 a 8	23,0	24,9
9 ou mais	20,5	24,1
Bens duráveis		
0 a 5 pontos	24,6	16,1
6 a 8 pontos	27,5	25,8
9 a 12 pontos	27,0	31,9
13 ou mais pontos	20,9	26,2
Anos de estudo		
0 a 3 anos	16,8	8,7
4 a 7 anos	36,5	27,1
8 a 11 anos	34,4	45,1
12 anos ou mais	12,3	19,1
Religião		
católica	59,4	61,9
protestante/pentecostal	27,5	22,9
atéia/outras	13,1	15,2
Possui plano de saúde		
não	73,8	47,5
sim	26,2	52,5
Onde costuma procurar ginecologista		
serviço público	65,6	41,5
particular	12,3	10,1
plano de saúde ou convênio	22,1	48,4
Tem ou já teve acompanhamento ginecológico		
regular		
não	54,1	13,9
sim	45,9	86,1

Tabela 2 - Mulheres de 18 a 59 anos, com e sem acesso à consulta ginecológica nos últimos 12 meses. Distribuições percentuais segundo características socioeconômicas selecionadas. Belo Horizonte, 2002.

Característica	(fim)	
	Não foi ao ginecologista nos últimos 12 meses	Foi ao ginecologista nos últimos 12 meses
Método anticoncepcional		
hormonais	22,5	24,5
barreira	12,3	15,2
diu	2,9	6
cirurgicos	28,3	31
naturais e outros	3,3	2,2
não está usando/nunca usou	30,7	21,1
Quantos anos tinha na primeira relação		
menos de 15 anos	6,6	5,1
15 a 19 anos	47,9	50,6
20 a 24 anos	33,6	29,2
25 a 29 anos	7,8	11
30 anos ou mais	4,1	4,1
Teve DST		
sim	24,6	38,2
não	75,4	61,8
Evitaria relação se o parceiro não usasse camisinha		
com toda certeza	66,8	70,7
com alguma certeza	11,5	11,4
não tentaria evitar	21,7	17,9
N	244	739

Fonte de dados básicos: Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça, 2002.

Das 983 mulheres analisadas neste trabalho – de 18 a 59 anos, que já tinham tido relação sexual e já haviam consultado ginecologista alguma vez na vida – 75,2% (N=739) tiveram consulta ginecológica nos 12 meses antes da entrevista, enquanto 24,8% (N=244) não consultaram um ginecologista neste mesmo período. A TAB 2 indica que, no tocante à idade, não há grandes diferenças entre as mulheres que realizaram ou não realizaram a consulta ginecológica nos últimos 12 meses.

Quanto à distribuição por raça/cor, pode-se perceber que também não houve grandes diferenças entre os dois grupos. Entre as entrevistadas que foram ao ginecologista, 44,3% eram brancas e 33,6% eram pardas. Já entre as que não foram, este percentual para as brancas e pardas foi 46,8% e 34,5%, respectivamente. No entanto, no caso das pretas, nota-se uma diferença um pouco mais visível, já que 22,1% não foram ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa, enquanto 18,7% foram.

Já no que diz respeito ao estado conjugal das entrevistadas, podemos perceber que as mulheres que não foram ao ginecologista nos 12 meses que antecederam a entrevista eram predominantemente casadas (41,8%), bem como aquelas que foram a esta consulta (49,6%). Vale ressaltar também que, entre as mulheres que não foram, há um percentual um pouco menor de unidas, comparativamente àquelas que foram a uma consulta no período de referência (14,8% e 16,5% respectivamente). Ao mesmo tempo, as divorciadas/separadas também representaram um percentual pequeno daquelas que mulheres que foram ao ginecologista nos últimos 12 meses (10,6%). Estes resultados parecem indicar que ser casada ou estar em união está associado à probabilidade de que uma mulher tenha tido uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa, enquanto ser divorciada/separada ou viúva reduziria esta probabilidade. Ademais, parecem também indicar que as mulheres com companheiro buscaram mais o cuidado do que aquelas que tiveram companheiro e no momento não tem mais. Em outras palavras, ir ao ginecologista parece estar relacionado a estar casado/ em união.

Em se tratando da parturição das entrevistadas, percebe-se que o número total de filhos nascidos vivos de mulheres que não foram ao ginecologista nos últimos 12 meses é maior relativamente àquelas que foram ao ginecologista. Isso é indicado por uma distribuição no número de filhos mais concentrada em parturições de ordem 3 ou mais entre as mulheres que não foram ao ginecologista, relativamente às que foram. Assim, 32,8% das mulheres que não foram ao ginecologista nos últimos 12 meses tinham 3 filhos ou mais, seguido por 25,8% de mulheres que tinham 2 filhos, enquanto 28,9% das mulheres que foram ao ginecologista tem 3 filhos ou mais, seguido por 25,2% que não tem filhos. Estes números indicam que, ao contrário do que deveria ocorrer, as mulheres com mais filhos estariam indo menos ao ginecologista, reforçando a noção que as mulheres com características sócio-demográficas desfavoráveis buscariam menos a consulta ginecológica. Poderia estar havendo, também, uma interação com idade já que mulheres com número maior de filhos tenderiam a ser mais velhas, e mulheres mais velhas tendem a ir menos ao ginecologista.

A TAB 2 indica, também, que as mulheres que não foram ao ginecologista nos 12 meses em questão podem ser consideradas em pior situação socioeconômica se comparadas com aquelas que foram ao ginecologista. No caso do número de cômodos na casa, por exemplo, percebe-se que, entre as mulheres que foram ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa, 16,5% possuíam domicílios com apenas 1 a 4 cômodos; no caso das mulheres que não foram ao ginecologista neste mesmo período, este percentual subiu para 22,1%. No outro extremo, percebe-se que cerca de 24% das mulheres que foram ao ginecologista nos 12 meses em questão possuíam 9 cômodos ou mais em suas casas, enquanto para as mulheres que não foram, este número caiu para cerca de 20%.

As mulheres que não foram ao ginecologista nos últimos 12 meses também apresentam menor escolaridade, posto que 16,8% delas tinham apenas entre 0 a 3 anos de estudo, enquanto que, para as mulheres que realizaram a consulta nos últimos 12 meses, esse percentual caiu para 8,7%. No outro extremo da escolaridade, esta desigualdade é reafirmada na medida em que 12,3% das mulheres que não realizaram esta consulta no período de referência tinham 12 anos ou mais de estudo, cerca de 7 pontos percentuais a menos do que aquelas que tiveram acesso a consulta ginecológica.

No tocante à religião, a tendência foi a mesma para as mulheres que realizaram ou não a consulta. Em ambos os casos, as entrevistadas disseram ser predominantemente católicas, seguidas por protestantes ou pentecostais e, finalmente, atéia ou outras religiões.

No que concerne ao plano de saúde, 73,8% das mulheres que não foram ao ginecologista não possuíam plano de saúde, enquanto que, para as mulheres que realizaram uma consulta nos últimos 12 meses, esse percentual caiu para 47,5%. É reafirmada aí a tendência apresentada anteriormente, onde as mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis tendem a ir menos ao ginecologista, se comparadas àquelas com uma situação melhor.

Sobre a consulta ginecológica em si, 65% daquelas entrevistadas que não foram ao ginecologista indicaram que costumavam procurar a consulta ginecológica no serviço público, seguidos por 22,1% que indicaram procurar a partir de plano ou

convênio e 12,3% que indicaram particular. Já 48,4% daquelas entrevistadas que foram ao médico nos 12 meses anteriores à pesquisa indicaram que costumavam ir através plano de saúde ou convênio, seguido por 41,5% que indicaram serviço público e 10,1% que indicaram particular. Nota-se que a busca pela consulta ginecológica estaria positivamente relacionada a possuir plano de saúde.

Em se tratando de um acompanhamento ginecológico regular, ficou clara a discrepância entre as duas categorias. Apenas 13,9% das entrevistas que indicaram ir ao ginecologista nos últimos 12 meses não tinham acompanhamento ginecológico regular, enquanto que, para as que não foram ao ginecologista, esse percentual sobe para 54,1%, o que indicaria que a consulta ginecológica tende a estar presente na vida da mulher mais como um hábito, uma rotina, do que como um evento esporádico.

No que se refere ao método anticoncepcional usado pelas entrevistadas, algumas diferenças podem ser pontuadas. Cerca de 31% das mulheres que não foram ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa não estavam usando qualquer método ou nunca usaram, enquanto 28% faziam uso de algum método cirúrgico (esterilização feminina ou masculina). Quando se trata daquelas mulheres que tiveram uma consulta nos 12 meses anteriores à pesquisa, percebemos que a maioria fazia uso de algum método cirúrgico (31%), seguido pelos métodos hormonais (24,5%). É interessante perceber que os métodos de barreira, os únicos que também evitam doenças sexualmente transmissíveis, figuram em quarto lugar como o preferido das entrevistadas, sendo usados por 12,3% das mulheres que não foram ao ginecologista nos últimos 12 meses e 15,2% daquelas que foram. Nota-se que, para todos os métodos, há uma maior proporção de uso entre mulheres que buscaram uma consulta ginecológica nos últimos 12 meses. No entanto, devido à grande importância que os métodos contraceptivos apresentam na vida das mulheres, prevenindo-as de ISTs e de uma gravidez indesejável, ainda há muitas mulheres usando métodos sem o acompanhamento necessário.

No que se refere à idade à primeira relação sexual, não foram observadas grandes diferenças entre os dois grupos de mulheres. Nos dois casos, a maioria das mulheres perdeu a virgindade entre 15 e 19 anos.

Sobre se as mulheres tiveram DST ou sintoma, percebe-se que, das mulheres que foram ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa, 38,2% tiveram DST ou sintoma. Este percentual caiu para 24,6% quando as indagadas eram as mulheres que não foram ao ginecologista nos últimos 12 meses. Nota-se que, provavelmente, ter tido uma IST ou um sintoma levou a mulher a buscar a consulta ginecológica, embora a relação causal, de fato, não possa ser estabelecida.

Por fim, quando a questão era se evitariam a relação se o parceiro não usasse camisinha, percebe-se que não há grandes diferenças. No caso das mulheres que indicaram que não evitariam a relação, nota-se que aquelas que não foram ao ginecologista nos últimos 12 meses adotaram mais esta posição do que as que tiveram a consulta ginecológica. No outro extremo, as mulheres que indicaram que evitariam a relação, com certeza, se o parceiro se recusasse a usar camisinha são, em sua maioria, aquelas que foram a uma consulta ginecológica nos últimos 12 meses. Este resultado pode estar indicando que as mulheres que buscaram a consulta ginecológica eram mais independentes ou tinham mais poder em relação à suas decisões.

Os resultados encontrados aqui corroboram a literatura encontrada, com algumas exceções. A primeira exceção diz respeito à escolaridade, já que a literatura indica que a realização de uma consulta ginecológica apresenta uma relação direta com a escolaridade. No entanto, na população aqui estudada, as mulheres que mais realizaram esta consulta foram aquelas com 8 a 11 anos de estudo, e não as com 12 anos ou mais, conforme era esperado. O método anticoncepcional foi a outra exceção, já que a literatura indica que as mulheres que fazem uso de métodos hormonais são aquelas com maiores chances de terem realizado uma consulta. No caso de Belo Horizonte, as mulheres com maiores chances de terem realizado a consulta foram as esterilizadas.

No item a seguir, serão apresentados os perfis de acesso à consulta ginecológica gerados pelo método GoM.

4.2 Perfis de acesso à consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa

A construção dos perfis extremos é feita a partir da estimação dos valores de λ_{kij} . Estimados esses valores, é calculada a razão entre eles e as freqüências marginais de cada categoria contemplada no modelo, o que possibilitará definir as características dominantes em cada perfil. As categorias com razão acima de 1,2 (sombreadas na TAB3) foram aquelas inseridas no delineamento de cada perfil.

Tabela 3 - Freqüências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de idade. Belo Horizonte, 2002.

(continua)									
1 Grupo etário	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
18 a 19 anos	3,1	0,0	0,5	8,2	0,0	0,0	0,2	2,7	0,0
20 a 24 anos	12,1	0,7	9,7	21,9	7,1	0,1	0,8	1,8	0,6
25 a 29 anos	14,9	2,7	14,8	20,9	14,5	0,2	1,0	1,4	1,0
30 a 34 anos	16,3	10,0	18,2	20,1	14,0	0,6	1,1	1,2	0,9
35 a 39 anos	15,0	12,0	13,9	14,1	21,3	0,8	0,9	0,9	1,4
40 a 44 anos	12,1	9,0	18,7	8,4	12,3	0,7	1,5	0,7	1,0
45 a 49 anos	11,6	20,7	14,5	0,4	16,2	1,8	1,3	0,0	1,4
50 a 54 anos	8,2	22,8	7,8	5,6	3,8	2,8	0,9	0,7	0,5
55 a 59 anos	6,8	22,2	2,0	0,4	11,1	3,3	0,3	0,1	1,6
2 Raça/cor	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
branca	46,2	31,4	35,9	42,6	75,4	0,7	0,8	0,9	1,6
preta	19,5	39,0	20,1	21,8	2,5	2,0	1,0	1,1	0,1
parda	34,3	29,6	44,0	35,6	22,1	0,9	1,3	1,0	0,6
3 Situação conjugal	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
solteira	20,2	5,5	0,9	31,9	33,6	0,3	0,0	1,6	1,7
casada	47,7	20,9	58,3	52,9	45,2	0,4	1,2	1,1	0,9
unida	16,1	41,4	21,0	7,0	8,9	2,6	1,3	0,4	0,6
divorciada/separada	12,1	19,8	16,1	7,4	10,2	1,6	1,3	0,6	0,8
viúva	3,9	12,4	3,7	0,8	2,1	3,2	1,0	0,2	0,5
4 Parturição	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
sem filhos	24,3	6,6	0,7	34,7	50,7	0,3	0,0	1,4	2,1
1 filho	21,4	6,3	16,3	30,8	22,9	0,3	0,8	1,4	1,1
2 filhos	24,4	11,0	37,0	24,2	16,6	0,4	1,5	1,0	0,7
3 filhos ou mais	29,9	76,1	46,0	10,2	9,8	2,5	1,5	0,3	0,3
5 Bens duráveis	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
0 a 5 pontos	18,2	47,0	27,6	12,5	0,0	2,6	1,5	0,7	0,0
6 a 8 pontos	26,3	34,9	38,3	28,8	3,8	1,3	1,5	1,1	0,1
9 a 12 pontos	30,7	18,2	31,2	37,3	30,5	0,6	1,0	1,2	1,0
13 pontos ou mais	24,8	0,0	2,9	21,4	65,7	0,0	0,1	0,9	2,6
6 Número de cômodos	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 a 4	17,9	32,1	27,7	17,3	0,0	1,8	1,5	1,0	0,0
5 a 6	34,5	43,1	50,4	37,9	7,3	1,2	1,5	1,1	0,2
7 a 8	24,4	16,8	16,6	31,2	30,1	0,7	0,7	1,3	1,2
9 ou mais	23,2	8,1	5,3	13,6	62,7	0,3	0,2	0,6	2,7
7 Anos de estudo	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
0 a 3 anos	10,7	100	0	0	0	9,4	0,0	0,0	0,0
4 a 7 anos	29,4	0	100	0	0	0,0	3,4	0,0	0,0
8 a 11 anos	42,5	0	0	100	0	0,0	0,0	2,4	0,0
12 anos ou mais	17,4	0	0	0	100	0,0	0,0	0,0	5,7
8 Religião	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
católica	61,3	72,6	55,8	61,3	64,1	1,2	0,9	1,0	1,0
protestante/pentecostal	24,0	24,9	37,3	25,0	2,4	1,0	1,6	1,0	0,1
atéia ou outras	14,7	2,5	6,9	13,7	33,6	0,2	0,5	0,9	2,3
9 Plano de saúde	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
não	54,0	93,6	88,2	49,9	1,7	1,7	1,6	0,9	0,0
sim	46,0	6,4	11,8	50,1	98,3	0,1	0,3	1,1	2,1
10 Foi ao ginecologista nos últimos 12 meses	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
não	24,8	44,5	32,1	18,0	14,2	1,8	1,3	0,7	0,6
sim	75,2	55,5	67,9	82,0	85,8	0,7	0,9	1,1	1,1

Tabela 2 - Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores de perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para mulheres com 18 a 59 anos de idade. Belo Horizonte, 2002.

(fim)

11 I Onde costuma procurar o									
ginecologista	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
serviço público	47,5	100,0	96,0	31,2	0,0	2,1	2,0	0,7	0,0
particular	10,7	0,0	3,4	16,2	17,5	0,0	0,3	1,5	1,6
plano ou convênio	41,8	0,0	0,7	52,6	82,5	0,0	0,0	1,3	2,0
12 I Onde foi o último atendimento									
	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
serviço público	30,0	53,6	60,3	21,5	0,3	1,8	2,0	0,7	0,0
particular	8,0	1,8	3,7	12,1	10,7	0,2	0,5	1,5	1,3
plano ou convênio	37,1	0,0	0,0	46,7	76,8	0,0	0,0	1,3	2,1
não foi nos últimos 12 meses	24,8	44,6	36,0	19,7	12,1	1,8	1,5	0,8	0,5
13 I Tem ou já teve acompanhamento									
ginecológico regular	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
não	23,9	39,4	32,8	24,1	0,0	1,6	1,4	1,0	0,0
sim	76,1	60,6	67,2	75,9	100,0	0,8	0,9	1,0	1,3
14 I Método anticoncepcional									
	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
hormonais	24,0	4,2	23,1	35,2	20,1	0,2	1,0	1,5	0,8
barreira	14,5	0,0	13,3	17,3	21,3	0,0	0,9	1,2	1,5
diu	5,2	0,0	9,0	5,8	2,8	0,0	1,7	1,1	0,5
cirurgicos	30,4	46,8	46,7	19,8	18,6	1,5	1,5	0,7	0,6
naturais e outros	2,4	1,6	2,8	3,0	1,8	0,6	1,2	1,2	0,7
não esta usando/nunca usou	23,5	47,5	5,1	18,9	35,4	2,0	0,2	0,8	1,5
15 I Idade a primeira relação									
	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
abaixo de 15 anos	5,5	22,2	6,3	0,4	1,6	4,0	1,2	0,1	0,3
15 a 19 anos	50,0	41,3	59,5	57,4	32,0	0,8	1,2	1,1	0,6
20 a 24 anos	30,3	21,4	25,3	27,2	47,7	0,7	0,8	0,9	1,6
25 a 29 anos	10,2	8,3	5,3	12,1	14,0	0,8	0,5	1,2	1,4
30 anos ou mais	4,1	6,9	3,6	2,8	4,8	1,7	0,9	0,7	1,2
16 I Teve dst ou sintoma									
	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
sim	34,8	27,6	40,5	36,9	27,7	0,8	1,2	1,1	0,8
não	65,2	72,4	59,5	63,1	72,3	1,1	0,9	1,0	1,1
17 I Evitaria relação se o parceiro não usasse camisinha									
	Freq	I	II	III	IV	I	II	III	IV
com toda certeza	69,8	63,0	63,5	72,5	78,8	0,9	0,9	1,0	1,1
com alguma certeza	11,4	3,5	10,3	11,6	17,3	0,3	0,9	1,0	1,5
não tentaria evitar	18,8	33,5	26,2	15,9	4,0	1,8	1,4	0,8	0,2

Fonte dos dados básicos: Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça, 2002.

A seguir, os resultados serão apresentados separadamente para cada perfil.

4.2.1 Perfil I

As mulheres que são tipos puros do perfil I apresentaram uma maior probabilidade de serem as mais desprivilegiadas quanto às suas características socioeconômicas. Isso se reflete claramente no número de bens duráveis e de cômodos que estas possuem em suas casas. Estas mulheres têm escolaridade de 0 a 3 anos e apresentam uma maior probabilidade de não possuírem plano de saúde. Enquanto, na população, 46% das mulheres tinham plano de saúde, no perfil I as mulheres apresentaram uma probabilidade de 6,4% de terem plano, ou seja, as mulheres pertencentes a este perfil têm cerca de 7 vezes menor

probabilidade de ter acesso a um plano de saúde. No que tange às suas características demográficas, as mulheres deste perfil apresentam uma maior probabilidade de serem mais velhas, já que suas idades variam entre 45 e 59, anos e de serem pretas, além de unidas, divorciadas/separadas ou viúvas, no que tange a situação conjugal. Essas mulheres apresentam, também, maior probabilidade de terem 3 ou mais filhos (29,9% da população têm 3 ou mais filhos, sendo que para o perfil I essa porcentagem é de 76,1%).

No que diz respeito à dimensão saúde, as mulheres deste perfil apresentaram maior probabilidade de não estarem usando/nunca terem usado algum tipo de método anticoncepcional ou de fazerem uso de métodos cirúrgicos. Estas mulheres iniciaram sua vida sexual com menos de 15 anos ou mais de 30. No que diz respeito à consulta ginecológica, essas mulheres apresentaram uma maior probabilidade de não terem acompanhamento regular, de não terem visitado o ginecologista nos últimos 12 meses e de, quando visitaram, terem feito uso do serviço público. As mulheres tipos puros deste perfil apresentam 100% de probabilidade de irem ao serviço público procurar um ginecologista, enquanto que, para a população como um todo este percentual era de 47,51%.

No que tange a variável da dimensão poder, percebe-se que as mulheres deste perfil não tentariam evitar uma relação sexual se o companheiro se recusasse a usar o preservativo. Há duas possibilidades: ou elas não se sentiram empoderadas para exigir o uso de camisinha, ou elas não consideraram o uso da camisinha relevante. Cabe ressaltar que cerca de 47% destas mulheres são esterilizadas ou têm parceiros vasectomizados. Sendo assim, o uso de camisinha não seria para fins de contracepção, mas de proteção em relação às ISTs.

Em suma, este perfil apresenta mulheres desfavorecidas. Como será visto adiante, este perfil é caracterizado por condições de saúde e sócio-demográficas piores relativamente aos demais perfis. Ele será chamado, portanto, daqui em diante, de *perfil das mais desfavorecidas*.

4.2.2 Perfil II

As mulheres contempladas pelo perfil II apresentam uma escolaridade um pouco mais alta (4 a 7 anos de estudo) quando comparadas ao perfil I. Percebe-se uma tendência de ligeira melhora em relação ao perfil I nas demais variáveis da dimensão socioeconômica. No tocante a plano de saúde, estas mulheres apresentaram trinta pontos percentuais a mais de probabilidade de não terem plano de saúde quando comparado a população total (88,2% e 54%, respectivamente). Estas entrevistadas apresentaram, também, uma maior probabilidade de terem poucos bens duráveis e cômodos em suas casas. No que tange as variáveis da dimensão demográfica, nota-se que estas mulheres apresentam uma maior probabilidade de serem um pouco mais jovens (40 a 49 anos) quando comparadas ao perfil I e de terem uma parturição de 2 ou mais filhos. As mulheres deste perfil apresentam, ainda, uma maior probabilidade de serem pardas, protestantes ou pentecostais, e de serem casadas, unidas ou divorciadas/separadas.

No que diz respeito à dimensão saúde, as mulheres pertencentes a este perfil apresentam maior probabilidade de fazerem uso de algum método cirúrgico. Aqui, chama atenção a proporção de mulheres que utilizam o DIU, o qual exige acompanhamento médico regular. No entanto, estas mulheres também apresentam maior probabilidade de não terem um acompanhamento ginecológico regular, de não terem ido ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa e de, quando o fizeram, terem procurado o serviço público. A probabilidade de procurar o serviço público é bem superior nesse perfil (95,9%) do que na população total (47,5%).

Na variável da dimensão poder, percebe-se a mesma tendência do perfil anterior. Em outras palavras, estas mulheres apresentam uma maior probabilidade de não evitarem a relação sexual se o parceiro se recusar a usar a camisinha. O fato de que 47% delas são esterilizadas ou têm parceiros vasectomizados e 9% delas utilizam o DIU sugere que o uso de métodos contraceptivos seguros as “libera” do uso da camisinha. Mais uma vez, aparentemente prevalece a preocupação com a contracepção, em detrimento da proteção contra ISTs.

Pode-se indicar que este perfil é, assim como o perfil I, desfavorecido no que diz respeito às características socioeconômicas e de acesso à saúde. No entanto, à

escolaridade, parturição e plano de saúde, os tipos puros deste perfil apresentaram-se em melhor posição. Este perfil será denominado, portanto, de *perfil das desfavorecidas*.

4.2.3 Perfil III

Quanto ao especto educacional, as mulheres pertencentes ao perfil III tinham entre 8 e 11 anos de estudo. No que concerne às demais variáveis da dimensão socioeconômica, percebe-se que elas apresentam uma maior probabilidade de terem 7 a 8 cômodos em suas casas e de terem mais bens duráveis do que os dois perfis anteriores. Já no que tange a dimensão demográfica, percebe-se que essas mulheres apresentam maior probabilidade de serem mais jovens, com idade entre 18 e 34 anos e por isso também apresentam maior probabilidade de serem solteiras e sem filhos ou com apenas 1 filho.

Nas variáveis da dimensão saúde, nota-se que, além de terem maior probabilidade de usarem métodos hormonais ou naturais/outras, essas mulheres apresentam maior probabilidade de procurarem uma consulta ginecológica por meio de serviço particular ou plano de saúde.

No que tange à dimensão poder, percebe-se que não há um padrão bem delineado. Assim, devido a esta escolaridade mais elevada e às melhores características socioeconômicas, este perfil será chamado de *perfil das favorecidas*.

4.2.4 Perfil IV

O perfil 4 reúne as mulheres de alta escolaridade, ou seja, 12 anos ou mais de estudo. Estas mulheres apresentam maior probabilidade de terem mais bens duráveis e cômodos em suas residências. Enquanto, na população total, apenas 23,2% das entrevistadas tem 9 cômodos ou mais, neste perfil as mulheres apresentam 62,6% de probabilidade de terem este número de cômodos. Também apresentam maior probabilidade de serem atéias/outras e de terem plano de

saúde. É importante pontuar que a probabilidade de se ter um plano de saúde é de 98,3%, enquanto apenas 46% da população tinham acesso a um plano. Nota-se, portanto, que, no que tange as variáveis socioeconômicas, estas mulheres apresentam situação bem favorável.

Observando as variáveis da dimensão demográfica, percebe-se que estas mulheres apresentam maior probabilidade de terem entre 35 a 39 anos, 45 a 49 ou 55 a 59, de serem solteiras e brancas. As mulheres pertencentes a este perfil tem maior probabilidade de não terem filhos (cerca de 2 vezes mais do que a população de fato).

Nas variáveis da dimensão saúde, percebe-se que as mulheres deste perfil apresentam maior probabilidade de fazerem uso de método de barreira ou de não estarem usando ou de nunca terem usado algum método anticoncepcional. Estas mulheres apresentam maior probabilidade de terem iniciado suas vidas sexuais com idade entre 20 e 29 anos. Elas ainda apresentam maior probabilidade de terem um acompanhamento ginecológico regular, de procurarem este serviço através de plano de saúde ou consulta particular. Nota-se que, quando comparadas à população total, essas mulheres têm maior probabilidade de procurar um ginecologista particular com mais frequência – a probabilidade cresce em cerca de 7 pontos percentuais e, no caso de plano ou convênio, cresce 41 pontos percentuais.

Na dimensão poder, nota-se uma diferença com relação aos perfis anteriores. Aqui, se o parceiro se recusasse a usar preservativo numa relação, as mulheres deste perfil tentariam evitá-la com alguma certeza. Portanto, aparentemente, estas mulheres parecem se sentir mais empoderadas em relação à negociação do uso de preservativo do que as mulheres dos perfis anteriores.

Devido ao fato das mulheres pertencentes ao perfil IV terem escolaridade mais elevada, grande acesso a plano de saúde, a acompanhamento ginecológico regular, entre outras características mais favoráveis, chamaremos este perfil de *perfil das mais favorecidas*.

4.2.5 Algumas considerações

É interessante fazer algumas considerações acerca dos perfis delineados pelo método GoM. Como dito anteriormente, o perfil I é aquele onde as mulheres mais desfavorecidas se encontram. Se observarmos o estado conjugal destas mulheres, percebe-se que elas apresentam maior probabilidade de serem unidas, divorciadas/separadas ou viúvas, o que pode significar que estas mulheres ou não tem um companheiro ou, quando o têm, esta união se dá de maneira menos estável, o que reafirma a condição de mais desfavorecidas. Outro ponto que reforça essa condição é o fato das entrevistadas apresentarem alta probabilidade de não evitarem a relação sexual caso o parceiro se recusasse a usar camisinha. Esse resultado sugere que, nas relações de gênero, as mulheres deste perfil seriam desempoderadas e, portanto, também desfavorecidas.

No perfil II também se encontram mulheres desfavorecidas, porém em situação um pouco melhor do que as do perfil I. A escolaridade destas é superior à das primeiras e a probabilidade de terem ido ao ginecologista nos últimos 12 meses um pouco maior, o que as torna um pouco menos desfavorecidas do que as mulheres pertencentes ao perfil I. Porém, vale ressaltar que estas mulheres são um pouco mais jovens do que às do perfil I. Assim, conforme visto na literatura, este acesso ao ginecologista um pouco superior já era esperado.

Quanto ao perfil III, apesar de haver várias variáveis que não se delinearam de forma marcante, este se mostrou como um perfil mais favorável, se comparado aos anteriores. As mulheres pertencentes a ele apresentam uma escolaridade relativamente alta, além de o acesso destas à consulta ginecológica se dar, prioritariamente, através de plano de saúde ou convênio e consultas particular. No entanto, este perfil se apresenta em piores condições em relação ao perfil IV, já que apresentam menos bens duráveis e cômodos em suas casas.

Já o perfil IV foi aquele que se apresentou como o mais favorecido. As mulheres apresentaram maior probabilidade de terem alto nível de escolaridade, de serem brancas e de terem plano de saúde. Entretanto, é importante pontuar que, diferente do esperado, ter ido a uma consulta ginecológica nos últimos 12 meses não foi uma característica marcante destas mulheres. Isto ocorre mesmo com a

maior probabilidade de terem ou já terem tido um acompanhamento ginecológico regular. Desta forma, estas mulheres, apesar de não terem ido ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa, se considerariam seguras, o que poderia fazer com que elas não se preocupassem tanto com a saúde quanto deveriam.

Outro ponto interessante que vale ser ressaltado se refere a variável 'teve DST ou sintoma' na medida em que esta variável, diferente do esperado, não foi uma característica marcante em nenhum dos perfis. Isto pode significar que não há uma diferenciação deste tipo de doença para mulheres de diferentes classes sociais ou escolaridade, embora haja uma diferença de acesso à informação e embora a análise descritiva tenha indicado que as mulheres que apresentaram DST ou sintoma procuraram mais a consulta ginecológica do que as que não apresentaram sintoma. É importante ressaltar que a percepção de DST não é uma coisa simples, na medida em que muitas mulheres consideram como DST apenas o HIV, a gonorréia e a sífilis, não considerando doenças menos "populares", como a cândida e até mesmo o HPV e, posteriormente o câncer de colo uterino.

Muitos dos resultados encontrados aqui reafirmam o que foi encontrado na literatura. No que diz respeito às variáveis da dimensão socioeconômica, não houve grandes diferenças, já que a renda e a escolaridade apresentaram uma relação direta com a realização da consulta, bem como possuir plano de saúde. O mesmo pode ser dito das variáveis da dimensão de saúde, já que os resultados encontrados corroboram a literatura pesquisada.

No que cerne a dimensão demográfica, percebe-se alguns resultados diferentes do esperado. A literatura discutida indica que há uma relação inversa entre idade e realização da consulta ginecológica, ou seja, quanto mais velha a mulher, menor é a probabilidade dela realizar uma consulta ginecológica. O resultado encontrado aqui segue um pouco este padrão. No entanto, quando as mulheres mais velhas possuem características socioeconômicas mais favoráveis, este padrão não é observado. O mesmo pode ser dito da parturição. A literatura indica, neste caso, que uma mulher com filho tem mais probabilidade de ter procurado uma consulta ginecológica do que uma mulher sem filhos. No entanto, o resultado encontrado não reafirma isto, já que as mulheres com maior probabilidade de

terem realizado esta consulta são as sem filhos. Este resultado pode ter sido encontrado porque as mulheres com maior probabilidade de não terem filhos também são aquelas com maior probabilidade de terem alta escolaridade e as demais características socioeconômicas e demográficas mais favoráveis.

Foi encontrado, também, um resultado diferente daquele indicado pela literatura para a situação conjugal. A literatura indica que as mulheres casadas apresentam uma maior probabilidade de terem realizado uma consulta ginecológica. No entanto, os resultados aqui encontrados indicam que as mulheres solteiras são aquelas com maior probabilidade de terem realizado a consulta nos 12 meses anteriores à pesquisa.

No que cerne a dimensão poder, os resultados foram, em certa medida, esperados, já que as mulheres que não realizaram a consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa são aquelas que não tentariam evitar a relação sexual se o parceiro se recusasse a usar camisinha. No entanto, no outro extremo, as mulheres de maior escolaridade e que realizaram a consulta ginecológica indicaram apenas com alguma certeza que tentariam evitar a relação.

A seguir, será apresentada a prevalência de cada perfil dentro da população estudada.

4.3 Prevalência dos perfis

A TAB 4 apresenta a prevalência de cada perfil na população estudada. Esta prevalência é calculada através de uma média dos pertencimentos das mulheres em cada perfil, equivalendo a um score médio para cada um dos perfis. Estes scores médios representam, portanto, a prevalência de cada um dos perfis na população total estudada (Drumond et al, 2007).

Assim, é importante indicar que o perfil com maior prevalência na população é o III, o que é positivo, na medida em que esse perfil não figura entre os piores. Em seguida, aparece o perfil II como mais prevalente, seguido pelo perfil IV e, por fim, pelo perfil I, que é o menos prevalente.

O fato de que o perfil onde se encontram as mulheres mais desfavorecidas ser o menos prevalente na população é um fato positivo. No entanto, deve-se ter em mente que quase 12% da população estudada, em média, possuiria algumas características deste perfil, o que não é uma proporção desprezível. Outro ponto importante se refere ao perfil com as melhores características, ou seja, o perfil IV. Este perfil é o penúltimo em prevalência, o que indica que muito ainda deve ser trabalhado para que as mulheres apresentem um melhor quadro não apenas de acesso às consultas ginecológicas, mas de condições de vida de uma maneira geral.

Tabela 4 - Prevalência dos perfis na população estudada. Belo Horizonte, 2002.

	Valor abs.	%
Perfil 1	117	11,9
Perfil 2	288	29,3
Perfil 3	382	38,9
Perfil 4	196	19,9
N	983	100

Fonte de dados básicos: Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça, 2002.

A seguir, serão apresentados os resultados qualitativos. Buscar-se-á entender as percepções das mulheres entrevistadas a respeito da consulta ginecológica.

5 PERCEPÇÕES ACERCA DAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS EM BELO HORIZONTE

O objetivo deste capítulo é identificar e comparar as percepções de mulheres de 18 a 59 anos, residentes em Belo Horizonte, acerca da consulta ginecológica. Especificamente, este capítulo irá discutir a primeira consulta ginecológica e as consultas subseqüentes. Neste segundo item, serão abordadas além da consulta em si, questões relativas ao profissional ginecologista, o acesso à consulta ginecológica e como seria a consulta ideal das entrevistadas. As falas ou diálogos retirados das entrevistas em profundidade e apresentadas a seguir são utilizadas para responder estas questões.

As entrevistas aqui utilizadas são oriundas do Projeto “Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao tratamento de câncer de colo uterino: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG”. Das 60 entrevistas realizadas, 33 se encaixam nos perfis extremos delineado neste trabalho, a partir de seis variáveis escolhidas: idade, escolaridade, situação conjugal, raça/cor, posse de plano de saúde e parturição.

As 33 mulheres entrevistadas se distribuem pelos 4 perfis delineados nesta dissertação, conforme indica a TAB 5. Destas, com base nas seis variáveis selecionadas, 5 estão no perfil das mais desfavorecidas, 7 no perfil das desfavorecidas, 11 no das favorecidas e 10 no das mais favorecidas, com base nas seis variáveis selecionadas. A fim de preservar a identidade das entrevistadas, os nomes usados para identificar os extratos de fala são fictícios. Nas fala, “E:” significa entrevistadora.

TAB 5 - Características de maiores probabilidades de ocorrência nos perfis extremos delineados pelo método GoM, utilizadas na seleção das entrevistas. Belo Horizonte, 2002.

	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
idade	45 a 59 anos	40 a 49 anos	18 a 34 anos	35-39/45-49/55-60
escolaridade	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12+
situação conjugal	unida/div-sep/viuva	casada/unida/div-sep	solteira	solteira
raça/cor	preta	parda		branca
plano de saúde	não	não		sim
parturição	3+	2+	0-1	0
num. de entrevistas	5	7	11	10

Fonte de dados básicos: Pesquisa SRSR e Prosare, UFMG/Cedeplar, 2002.

5.1 A primeira consulta ginecológica

É razoável esperar que a primeira consulta ginecológica apresente uma grande importância na vida da mulher. É ela que “apresentará” a paciente à consulta ginecológica. Uma boa primeira experiência é fundamental para que a mulher volte outras vezes e faça da consulta ginecológica um instrumento de prevenção e conhecimento. O momento quando ela acontece também é vital, já que esta consulta tem um importante papel informativo. As perguntas a serem respondidas aqui são: Quando uma mulher deve ir pela primeira vez ao ginecologista? A primeira consulta aconteceu, de fato, quando as mulheres indicaram que ela deveria acontecer? Como as pacientes se sentiram nessa consulta? Há uma relação entre primeira consulta e reprodução?

A primeira consulta das mulheres de baixa escolaridade – 0 a 3 e 4 a 7 anos de estudo – está intimamente relacionada à gravidez. Estas mulheres procuraram uma consulta ginecológica pela primeira vez quando estavam grávidas ou por desconfiarem estar nesta condição.

E: E a senhora lembra quando a senhora foi ao ginecologista pela primeira vez?

Marta: Primeira? Quando eu tive meu primeiro menino. Meu menino tá com 38 anos agora.

E: Então a senhora tinha uns 20 anos mais ou menos?

Marta: Isso mesmo. Quando eu ganhei ele, tinha 22.

E: E a senhora lembra dessa consulta?

Marta: Mais ou menos. Lembro mais ou menos.

E: Foi uma consulta meio de pré-natal mesmo?

Marta: Foi.

(0 a 3 anos de estudo, 59 anos)

E: Agora, quando que a senhora casou?

Sara: Ah, eu casei tava com 20 anos.

E: 20 anos?

Sara: É.

E: E nessa época a senhora ia ao ginecologista?

Sara: Não.

E: E quando engravidou?

Sara: Ah, quando engravidei eu fui. Eu fiz pré-natal, até trabalhava ainda. Eu fiz pré-natal quase na véspera de eu ganhar.

(0 a 3 anos de estudo, 55 anos)

E: Você lembra quando você começou a ir no ginecologista?
Clarice: Quando eu comecei a ir?
E: É.
Clarice: Uns 17 anos, com uns 17 anos.
E: E a sua primeira consulta ginecológica ela coincidiu com o início da sua vida sexual ou não?
Clarice: Já.
E: Você foi por qual motivo?
Clarice: Porque na época eu achei que tava grávida, mas foi alarme falso né? Aí depois eu engravidei a tive que ir mesmo (risos)
(4 a 7 anos de estudo, 40 anos)

Já para as mulheres com uma escolaridade mais alta, a primeira consulta se deu em outro momento da vida das entrevistadas. Estas buscaram esta consulta pela primeira vez para orientação sobre um método anticoncepcional ou porque tiveram a menarca.

E: Agora eu gostaria de falar um pouquinho sobre consulta ginecológica. Você já foi ao ginecologista?
Camila: Já.
E: Por que você foi?
Camila: Pra... primeiro eu fui pra poder o médico me indicar um anticoncepcional.
E: A primeira vez que você foi?
Camila: A primeira vez.
E: E você lembra quando que foi isso? Que idade você tinha?
Camila: Eu tinha 18 anos.
(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

E: Você lembra a primeira vez que você foi?
Cíntia: A primeira vez que eu fui, deixa eu ver... Foi antes de ter a primeira relação que eu fui na primeira vez. Que eu fui procurar saber, né? Do remédio. Como acontecia, e tal
E: E você lembra como que foi essa consulta?
Cíntia: (...) Eu fui pra conversar com ele, que eu queria ter relação e tal. Ele conversou normal, explicou, né? As coisas, o jeito de como engravidar e tal, também.
(8 a 11 anos de estudo, 23 anos)

E: Quando que você começou a ir no ginecologista?
Liliane: Ah, eu fui no ginecologista acho que com 16 anos, porque minha primeira menstruação foi com 15.
E: Então você já teve a menstruação mais [*]
Liliane: É. Eu já tive mais tarde. Aí fui no ginecologista da minha mãe...
(8 a 11 anos de estudo, 39 anos)

E: Agora a gente vai falar especificamente sobre as consultas ginecológicas. É... Você me falou que... Você se lembra a primeira vez que você foi ao ginecologista?

Letícia: Nossa. Eu tava com vinte anos.

E: Vinte anos? E você lembra como é que foi essa primeira consulta?

Letícia: Super constrangedora.

E: Era homem ou mulher?

Letícia: Homem.

E: E você lembra mais ou menos o que... Se ele fez algum exame, como é que foi?

Letícia: Fez. Eu era virgem, né?

E: Mas ele fez exame interno?

Letícia: Fez... Assim, conversou. Eu ia começar a tomar anticoncepcional, eu não sabia como é que era e tal.

(12 anos ou mais de estudo, 39 anos)

As falas sugerem que a primeira consulta ginecológica se deu em momentos bem diferentes para as mulheres mais escolarizadas e para as menos escolarizadas. Enquanto as menos escolarizadas tiveram acesso a esta consulta quando da primeira gravidez, ou por suspeita de gravidez, as mais escolarizadas procuram esta consulta para se informar sobre métodos anticoncepcionais, ou porque tiveram a sua primeira menstruação, ou seja, esta consulta acontece vinculada à busca pela informação, situação bem diferente daquelas pacientes menos escolarizadas, para as quais a primeira consulta acaba, muitas vezes, sendo uma consulta de pré-natal. São exatamente as mulheres que mais precisam de informação aquelas que não utilizaram a consulta ginecológica como fonte de informação sobre aspectos ligados à sexualidade e saúde reprodutiva

O momento em que a primeira consulta se dá é de grande importância para que a mulher tenha uma vida sexual saudável. Temas como o próprio corpo, sexualidade, e métodos anticoncepcionais são importantes questões que devem ser discutidas com o ginecologista.

As entrevistadas entendem a importância desse momento e é consenso que a primeira consulta deve ocorrer quando a mulher ainda é uma adolescente. Muitas mulheres, como as entrevistadas abaixo, acreditam que a primeira consulta deve estar vinculada à primeira menstruação, já que este é um momento onde o corpo da mulher passa por grandes transformações.

O início da vida sexual também foi apontado por muitas entrevistadas como um momento adequado para que a primeira consulta ginecológica aconteça, já que a informação, neste momento, é de extrema importância. A consulta ginecológica, nesta ocasião, foi apontada como um importante instrumento para que uma gravidez precoce não aconteça.

E: Quando que a senhora, acha, Jussara, que a mulher deve ir no ginecologista pela primeira vez?

Jussara: Ah, assim que a menstruação chegar, né?

E: Quando a menstruação chega? Hum hum, tá. Independente dela ter relação sexual, ou não?

Jussara: Não, aí tem que ver, né? Como é que é.

E: Mas eu digo assim, por exemplo é... Digamos que eu tenha menstruado agora, pela primeira vez, mas eu não tenho relação sexual.

Jussara: Mas você tem que ir ué. Pra controlar [*]

(0 a 3 anos de estudo, 49 anos)

E: E quando que você que acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Camila: Eu acho que logo na primeira menstruação.

E: Por que?

Camila: Pra ficar sabendo, conhecer o corpo.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

E: Quando você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Célia: Ai, eu acho que assim que ela começa a ter as primeiras relações sexuais, né?

E: Você acha que deve ir?

Célia: É. Pra prevenir, né?

(4 a 7 anos de estudo, 49 anos)

A mulher estar sentindo “alguma coisa” também a motiva na busca pela consulta ginecológica. No entanto, este não foi um ponto tão recorrente como o início da vida sexual ou a busca por métodos contraceptivos. Neste caso, a idéia de cura, vem atrelada à prevenção.

E: Quando você acha Marcela, que uma mulher deve ir ao ginecologista a 1ª vez na vida dela?

Marcela: Eu acho que na hora que, pra mim, é na hora, ou se ela tiver sentindo alguma coisa, pra poder ir ou, se ela tiver tendo relação sexual com alguém, pra prevenir, depois acontece alguma coisa errada, engravida.

(8 a 11 anos de estudo, 19 anos)

É curioso perceber como várias entrevistadas apontam os tempos atuais como um antecipador da primeira consulta ginecológica. A sexualidade precoce das meninas faz com que a pré-adolescência e o começo da adolescência sejam apontados, por muitas entrevistadas, como o momento oportuno para que aconteça a primeira consulta, já que, nesta situação, as meninas serão informadas sobre importantes assuntos relacionados ao sexo e gravidez.

É importante pontuar que a consulta ginecológica foi considerada para muitas entrevistadas o momento onde acontecerá o aprendizado sobre questões relacionadas ao sexo. Como, em geral, as famílias não discutem esses assuntos e as escolas, muitas vezes, deixam a desejar, este papel foi atribuído ao ginecologista. Esta idéia foi mais recorrente no caso das mulheres mais velhas. Isto pode ter acontecido porque as mais jovens, por viverem num mundo onde a informação é mais acessível (internet, televisão), não fazem tal associação.

E: Quando que você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Luana: No mundo que nós tamo hoje minha filha, com 12, 13 anos deve ir, que essas menina tão tudo transando né? Eu tou com uma de 15 anos que já transou.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

E: Quando você acha, Tereza, que uma mulher deve ir no ginecologista pela primeira vez?

Tereza: Quando que eu acho? Ah, eu acho que no período que... Hoje eu diria que no período em que você saiu... Tá na adolescência, que na adolescência já deve ir ao ginecologista. Inclusive pra ter alguma informação que você às vezes não tem em casa, né? Inclusive porque a sexualidade hoje começa muito mais cedo nos jovens do que no meu tempo, né?

E: Assim que entra na adolescência?

Tereza: Isso. Assim que tem a primeira menstruação eu acho que já deveria ir procurar uma orientação nesse sentido.

E: E isso seria independente de ter uma vida sexual ativa, na sua opinião, ou não?

Tereza: Não. Independe de ter uma vida sexual ativa, porque a gente... Na mulher a sexualidade é uma coisa muito... Que modifica tudo que tá no seu corpo, o seu humor, o seu jeito de ver as coisas. Então influencia demais o corpo da gente e no espiritual da gente, digamos assim, no humor da gente. Então, eu acho que tem que procurar cedo mesmo.

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

E: Quando que você acha que uma pessoa deve ir ao ginecologista pela primeira vez?

Lise: Olha, eu acho que, principalmente nos dias de hoje, desde... entrando na pré-adolescência. Por causa da própria condição dos meninos, dos adolescentes de hoje. Têm uma vida sexual ativa muito cedo; eu acho importante que acabe esse tabu, esse mito que a gente tem e que eles procurem fazer o tratamento cedo embora, a gente saiba que é muito teórico isso no Brasil. De ter condição, de dar condição. Por que quem não tem um plano de saúde! Posto de saúde, pra levantar de madrugada, pra ficar na fila, é uma consulta... inviável.

(12 anos ou mais de estudo, 48 anos)

Os extratos de falas que se referem à primeira experiência das entrevistadas no que tange a consulta ginecológica indicam que as mulheres se sentem envergonhadas e constrangidas neste primeiro contato. Este constrangimento independe da idade e do nível de escolaridade da mulher, já que mesmo as mulheres com alta escolaridade afirmam terem se sentido desconfortáveis na primeira consulta. Uma única fala, de uma mulher de alta escolaridade, revelou o oposto, talvez pelo fato da ginecologista ter sido recomendada por uma amiga e, quem sabe, por ser uma ginecologista mulher.

E: A senhora lembra como que foi o ginecologista pela primeira vez?

Taís: [**] Quando eu fiquei grávida, né?

E: Quando cê ficou grávida?

Taís: É...

E: E a senhora lembra como que foi a sua primeira consulta?

Taís: (risos) Nó, passei mó vergonha.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

E: É... E você lembra quando que foi a primeira vez que você foi ao ginecologista?

Mariana: Foi em 2001...

E: E você lembra como que foi a sua primeira consulta?

Mariana: Ah... Eu fiquei morrendo de vergonha...

E: (risos) Me conta um pouquinho como é que foi...

Mariana: Ué... Eu fiquei com vergonha né!? Ah... Esse negócio de ficar tirando a roupa perto dos outros é horrível.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

E: Você lembra quando que foi a primeira vez que você foi ao ginecologista?

Leonor: Eu não vou saber precisar exatamente quando, mas eu era nova. Talvez uns... 14 ou 15 anos... Não sei exatamente, mas eu era nova.

E: Você lembra, mais ou menos, como que foi essa consulta?

Leonor: Lembro. Eu lembro dela, uma pessoa muito simpática. É... foi tranquilo porque eu achei ela uma pessoa muito simpática, ela foi uma indicação de uma amiga que já tratava com ela. Então não tive o menor problema, gostei muito. Ela foi minha ginecologista durante muito tempo.

E: E como que você se sentiu nessa primeira consulta?

Leonor: Eu me senti muito à vontade, acho que por terem me recomendado e ela me deixou muito à vontade, era uma pessoa muito calma... Então eu não tive nenhum problema de inibição... Receio... Nada.

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

É curioso perceber, ainda, como a vergonha e a timidez podem ser um dificultador para que as mulheres busquem esta consulta. A entrevistada abaixo acredita, num primeiro momento, que a mulher não deve ir nunca ao ginecologista, tamanho é o constrangimento que ela sente no momento do exame. Quando indagada sobre os riscos que corre não indo a esta consulta, ela revê sua postura. No entanto, fica clara a barreira que há entre a paciente e a consulta, sendo que neste caso a barreira é a forma como o médico a trata – a forma de tratamento contribui para o aumento da vergonha.

E: Quando que a senhora acha que as mulheres devem começar a ir no ginecologista?

Carmem: Ah, eu acho que não deve ir nunca (...)

E: É mesmo?

Carmem: Só da gente ter que ficar pelada [*]

E: Mas igual a senhora falou, se ficar doente? Mesmo assim?

Carmem: Ah, ce sabe que que é? Ah, mas mesmo assim [**] não, eu acho que deve ir se atender mas eu acho que se tiver um posto, um médico que trata a gente ia, mas acontece que eu acho que tem médico muito sem educação, a gente pega e fica com vergonha né? Falando as coisa assim, gritando com a gente, a primeira não, a primeira [*] e aí a gente pega e não vai.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

Ao longo de todas as falas, percebe-se como as entrevistadas atribuem grande importância à primeira consulta ginecológica, considerando-a como uma importante fonte de informação, seja sobre métodos contraceptivos e funcionamento do corpo, seja sobre a gravidez. Independente da escolaridade da mulher ou do momento indicado para que esta consulta aconteça, ela está sempre associada a esta busca pela informação e prevenção.

As mulheres com escolaridade baixa, apesar de terem ido ao ginecologista pela primeira vez por estarem (ou pensarem estar) grávidas, acham que este não é o momento oportuno para a primeira consulta. Ou seja, apesar de terem ido apenas quando ficaram grávidas, elas acreditam que o ideal é ir antes da primeira gravidez. Duas conclusões podem ser tiradas daí: pode ser que haja uma mudança de conduta e elas ensinam às suas filhas a importância de irem ao ginecologista antes de engravidarem, ou pode ser que, para elas, a teoria continue sendo muito distante da realidade. Deve-se levar em conta, nesta discussão, a questão do acesso, já que, conforme discutido anteriormente, as mulheres com menor renda e menor escolaridade apresentam um menor acesso à consulta ginecológica quando comparadas às mulheres com uma condição socioeconômica mais favorável.

Se a segunda hipótese for a verdadeira, deve-se considerar, ainda, que a idade média à primeira relação sexual caiu e, ao mesmo tempo, a idade média à primeira gravidez aumentou nos últimos anos, o que faz com que as mulheres que procuram o ginecologista apenas na primeira gravidez o façam mais

tardamente, estando, assim, mais expostas e sem o devido cuidado às ISTs, uma vez que iniciaram a vida sexual mais cedo. Outro ponto importante se refere à queda da fecundidade que aconteceu no Brasil nos últimos anos. Se as mulheres menos escolarizadas procurarem o ginecologista apenas quando estão grávidas, as consultas acontecerão cada vez com menos frequência, já que houve uma queda brusca no número de filhos, inclusive daquelas menos escolarizadas, as quais, apesar de ainda terem mais filhos que as mulheres de maior escolaridade, não mais chegam a atingir os níveis de fecundidade observados há 30 anos atrás.

No que cerne a dimensão socioeconômica, percebemos um abismo entre as mulheres desfavorecidas e aquelas favorecidas. O acesso das mulheres com alta escolaridade, conforme discutido anteriormente, se deu num momento bem diferente daquele em que aconteceu a primeira consulta das mulheres com baixa escolaridade. O mesmo abismo pode ser notado em relação às variáveis da dimensão demográfica. O acesso à primeira consulta das mulheres mais velhas e com parturição mais alta se deu quando da primeira gravidez destas, enquanto o acesso das mulheres mais jovens e com parturição baixa ou nula se deu quando estas eram mais jovens e buscavam informação.

Em que circunstâncias acontecem as consultas ginecológicas posteriores à primeira? Este tema será tratado a seguir.

5.2 Depois da primeira consulta ginecológica

Aqui, serão discutidas algumas questões que abordam a consulta ginecológica como um todo. Como a mulher se sente no ginecologista? Qual o sentimento que prevalece em relação a esta consulta? Por que as mulheres buscam ou não a consulta ginecológica? Quais os motivos que levam a entrevistada a buscar uma consulta ginecológica? Se não há esta procura, qual a barreira que existe que faz com que a mulher não procure o ginecologista? Esta é uma questão de grande importância, na medida em que entendê-la pode auxiliar na construção de políticas públicas mais focalizadas, alcançando as mulheres que ainda não tem as visitas ao ginecologista como um hábito.

Com base nas falas, pode-se dizer que a maioria das mulheres percebe a importância de se ir ao ginecologista regularmente. No entanto, a teoria está muito distante da prática. Conforme visto no capítulo anterior, muitas mulheres, principalmente as menos escolarizadas, não tiveram uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Como revelam os extratos de fala a seguir, são muitos os motivos para isso.

Algumas entrevistadas indicaram que depender do serviço público para a realização da consulta é uma barreira, já que o atendimento é demorado e que há uma grande dificuldade em marcar a consulta no horário que a paciente deseja. O fato de muitas mulheres trabalharem fora dificulta o acesso, uma vez que o posto de saúde costuma funcionar em horário comercial. Sendo assim, é comum a mulher só procurar atendimento ginecológico quando está doente ou, ainda, durante campanhas. Assim, as campanhas atraem as pacientes para a consulta, uma vez que o atendimento se torna mais ágil e acessível.

E: Com que frequência que a senhora costuma ir ao ginecologista? De quanto em quanto tempo, mais ou menos?

Jussara: Ah, eles falam que é bom ir de ano em ano, né?

E: Mas a senhora vai de quanto em quanto tempo?

Jussara: Ah (risos) eu não vou deve ter uns 2, 3 anos...

E: É?

Jussara: Só quando tem alguma coisa...

E: É isso que eu ia perguntar. Por qual motivo a senhora costuma ir no ginecologista?

Jussara: Ah é muito difícil eu ir.

E: É?

Jussara: É, só quando tem esse negócio de câncer aqui no posto, campanha. Como eles fazem e eu não tenho nada, eu fico tranqüila.

E: Ham ham. Mas a senhora não costuma fazer acompanhamento?

Jussara: Não.

(...)

Jussara: Eu acho que aí é até mais difícil, né? Fica esperando, marca, fica esperando e não consegue.

E: Quando não é campanha?

Jussara: Não, é. Quando tem campanha é rapidinho. Eles atendem mais rápido.

E: E aí fora de campanha tem que ficar esperando um tempão?

Jussara: Tem, tem. Aí eu não... Ainda mais eu que trabalho, né?

(0 a 3 anos de estudo, 49 anos)

E: E por que você não vai? Normalmente?

Luana: Eu vou te falar a verdade, eu num tenho assim nem muito tempo. Igual a gente trabalha fora, o atendimento público, ele é assim, é o horário que eles marcarem. Igual esse prédio aqui, é muita dificuldade pra trabalhar nele (...). Se eu me deslocar na parte da manhã aqui, um dia, duas horas que eu me deslocar daqui já (...)

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

Outras entrevistadas indicaram que não tiveram consulta ginecológica no último ano porque não gostam ou sentem vergonha. É interessante perceber que isto ocorreu independente da idade ou da escolaridade. Uma das falas, de uma mulher jovem, revela que a dependência da mãe para marcar a consulta é um dificultador, já que ela (a mãe) faria muitas perguntas. Neste caso, a vergonha não apenas da consulta em si, mas na relação com a mãe, é uma barreira na busca pela consulta. Portanto, a família pode dificultar o acesso à consulta ginecológica.

E: Por que a senhora não foi no ginecologista esse ano? Este último ano, assim, há menos de 1 ano?

Carmem: Num gosto.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

E: Entendi. É... Você me falou então que... você foi atendida uma vez quando tinha 15 anos...

Juliana: Hã, hã.

E: É... Porquê que você não voltou no ginecologista outra vez nesses [3?] anos?

Juliana: Ah, não sei. Talvez vergonha... Assim: a gente, eu e minha mãe, não temos um diálogo muito bom. Ir no ginecologista... E eu também não tive mais tempo, porque aí estudando e trabalhando não dá tempo pra nada. Cê tem que tirá um tempo pra sua vida, mas cê fica naquela correria não dá tempo porque eu já quis voltar no ginecologista. Mas não deu tempo, nem tive oportunidade

E: Oportunidade?

Juliana: Assim: porque eu dependo da minha mãe pra ir lá marcar consulta... e aí eu ia falar "Ah, mãe. Mas eu quero ir no ginecologista." E ela ia ficar perguntando demais.

(8 a 11 anos de estudo, 18 anos)

No extrato de fala abaixo, podemos observar, novamente, como a gravidez está muito relacionada à busca pela consulta ginecológica, já que a entrevistada só

buscou novamente a consulta quando se encontrava nesta situação. Durante a gravidez, a consulta ginecológica é vista como uma obrigação.

E: E aí como que você foi voltar depois? [**] ficou com vergonha e num voltou de novo?

Taís: Só quando eu fiquei grávida (risos) que eu voltei de novo. Tive que ir, né?

E: É.

Taís: Aí eu fui.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

A entrevistada abaixo revelou que não vai ao ginecologista por não ter mais o útero, indicando assim não ter mais necessidade de procurar este especialista. É interessante perceber que é feita aqui uma relação direta entre a consulta ginecológica e a reprodução. A partir do momento que a mulher não tem mais o órgão responsável por este processo, não é mais necessário cuidar de sua saúde ginecológica. Fica clara aí a falta de informação da paciente quanto à necessidade de se visitar o ginecologista regularmente. Preocupante também é fato da paciente ter afirmado que foi médico que a dispensou de mais visitas ao ginecologista. Vale ressaltar que, na grande maioria dos casos esta relação entre consulta e gravidez é feita por mulheres mais velhas.

E: Ginecologista também... e falando em ginecologia; a senhora vai ao ginecologista?

Sara: Já tem um tempo que eu não vou porque eu não tenho útero mais.

E: Ah... senhora retirou já o útero...

Sara: Já retirei.

E: Quando? Senhora lembra?

Sara: Já tem 5 anos que eu tirei.

(...)

E: E agora ultimamente, por que que a senhora acha que não precisa mais ir no ginecologista?

Sara: Por eu não ter útero e não ter nem o colo de útero, que eles tiraram tudo né? Então eu acho que não tem mais necessidade né? Pelo menos eu perguntei pro médico, ele falou que não.

E: A senhora perguntou pra quem? No posto?

Sara: É, o médico mesmo que eu trato com ele, que ele é ginecologista também né? Aí até me pediu que levasse o papel de quando eu fiz a cirurgia. Ele pegou e falou que não tem mais necessidade.

E: Mas ele mesmo lhe examina como ginecologista ou só como clínico geral?

Sara: Não, só clínico.

(0 a 3 anos de estudo, 55 anos)

A entrevistada a seguir indicou que teve mais interesse em procurar a consulta ginecológica quando ia fazer a laqueadura. É curioso como não é dada a devida importância a esta consulta, mesmo sendo ela uma consulta de pré-natal.

E: E aí na gravidez você fazia o acompanhamento médico?

Luana: Ó, da Cristiane e da Regina, igual eu tou te falando, da Cristiane, depois de uns 7 meses que eu comecei a fazer, mas eu também era bem. Eu não tinha problema de enjôo, de vômito, eu não tinha nada disto. Da Regina eu tava com uns 3 meses já. [*] primeiro foi do Igor, esse que eu perdi, com 8 meses. [*] do Igor, do Carlos e da Rosa. A Rosa eu tive o maior interesse, que eu ia ligar, [*] cesariana né?

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

As mulheres que tiveram uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa indicaram ser a busca pela prevenção a motivação principal. Vale ressaltar que estas são, em sua maioria, mulheres de alta escolaridade.

E: E por que razão você costuma ir ao ginecologista?

Izabel: É mais prevenção.

E: Você vai todo ano pra fazer a prevenção.

Izabel: Isso.

E: Não é só porque você tem algum problema que você vai não?

Izabel: Não, não. Pra fazer o preventivo também.

(8 a 11 anos de estudo, 30 anos)

E: E por que razão você costuma ir ao ginecologista?

Silvia: Ah, eu acho que é mais pela questão da prevenção mesmo. Que ainda mais no caso da mulher, né? Que é tudo interno, você não consegue ver, você só percebe quando a coisa já tá grave. A minha mãe sempre me educou assim também, com essa consciência, tanto a mim quanto a minha irmã. Então é preventivo mesmo. [**]. É isso aí.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

Na fala abaixo, percebe-se a mesma idéia de busca da consulta ginecológica pela prevenção. No entanto, a entrevistada deixa a entender que o fato de ela ser casada é um motivador a mais na procura pela consulta.

E: E por que razão você costuma ir ao ginecologista? Especificamente assim?

Leticia: Uai. Mulher, casada. Prevenção eu acho, mama, apesar de que na família nós não temos ninguém ligado diretamente com câncer, mas eu acho que é bom fazer. Tem mesmo que fazer o exame, ué. Você não sabe o que pode tá acontecendo. Tantos casos de câncer ai, que a pessoa descobre e já tá mal. Se você for todo ano, você tá prevenida.

(12 anos ou mais de estudo, 39 anos)

Independente da escolaridade da mulher e de sua idade, os extratos de fala sugerem que, assim como a primeira consulta, as consultas ginecológicas subseqüentes estão muito associadas a situações de desconforto. A vergonha é o sentimento predominante nestes momentos, sendo que, para as mulheres menos escolarizadas, lembrar do momento da consulta e, principalmente, lembrar do exame ginecológico em si já causa nelas este sentimento de vergonha. Vale ressaltar que este desconforto para as mulheres com 12 anos ou mais de estudo é menos freqüente.

E: E ela chegou a examinar a senhora?

Carmem: Chegou.

E: Que tipo de exame ela fez? A senhora lembra?

Carmem: Ah [**] não gosto nem de contar, dá tanta vergonha.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

E: Tá. Como é que você se sente no ginecologista?

Marina: Às vezes a gente fica assim meia constrangida, né?

E: Humhum.

Marina: Ai depois tem que relaxar mesmo pra fazer o exame, né?

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

E: Como que você se sente quando vai ao ginecologista, hoje?

Taís: Nossa, fico sem graça.

E: A senhora fica... sem graça?

Taís: Fico.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

E: E como que você se sente indo ao ginecologista? Qual que é a sua sensação?

Camila: Mal [risos]

E: Mal?

Camila: Mal... vergonha, chegar lá, abrir as pernas... [risos] Nossa, horrível.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

Outros sentimentos também muito presentes no momento da consulta são o medo e o nervosismo. A situação em si e o fato de as pacientes terem que ficar nuas fazem com que os sentimentos criados em relação a este momento sejam, de alguma maneira, negativos.

E: E como é que você se sentiu? Você ficou com vergonha?

Cíntia: Não, você fica assim (?) Dá uma (?) Não é vergonha, sabe? Que você (?) a mulher é que conversa com a gente, né? Todo mundo mulher. Mas, dá aquela sensação ruim. Entendeu?

E: Como assim?

Cíntia: Ah você fica, não é? Não é com vergonha. É nervosa, né?

E: Nervosa?

Cíntia: É.

(8 a 11 anos de estudo, 23 anos)

E: Como é que? O que que a senhora sentiu quando foi ao ginecologista? Como é que a senhora se sentiu?

Carmem: Saí de lá com raiva. Só isso.

E: É? A senhora sentiu raiva na hora que saiu? E na hora que a senhora chegou lá? Como é que foi?

Carmem: Ah, fiquei com medo.

E: Ficou com medo?

Carmem: Fiquei morrendo de medo.

E: Por que a senhora ficou com medo?

Carmem: Ah, porque este negócio de toque na gente, num gosto não.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

Quando indagadas sobre como se sentem na consulta ginecológica, as mulheres com escolaridade mais alta (12 anos ou mais de estudo) indicam não ser a consulta ginecológica um momento totalmente confortável. No entanto, isso não se apresenta como uma barreira para a busca pela consulta ginecológica.

E: E como você se sente no ginecologista? Assim, você tem algum tipo de vergonha? Inibição?

Beatriz: Ah, ter têm. A gente sempre teve. A gente sempre tenta evitar, não tem jeito. Se é com mulher, ou com homem, é ruim. Se não precisasse de fazer o exame, não faria, né?

(12 anos ou mais de estudo, 36 anos)

E: E o que você sente indo ao ginecologista hoje?

Letícia: Tranquilo.

E: Não sente mais vergonha, inibição?

Letícia: Não. Mas não é uma coisa assim agradável também.

E: Mas você não sente mais tanta vergonha como você sentiu da primeira?

Letícia: Não. Da primeira não.

(12 anos ou mais de estudo, 39 anos)

E: E como que você se sente indo ao ginecologista?

Liliane: Pra mim é uma rotina, normal (...)

E: Sentimento de vergonha? Constrangimento?

Liliane: Não, não tenho.

(12 anos ou mais de estudo, 39 anos)

E: E como que você se sente indo ao ginecologista?

Silvia: Ué, [**], mas é natural.

E: Aquela vergonha que você tinha na primeira consulta não veio mais?

Silvia: Não tenho. Agora sim, com esse eu já falei, né? Que era a primeira vez que eu consultava com homem, no início eu fiquei meio assim, mas é a mesma coisa. A gente foi conversando [**] e tal.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

Fica claro, ao longo das falas, o desconforto que a mulher sente no momento da consulta ginecológica. Entretanto, podemos perceber que este desconforto vai se atenuando na medida que a escolaridade das entrevistadas aumenta. Enquanto mulheres com baixa escolaridade não gostam nem de falar no assunto, as mulheres mais escolarizadas se mostram mais tolerantes com esta consulta, mesmo admitindo que ela ainda gera um certo constrangimento. Nota-se que o conhecimento da importância da consulta ginecológica na vida da mulher pode estar atuando como um atenuante da vergonha que a mulher sente. Nota-se, também, que não há uma tendência bem definida por idade. Neste caso, a escolaridade acaba sendo mais determinante do que a idade.

Outro importante ponto aqui se refere ao poder da mulher. As entrevistadas menos escolarizadas e menos empoderadas possuem uma relação de poder extremamente desfavorável com o médico. Isto se dá não apenas pela escolaridade, mas também pelo tipo de atendimento, o qual para essas mulheres, na grande maioria das vezes, acontece via SUS. No outro extremo, as mais escolarizadas têm atendimento via plano de saúde, o que lhes confere mais poder em relação ao médico, além da própria escolaridade, a qual por si só é um fator de empoderamento, devido ao maior conhecimento e ao maior acesso a informação.

A qualidade da consulta foi trazida à tona por todas as entrevistadas. A importância do diálogo durante a consulta é afirmada aqui tanto por mulheres de baixa escolaridade como por mulheres com alta escolaridade. As entrevistadas pontuam que, muitas vezes, o médico pensa que a paciente já sabe de tudo e não explica as coisas como deveria. Neste mesmo sentido, é indicado que, além da conversa, é necessário que haja uma relação entre o médico e a paciente, ou seja, o ginecologista deve olhar para a paciente e trocar idéias com ela, não apenas proceder com a consulta como se a paciente não tivesse opinião e sentimentos.

E: E durante as suas consultas Tereza... Nessa última consulta que você fez, que foi a mais recente, vocês chegaram a conversar especificamente sobre esse exame? Sobre câncer? Sobre a forma de prevenção? Em algum momento?

Tereza: Não. Eu acho que às vezes o profissional parte muito do pressuposto que você já sabe. Até pela sua postura. Mas não chegamos a conversar não.

E: Humhum.

Tereza: O que chegamos conversar é que seria necessário fazer, como é sempre necessário toda vez que você vai lá. E que aguardar, aguardar o resultado. Mas explicar que... Todo esse tipo de procedimento, não.

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

E: A médica te atendeu bem?
Taís: Hum, tipo assim... dela eu ainda num... assim, porque igual eu tô te falando... só cheguei, né, ela começou e pronto. Então, num teve assim... ela num conversa, nem nada não.
E: Mas você gostou dela?
Taís: Ó, gostar eu não gostei não. Mas é a única, né, que tem lá... então a gente tem que... num tem, né, opção....?
E: E por que você não gostou dela?
Taís: Ó, te falar a verdade, ela nem olha pra cara da gente.
E: É?
Taís: Não. Só fala assim: vai lá, tira a roupa... e... pronto... E... olha, nem olha não. Só tira mesmo o líquido e marca o dia de buscar. Só assim.
(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

Percebe-se que a consulta ginecológica, principalmente no caso das mulheres mais escolarizadas, se torna mais natural quando a mulher se torna mais velha. A entrevistada abaixo pontuou que dava mais importância a este procedimento quando era jovem, nesta época ela indicou que ficava mais apreensiva. Com o passar do tempo, a entrevistada lembra que esta consulta virou rotina e é vista hoje como uma coisa mais natural.

E: E você conta pra alguém quando você vai ao ginecologista? Não sei, pra sua mãe...? Pra alguma amiga...?
Leonor: Ah, eu acho que eu já passei dessa fase, né? Eu acho que quando a gente é nova o ginecologista é um... É uma coisa, né? Que traz até alguma apreensão, uma expectativa maior. Mas depois dessa idade não. Como você falou, vira uma rotina, você vai sempre e não tem por que comentar. A não ser que você tenha algum problema e que você gostaria de desabafar com alguém. Mas fora isso, o simples fato de ir ao ginecologista não [*].
(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

No que tange a busca pela consulta ginecológica, os extratos de fala apresentados anteriormente deixam clara uma diferença entre as mulheres com alta escolaridade e as demais. As primeiras indicam saber a importância da consulta ginecológica e a fazem sem apresentar qualquer tipo de problema, mas somente em busca de prevenção. Para estas mulheres, existe uma cultura da prevenção, ou seja, ir ao ginecologista regularmente faz parte da vida destas mulheres.

No outro extremo, as mulheres com baixa escolaridade não fazem esta consulta regularmente, sendo dois os maiores obstáculos para que isso não ocorra. A vergonha, já discutida anteriormente como uma enorme barreira, e a falta de eficiência do Serviço Único de Saúde, o SUS, que se apresenta como uma barreira prática na busca das mulheres pela consulta ginecológica.

Algumas mulheres com escolaridade mais alta indicaram que não costumam procurar serviços médicos com frequência. Contudo, a consulta ginecológica, para elas, é uma exceção a esta regra.

E: Com que frequência você costuma ir ao médico?

Renata: Só na hora da necessidade, né? Infelizmente eu acho que é raro isso mesmo. A não ser em relação é, é, a ginecologista que aí eu já faço o preventivo sempre, eu já tenho a minha mesmo desde os 19 anos. Então, esse aí eu já vou com mais regularidade. Agora na, na, nos outros casos, realmente é só só na (...)

E: necessidade [**]

Renata: É... Prevenção nada!

(8 a 11 anos de estudo, 30 anos)

E: E com que frequência você costuma ir ao médico?

Silvia: Ah, eu vou ao médico geralmente é quando eu começo sentir mal estar. Tem o... Preventivo. Fazer o trabalho preventivo, mas é mais ginecológico mesmo. Mas check-up de rotina eu não tenho o hábito de fazer, não.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

5.2.1 O ginecologista

O médico ginecologista é essencial para que a paciente tenha uma boa relação com a consulta. Um ginecologista mais cortez e educado é essencial para que as mulheres se sintam confortáveis na consulta (Magee, 1988). Algumas questões se fazem importantes nesta seção. O sexo do médico influencia na opinião das mulheres acerca da consulta? E se o médico é mais jovem ou mais velho? As mulheres têm alguma preferência pela raça/cor do médico?

Os extratos de fala sugerem que, no que diz respeito ao sexo do médico, não há uma regra ou um consenso. As mulheres que indicaram preferir médico do sexo

masculino o fazem por acharem estes mais delicados e atenciosos do que as médicas mulheres

E: E a senhora tem preferência se for médico homem ou mulher? A senhora preferia um ao outro?

Sara: Ah, eu prefiro homem.

E: Por que?

Sara: [*] as mulher [*] a gente vê falar... num sei... eu acho médico homem, ele é mais assim... num sei por que eu acho eles mais delicado com as mulher.

E: É?

Sara: Eu acho.

(0 a 3 anos de estudo, 55 anos)

E: E pra senhora faz (?) diferença se o médico é homem ou mulher?

Taís: Faz.

E: Faz?

Taís: Eu prefiro homem.

E: Você prefere homem?

Taís: Prefiro.

E: Por quê?

Taís: Porque eu acho que mulher tem... tem mais... homem tem mais... mulher tem (?)... mulher num gosta de olhar a gente.

E: Você acha que o homem tem mais atenção?

Taís: Tem mais atenção.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

E: Faz diferença pra você se for médico homem ou mulher? Você tem alguma preferência?

Luana: Eu vou te falar a verdade, eu gosto mais é de homem, homem é mais delicado com a mulher, eu acho.

(4 a 7 anos de estudo, 44 anos)

Já as entrevistadas que indicaram preferir ginecologistas do sexo feminino o fazem por se sentirem mais à vontade com elas. Estas mulheres declararam se sentir envergonhadas e constrangidas com médicos do sexo masculino.

E: Como que a senhora se sente indo ao ginecologista, Jussara?
Jussara: Ah, se for com homem eu tenho vergonha, se for com mulher eu fico mais à vontade.
E: Mas a senhora sente vergonha mesmo sendo mulher, ou não?
Jussara: Não, tenho não.
E: Aí a senhora fica tranqüila pra poder tirar a roupa... Fazer exame...?
Jussara: Fico, fico. Agora homem, Deus me livre! (risos)
E: A senhora fica com vergonha?
Jussara: Nossa senhora! (risos)

(0 a 3 anos de estudo, 49 anos)

E: E pra você, faz diferença se o médico é homem ou mulher?
Cíntia: Ah, faz. Assim faz. Homem, a gente fica mais constrangida, né?
E: Você prefere mulher, então?
Cíntia: Então, mulher é melhor. Se a médica é igual a gente né? Então, a gente não fica [constrangida].

(8 a 11 anos de estudo, 23 anos)

E: E faz diferença pra você quando você faz a consulta com um homem ou com uma mulher?
Camila: Faz. Eu não consulto com homem.
E: Não?
Camila: Não.
E: Por que?
Camila: Porque eu tenho vergonha. Prefiro consultar com mulher.
E: Por que você acha que a mulher é mais tranqüila?
Camila: Ah... porque a mulher já tem o que eu tenho... então eu acho que ela me entende melhor...
E: Conhece mais, né?
Camila: É...

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

As únicas opiniões destoantes daquelas apresentadas anteriormente foram as das entrevistadas com 12 anos ou mais de estudo. Estas mulheres indicaram não ter preferência quanto ao sexo do médico ginecologista. Isto pode ter ocorrido porque estas mulheres têm acesso a plano de saúde; assim, elas podem escolher, dentre os médicos disponíveis, aquele que elas querem. Logo, elas podem ter escolhido, mesmo que de maneira inconsciente, um médico com as características que mais lhes convém.

E: E você prefere médico homem ou médica?

Márcia: Não... eu num... hoje num...

E: Num faz diferença...

Márcia: Não faz diferença não.

(12 anos ou mais de estudo, 46 anos)

E: E pra você faz diferença se o médico é homem ou é mulher?

Leonor: Não, eu acho que não. Porque, como eu falei pra você, a minha primeira ginecologista era uma mulher, né? Ficou comigo muito anos. Depois passei pra esse, né? Um senhor, um homem. E eu acho que não, um bom médico, eu procuro um bom médico.

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

Diferente daquilo que foi discutido na literatura, que indica haver uma preferência por médicos do sexo feminino, os extratos de fala apresentados anteriormente sugerem não haver um padrão nem das mulheres em geral, nem por escolaridade, de preferência pelo sexo do médico, a não ser pelas mulheres com alta escolaridade, que disseram ser indiferentes quanto a esta questão. Fica claro que a maior barreira para os médicos do sexo masculino é a vergonha que as mulheres sentem de ficarem nuas na frente deles. No entanto, é interessante perceber que muitas mulheres indicaram serem estes médicos mais delicados do que as ginecologistas mulheres.

No que tange à idade do médico ginecologista, percebe-se que a maioria das mulheres prefere médicos mais velhos. No entanto, os motivos para isso são vários. Porém, algumas mulheres, como aquelas menos escolarizadas, indicaram não ter preferência quanto à idade do médico, conforme falas abaixo.

E: Faz diferença se for uma pessoa jovem ou uma pessoa velha?

Carmem: Não.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

E: Faz diferença pra senhora se for uma médica jovem ou uma médica mais velha?

Jussara: Não.

(0 a 3 anos de estudo, 49 anos)

A experiência – a idade como sinônimo de conhecimento, de amadurecimento, em detrimento de uma maior insegurança dos médicos mais jovens – é apresentada como um dos motivos pela preferência por médicos mais velhos.

E: E se ele é jovem ou mais velho? Você tem alguma preferência?

Célia: Eu prefiro, assim, os mais velhos.

E: Mais velhos?

Célia: Que têm mais experiência.

(4 a 7 anos de estudo, 49 anos)

E: E você acha que o médico... Homem ou mulher você já falou, né? Que faz um tanto de diferença. Se for mais jovem ou mais velho você acha que tem diferença? Mesmo sendo mulher ou homem, você acha que faz?

Silvia: A mulher nem tanto, mas o homem faz. É aquela questão dá... Aparentemente a pessoa mais madura te dá, sei lá, mais segurança. Não sei se tem a ver com a questão maternal, não sei. Mas eu acho que faz diferença sim. Quanto mais novo mais... Você não se sente tão confortável assim, ou melhor, tão confortável não, tão segura quando fosse mais... A idade reflete experiência, é uma coisa mais ou menos assim.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

Muitas entrevistadas indicaram se sentir envergonhadas diante de médicos mais jovens. Mesmo que o médico seja competente, o fato dele ser mais jovem deixa as pacientes constrangidas.

E: E você acha que você foi bem atendida nesse posto? Por esse médico?

Clarice: Fui, fui. [**] que eu goste não, pra ser sincera. Fui atendida muito bem, muito educado, explica as coisa claramente, sabe? Mas, ele é bem novo.

E: É? E faz diferença pra você se é mais velho ou mais novo?

Clarice: É porque, eu tinha, [*] quando eu tratava no outro posto, era com um mais velho, sabe? Então assim, como eu já operei com ele, tratei com ele muito tempo, eu tinha até vontade de ir nele, então assim, eu me sentia mais tranqüila.

E: [*] se acha que pode ser diferente, no fato desse outro médico ser mais novo?

Clarice: Acho que é vergonha por causa da gente A gente chega lá e, poxa vida, a gente vai ficar nessa situação, olha pra cara dele assim, a gente fica constrangida né? No meu modo de pensar.

(4 a 7 anos de estudo, 40 anos)

E: E se o médico é mais jovem, ou mais velho? Ou a médica, né? Se for mulher. Pra você faz diferença?
Cíntia: Não. Se for mulher, não. Agora, se for homem, dá uma diferença grande. Porque homem, quanto mais novo, vai ficar mais um pouco com vergonha, né? Mas... (risos)

(8 a 11 anos de estudo, 23 anos)

E: Faz diferença ser um médico jovem ou um médico velho?
Marcela: Não. Acho que um novo eu fico com mais vergonha, agora com um velho eu num ligo não. Fico mais a vontade, não sei por que, mas...
E: Com o mais velho?
Marcela: É. Mais velho.

(8 a 11 anos de estudo, 19 anos)

A preferência por médicos mais jovens foi pautada por serem estes mais atualizados, diferente dos médicos mais velhos, os quais, de acordo com algumas entrevistadas, não procuram por atualização. Vale notar que isso se dá apenas para as mulheres de alta escolaridade, já que, para as mulheres de baixa escolaridade, médico mais velho é sinônimo de mais experiência e menos vergonha.

E: O fato do médico ser mais jovem ou mais velho, faz diferença?
Beatriz: Hoje, eu tenho um pouco de receio de médicos mais velhos. Não só na parte de ginecologia. Na prática, tem muito tempo que o mais velho não se atualiza em algumas coisas. Você mantém um tempão com um profissional só, quando você passa pro outro, que você vê que é uma pessoa mais nova, ele sabe muito mais que o anterior. Então, eu tenho um pouco de receio. Em algumas especialidades. Ginecologia, quanto é meia-idade, é tranquilo. Mas a experiência que eu tenho, com a minha mãe, quando é mais velho, na parte de cardiologia, na parte de [**] tem diabetes. Então o controle, dependendo do que é o quadro, tem que procurar um outro profissional, os outros não tão dando conta não.

(12 anos ou mais de estudo, 36 anos)

Por fim, foi indicado que o importante é que o médico seja competente, independente da idade que ele tenha.

E: Faz diferença se for mais velho [o médico]?

Leonor: Não, eu procuro um bom médico, mesmo que não seja do meu plano de saúde.

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

Algumas questões devem ser pontuadas no que diz respeito à idade do médico ginecologista. Fica claro que a idade faz muito mais diferença se o médico for do sexo masculino do que do sexo feminino. Isso se dá, provavelmente, porque o fator mais forte de rejeição aos médicos jovens é a vergonha, o constrangimento. As entrevistadas apresentam mais dificuldades em tirar a roupa para um médico jovem do que para um médico mais velho. No caso de uma médica mulher, isso não seria um problema.

Foi interessante perceber também que as mulheres com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo foram unânimes em preferir médicos mais velhos. Isto pode se dever ao fato de elas serem mais jovens. Assim, o fato de serem atendidas por um médico mais ou menos na faixa etária delas acentua o constrangimento.

Por fim, percebe-se que as mulheres com escolaridade mais alta fazem uma opção (ou não) pela idade do médico, pautadas em outra questão. Estas mulheres estão mais preocupadas com a capacidade do médico do que com a idade dele. Sendo um bom médico, não importa se ele é mais jovem ou mais velho. Isto nos leva há um outro ponto: a possibilidade de escolha. Como estas mulheres têm acesso a um plano de saúde, elas podem ir a vários médicos, até escolher qual lhes agrada mais.

Quando indagadas sobre se tem preferência pela raça/cor do médico, todas as entrevistadas, sem exceção, disseram não ter preferência.

E: E se é branco ou negro? A senhora acha que faz alguma diferença?

Marta: Pra mim não. Na hora que é médico, que tem mais sabedoria do que eu, pode ser preto, branco, amarelo, pardo... (risos)

(0 a 3 anos de estudo, 59 anos)

E: E se ele é branco ou negro? Ou ela. Faz diferença?

Célia: Também não.

(4 a 7 anos de estudo, 49 anos)

E: E se fosse um ginecologista, você tem preferência por ginecologista branco ou negro?

Renata: Não! Isso aí... nó! Isso aí não interfere em nada!

(8 a 11 anos de estudo, 30 anos)

É interessante perceber que, independente da escolaridade, da idade, da raça/cor ou de qualquer outra característica, as entrevistadas disseram não ter preferência pela raça/cor do médico. Dois pontos podem ser levantados aqui. Deve ser pontuado que a proporção de médicos negros é bem menor do que a de médicos brancos. Assim, as mulheres podem não ter passado pela experiência de ser atendidas por um médico negro; logo, elas não sabem se tem alguma restrição a isto ou não. Outra possibilidade é que as entrevistadas podem não ter assumido uma preferência pela raça/cor do médico para não adotarem uma posição politicamente incorreta.

Apenas uma parte das mulheres estudadas aqui apresentam plano de saúde ou convênio. Possuir ou não este plano influencia na consulta ginecológica? Esta discussão será apresentada a seguir.

5.2.2 Acesso à consulta ginecológica

Como o lugar onde a mulher faz a consulta influencia na mesma? Faz diferença para a paciente se ela é atendida pelo SUS ou por plano de saúde/consulta particular? A literatura indica que mulheres com plano de saúde têm maior acesso às consultas ginecológicas do que aquelas que não possuem plano de saúde. No entanto, há diferença neste acesso?

Foi praticamente consenso entre as entrevistadas que há diferenças entre as consultas de plano de saúde/ particular e as consultas do SUS. É importante ressaltar que as diferenças apontadas estão no nível do imaginário, uma vez que as que se consultam no SUS nunca foram a uma consulta particular ou de convênio e vice versa.

Algumas entrevistadas pontuaram que, se a consulta fosse particular, o atendimento seria diferente. Estas mulheres indicaram que, na consulta particular,

o atendimento é melhor, pois pelo SUS o médico trata a paciente de “qualquer jeito”. As entrevistadas indicaram, ainda, que a consulta particular apresenta mais recursos/equipamentos do que aquela consulta feita pelo SUS.

E: A senhora acha que seria diferente o atendimento que recebeu lá no ginecologista se ele tivesse sido uma consulta particular?
Carmem: A[*] seria diferente.
E: Me explica. Por que a senhora acha que seria diferente?
Carmem: Ah, eu acho assim [**] ia ver que que eu tinha, fazer tratamento bem...
E: Hum hum, mas por que a senhora acha que o Médico ia te tratar diferente?
Carmem: Olha, eu acho, tendo dinheiro qualquer pessoa trata a outra diferente (...)
E: É?
Carmem: qualquer pessoa, como a gente num tenha, a gente é humilde então trata a gente de qualquer jeito.

(0 a 3 anos de estudo, 50 anos)

E: A senhora acha que seria diferente se a senhora fosse numa consulta com ginecologista particular?
Jussara: Ah, se eu tivesse condição e dinheiro acho que era melhor, né?
E: A senhora acha que o atendimento que a senhora recebeu seria diferente se fosse num particular?
Jussara: Não, que particular acho que eles olham mais direito, né? Aí eu não sei, né?
E: A senhora acha que seria melhor examinada?
Jussara: Eu acho que sim.

(0 a 3 anos de estudo, 49 anos)

E: Seria diferente se você fosse numa consulta particular?
Juliana: Faria.
E: Faria diferença?
Juliana: Acho que o médico teria muito mais possibilidade de tá te atendendo melhor. Mais recursos! Porque ele, por exemplo, do posto, esse doutor mesmo, a gente tava conversando, ele falou que trabalha num centro geral de medicina, e é particular e diz ele assim que tem mais atenção. Ele mesmo falou que tem muito mais atenção com o paciente... tem muito mais coisa, hum, é... materiais específicos pra ele tá trabalhando...

(8 a 11 anos de estudo, 18 anos)

E: Se você tivesse sido atendida por um médico de plano de saúde, você acha que teria sido diferente?

Flávia: Seria, seria, porque o médico de plano de saúde não é um médico que você tem que enfrentar fila, num é um médico que você precisa tá indo todo dia pra encontrar ele, pra ver se consegue ou não a consulta com ele porque você tendo o plano tudo facilita mais, até pelo telefone você consegue marcar uma consulta tendo plano de saúde, basicamente seria necessário, a gente tendo condições, ter um plano de saúde.

(4 a 7 anos de estudo, 43 anos)

As mulheres que vão a consultas particulares ou através de plano de saúde/convênio também acreditam que haja diferenças entre a consulta particular/ plano de saúde e as consultas realizadas pelo SUS. Para estas mulheres, a consulta pelo SUS é mais rápida do que a consulta particular, além de que o ginecologista, na consulta particular, é muito mais meticoloso.

E: Agora, se você fosse atendida no posto de saúde ou no hospital a consulta seria diferente?

Izabel: Acho que seria. [Acho que no consultório a consulta demora mais tempo] que no hospital. A pessoa não tem aquele cuidado com a gente, vai lá e faz o exame rapidinho, machuca, acho que é bem diferenciado do consultório.

(8 a 11 anos de estudo, 30 anos)

E: Você acha que a consulta que você recebeu dessa última vez, ela teria sido diferente se tivesse sido feita num posto de saúde do SUS, por exemplo?

Tereza: Eu acho que teria.

E: Em que você acha que teria essa diferença?

Tereza: Em tempo. O tempo que é [suficiente] pra consulta, tá? [Na consulta particular] Ele tem mais tempo de tá conversando, tem mais tempo de tá ficando, né? A diferença maior pode ser essa também. Porque às vezes... A delicadeza nem tanto, porque eu acho que a pessoa que me atendeu, atenderia delicadamente em qualquer lugar, mas eu acho que ela teria que atender com mais rapidez, com mais agilidade, com menos explicações pro paciente...

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

E: E se você fosse atendida num posto de saúde, você acha que faria diferença? Porque você falou que foi no consultório, né?

Silvia: Haham.

E: Caso você fosse no posto você acha que faria diferença?

Silvia: No posto de saúde não é tão [meticuloso] assim. Você não é... Não tem uma atenção. Então assim, não é dedicada uma atenção. Porque é... Linha de montagem, né? Então você senta ali, despeja o básico. Eu acho que é diferente sim.

(12 anos ou mais de estudo, 35 anos)

Das participantes entrevistadas, apenas algumas, e todas com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo, não acharam que, necessariamente, há diferenças entre as duas consultas. Para estas mulheres, isto depende de cada profissional.

E: Você acha que existe diferença no tratamento de um ginecologista, por exemplo: no posto de saúde e num clínico particular?

Nádia: Acho que depende do profissional. Tem uns que deve ter alguma diferença sim, mas aí vai da ética de cada um.

(8 a 11 anos de estudo, 23 anos)

Percebe-se que, apesar do quase consenso quanto à superioridade das consultas ginecológicas realizadas por plano de saúde/particular em relação ao SUS, há uma divisão na caracterização destas diferenças. Uma parte das mulheres atribui esta pior qualidade da consulta ao atendimento médico em si, ou seja, estas mulheres acreditam que, numa consulta particular, o médico atende as pacientes melhor do que numa consulta realizada pelo SUS. Assim, esta diferença se dá devido à conduta do médico ginecologista.

Já outra parte das mulheres, principalmente as de alta escolaridade, acreditam que a consulta realizada pelo SUS seria pior porque é mais rápida, ou seja, o médico tem menos tempo para atender a paciente e, assim, ele é menos meticoloso e tem menos tempo pra explicações. Neste caso, não necessariamente o culpado por esta diferença é o médico, já que este atende rapidamente porque a demanda pelos serviços do SUS é maior do que a oferta, e isto não é culpa dele.

Como as entrevistadas agiriam se fossem elas as ginecologistas? Estas falas são apresentadas a seguir.

5.2.3 A consulta ideal

Nesta parte da entrevista, houve uma inversão de papéis. Foi pedido que a paciente se imaginasse no lugar do ginecologista. Assim, como seria a consulta desta mulher se ela fosse a médica ginecologista? Ela faria alguma coisa de diferente do(a) ginecologista que a atende?

Alguns pontos foram consenso na forma como as mulheres tratariam suas pacientes. As entrevistadas indicaram que carinho e paciência é fundamental durante a consulta. A conversa e o diálogo também foram levantados como importantes pontos durante a consulta. As entrevistadas indicaram que, se fossem ginecologistas, explicariam tudo, detalhadamente, para a paciente.

E: Eu vou dizer que a senhora é a médica ginecologista lá do seu posto. Como que a senhora atenderia seus pacientes? Que a senhora acha que a senhora faria para que elas se sentissem bem atendidos?

Sara: Ah, eu acho que eu seria carinhosa, paciente com eles. Principalmente se for uma ginecologista que eu teria que dar as vez uma má notícia pra eles, seria muito, tinha que conversar muito primeiro, é... preparar a mente dela pra poder falar certas coisas com ela.

(0 a 3 anos de estudo, 55 anos)

E: Se você fosse a médica ginecologista do seu posto, como que você faria para atender bem as suas pacientes? O que você acha que seria importante?

Clarice: Ah, com certeza eu queria atender muito bem as minhas pacientes. Com carinho, conversar bastante, explicar bastante e... ser produtiva no horário e... tá procurando fazer os exames.

(4 a 7 anos de estudo, 40 anos)

E: Vamos imaginar que você seria uma médica ginecologista. Como é que seria o atendimento? Como é que você atenderia as suas pacientes?

Marcela: Eu atenderia de uma forma muito agradável, porque eu tenho essa imagem, eu cuidaria muito das pessoas, então, eu explicaria tudo direitinho, eu ia tratar diferente do atendimento que eles dão pra gente (...)

E: É mesmo? O que seria diferente?

Marcela: Eu ia pegar, sentar com ela, conversar. Ce fosse gente nova eu ia explicar que que é. Vê se usa alguma coisa, se usa cuidar, esse é melhor, ce quer fazer um exame de sangue, ce saber qual remédio se vai tomar melhor, que vai fazer melhor pra você. Eu ia explicar mais pras pessoas, pra elas entender, [**] falam, aquela médica é boa, ela dá atenção, que eu já vi isso acontecer [**]

(8 a 11 anos de estudo, 19 anos)

E: E se você fosse uma médica ginecologista, como que você ia atender seus pacientes?

Camila: Eu ia atender igual essa minha me atendeu, que eu gostei muito, agora eu só consulto com ela.

E: O que você gostou do atendimento que você faria igual com as pacientes que você atendesse?

Camila: Nó ela conversa antes de falar “deita lá e tira a roupa”. Conversa antes... explica o que ela vai fazer, é carinhosa, ela brinca ali procê não ficar tensa.

(8 a 11 anos de estudo, 29 anos)

Ainda na linha do que as outras mulheres disseram, as entrevistadas com maior escolaridade indicaram que o atendimento deveria ser “mais humano”, ou seja, a paciente deveria ser tratado de fato como uma paciente e não apenas como uma doença ou um problema.

E: E se você fosse a médica ginecologista do posto? Como que você acha que deveria ser o atendimento pra paciente que ela fosse considerar que foi bem atendida?

Márcia: Humano... Atendimento humano...

E: E o que quer dizer esse atendimento humano?

Márcia: Uai... tratar a pessoa não pela... pelo problema, pela situação... a classe, né, social dela... não desconsiderar as pessoas... Considerar que ela é um ser humano, que ela tem que ter todas as explicações, tem que ter...

(12 anos ou mais de estudo, 46 anos)

E: Se você fosse uma médica ginecologista, como você atenderia suas pacientes?

Leonor: Bem, eu acho que eu ia tentar levar em consideração o lado humano também, né? Porque os médicos tem hora que eles se esquecem que o paciente ao procurá-los estão fragilizados, né? Ou tão doentes, ou com suspeita de alguma doença e eles têm que levar isso em consideração, né? Vamos dizer assim, dar um pouco de conforto além de ser médico. Acho que ser médico não é só curar, é tratar também do bem-estar, da cabecinha do paciente, né? Que são(?) as pessoas ficam fragilizadas.

E: E você acha que você faria alguma coisa diferente da(?) dos ginecologistas pelos quais você já passou? Teve alguma coisa que você não faria, ou faria diferente?

Leonor: [**] Às vezes têm pessoas que são frias com seus pacientes, né? Podem ser até bons médicos. Eu acho que não só eu tentaria ser uma boa médica como também levaria em consideração o momento do paciente.

(12 anos ou mais de estudo, 45 anos)

Esta sessão deixa clara a importância de um tratamento agradável do médico ginecologista para com a paciente. Características tais como carinho e paciência são fundamentais. Outro ponto importantíssimo é o diálogo. As entrevistadas indicaram que, se fossem ginecologistas, conversariam muito com suas pacientes.

As mulheres com maior escolaridade traduziram esta conduta como “tratamento humano”, ou seja, a paciente deve ser vista como um ser humano, com sentimentos, desejos e medos. É interessante perceber que muitas entrevistadas indicaram que não atenderiam suas pacientes como são atendidas, o que indica que a forma que elas estão sendo tratadas neste momento não é a forma como elas consideram corretas.

5.3 Algumas considerações

Algumas considerações devem ser feitas a partir destes extratos de fala. Fica claro que a falta de informação por parte das pacientes ainda é um fato. Muitas mulheres, apesar de indicarem saber a importância da consulta ginecológica, não agem de maneira condizente. Podemos perceber isto ao constatar que a consulta ginecológica, ainda hoje, é relacionada diretamente ao útero, à reprodução, bem como, muitas vezes, é dada mais importância a ela devido a benefícios tais como a laqueadura do que por benefícios como uma gravidez saudável. Fica claro que esta postura está mais presente em mulheres menos escolarizadas, que têm menos acesso à informação e à própria consulta ginecológica.

Na contramão desta posição, percebemos que as mulheres mais escolarizadas, mesmo quando não procuram serviços médicos regularmente, abrem uma exceção quando se trata da consulta ginecológica. Muitas entrevistadas indicaram que a única especialidade que buscam com a frequência necessária é a ginecologia.

Por fim, é pontuada novamente a importância do diálogo. Em momentos diferentes da entrevista, mulheres de diferentes escolaridades indicam como a

conversa é importante para que a consulta ginecológica seja considerada boa, para que a mulher se sinta mais confortável durante este procedimento. A vergonha e o constrangimento ainda são fortes barreiras à consulta ginecológica, corroborando aquilo que foi indicado na revisão bibliográfica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo investigar a consulta ginecológica em Belo Horizonte. A consulta ginecológica, conforme discutido ao longo de todo o trabalho, apresenta uma importância ímpar para a saúde da mulher.

São duas as contribuições deste trabalho. A primeira se refere aos perfis de acesso às consultas ginecológicas em Belo Horizonte, que possibilitará um melhor entendimento de quem são as mulheres que estão tendo acesso e quem são aquelas que não estão tendo acesso a esta consulta. A partir daí, com base nesta descrição que levou em conta aspectos referentes a sua escolaridade, idade, cor/raça, quantos filhos têm, onde costumam procurar atendimento ginecológico, entre outras questões, ficará mais fácil de atingi-las e torná-las alvo de políticas públicas mais focadas. A segunda contribuição é no sentido de entender melhor o que as mulheres pensam a respeito da consulta ginecológica, como elas se sentem quando estão no consultório e o que elas buscam quando vão até um ginecologista. Ao entender melhor o que perpassa essa consulta, é possível contribuir para a melhoria do acesso.

As mulheres de 18 a 59 anos trabalhadas aqui foram divididas em 4 perfis. O perfil I, denominado *perfil das mais desfavorecidas*, foi um perfil em que as mulheres mais vulneráveis se agruparam. As mulheres que tipicamente representaram este perfil possuíam que 0 a 3 anos de estudo, tinham maior probabilidade de serem mais velhas, apresentando idade entre 45 e 59 anos, terem 3 filhos ou mais, serem pretas e unidas, divorciadas/separadas ou viúvas. Estas mulheres apresentavam uma grande probabilidade de não possuírem plano de saúde, de não terem acompanhamento ginecológico regular, de não terem ido ao ginecologista nos últimos 12 meses e de quando o fazem, buscarem esta consulta por meio do serviço público. Estas mulheres apresentaram, ainda, maior probabilidade de fazerem uso de métodos de contracepção cirúrgicos ou de não usarem método e, por fim, estas mulheres apresentaram maior probabilidade de não se recusarem a ter uma relação sexual se o parceiro se recusasse a usar o

preservativo. Este perfil esteve presente em cerca de 12% da população estudada.

Já o perfil II, denominado como *perfil das desfavorecidas*, também se delineou como um perfil com mulheres vulneráveis. No entanto, como o nome já indica, as mulheres deste perfil se encontravam em situação um pouco mais favorável do que as primeiras. As mulheres daqui tinham escolaridade ente 4 e 7 anos de estudo, apresentavam maiores chances de serem pardas, casada, unidas ou divorciadas/separadas, de terem 2 filhos ou mais e idade entre 40 e 49 anos. Estas mulheres também apresentavam maior probabilidade de não possuírem plano de saúde, de não terem acompanhamento ginecológico regular e de não terem ido a uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. As mulheres deste perfil também apresentam maior probabilidade de não se recusarem a ter uma relação sexual se o parceiro se recusasse a usar o preservativo. Este segundo perfil esteve presente em cerca de 30% da população estudada.

O perfil III, chamado de *perfil das favorecidas*, agregou mulheres com características bem mais favoráveis do que as mulheres dos dois perfis anteriores. As mulheres daqui tinham 8 a 11 anos de estudo, apresentavam maior probabilidade de serem solteiras, de não terem filhos ou de terem apenas um e de terem idade entre 18 e 34 anos. Estas mulheres apresentavam uma probabilidade maior de terem realizado uma consulta nos últimos 12 meses do que não a terem realizado. Ademais, as mulheres deste perfil costumavam procurar um ginecologista através de consulta particular. Este perfil se delineou como o mais prevalente, estando presente em cerca de 39% da população feminina.

O perfil IV, denominado como o *perfil das mais favorecidas*, foi aquele que agregou as mulheres com melhores características socioeconômicas e demográficas. As mulheres totalmente pertencentes a este perfil possuíam 12 anos ou mais de estudo e apresentam maior probabilidade de serem brancas, solteiras, sem filhos e de possuírem plano de saúde. As mulheres deste perfil tinham ou já tinham tido acompanhamento ginecológico regular e foram ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa. Estas mulheres evitariam a

relação sexual com alguma certeza se o parceiro se recusasse a usar camisinha. Este perfil esteve presente em cerca de 20% da população.

Foi positivo perceber que os perfis mais favorecidos foram aqueles mais prevalentes na população. No entanto, mais de 30% das mulheres não realizaram uma consulta nos 12 meses anteriores à pesquisa e cerca de 80% não tinha acompanhamento ginecológico regular. Este último número se mostrou alto e preocupante. Esta preocupação se dá porque várias doenças, se diagnosticadas cedo, são passíveis de tratamento e não causam maiores danos. No entanto, se não acontece um acompanhamento ginecológico regular, o diagnóstico pode não acontecer no momento ideal.

Em linhas gerais, percebe-se que os resultados encontrados corroboram a literatura estudada. Nota-se que, no que diz respeito ao acesso a consulta ginecológica, as mulheres com escolaridade mais baixa e negras não tiveram o acesso desejado a esta consulta. Percebe-se que são estas mulheres que não possuem plano de saúde. Logo, são as mulheres que, provavelmente, buscam a consulta em posto de saúde que não a realizaram nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Sobre as percepções destas mulheres acerca desta consulta, percebe-se que independente da idade, escolaridade, raça/cor e de qualquer outra característica, é atribuída grande importância a ela. No entanto, a vergonha que elas sentem nesta consulta é grande e inversamente proporcional à escolaridade. As mulheres entrevistadas indicaram também que, para que a consulta seja a melhor possível é necessário que haja bastante diálogo e paciência por parte do médico. As entrevistadas indicaram, ainda, que não se importam com a raça/cor do ginecologista – para elas, tanto faz se ele é preto, pardo ou branco. No que diz respeito à idade ou sexo deste médico, não houve um padrão. Há aquelas que preferem médicos jovens aos mais velhos, como há aquelas que preferem os homens às mulheres.

Foi interessante perceber que as mulheres com escolaridade mais alta foram pela primeira vez ao ginecologista buscando informação e prevenção. Já as mulheres com escolaridade mais baixa buscaram o ginecologista porque estavam grávidas.

Ficou muito claro, independente da entrevistada possuir plano de saúde ou não, que a consulta via plano ou particular é considerada muito superior àquela realizada via SUS. As entrevistadas indicaram que as consultas realizadas em posto de saúde são sempre muito rápidas, o que impossibilita o diálogo.

Quando indagadas sobre como seria a consulta ideal, ou seja, como seria a consulta se elas fossem a médica ginecologista, as entrevistadas indicaram que a consulta aconteceria com bastante diálogo e paciência. As entrevistadas disseram que iriam explicar tudo com muito cuidados para as pacientes. Foi indicado que o atendimento deveria ser bastante “humano”.

Foi curioso perceber que muitas entrevistadas indicaram que a consulta ginecológica é o momento onde a mulher irá aprender sobre o seu corpo e questões relacionadas ao sexo. Percebe-se aí que é atribuído um papel que deveria ser desempenhado pela escola e pela família para o médico ginecologista. Esta opinião prevaleceu mais entre as mulheres menos escolarizadas. Isto deve ter ocorrido porque estas mulheres devem ter uma dificuldade maior de dialogar com seus pais e filhos e porque apresentam um acesso mais difícil à informação.

Nota-se, ainda, que as entrevistadas, principalmente aquelas que não possuíam plano de saúde, apresentavam algumas demandas no que diz respeito à consulta. O diálogo não tinha sido suficiente para que as pacientes se sentissem confortáveis diante do médico. Assim, elas não se sentiam à vontade para perguntarem tudo o que gostariam ao médico e muitas vezes saíam sem entender os procedimentos a que foram submetidas. O tempo de duração da consulta também foi indicado também como um ponto que tem deixado a desejar segundo as entrevistadas. Elas indicaram que devido a falta de médicos nos postos de saúde, estes ficam sobrecarregados e o atendimento às pacientes teria sido muito rápido.

Um ponto muito importante levantado por algumas entrevistadas se refere ao horário de funcionamento dos postos de saúde. Estas mulheres indicaram que o fato de eles funcionarem apenas em horário comercial torna o acesso mais difícil, já que elas também trabalham neste horário. Além disso, o fato de terem que

chegar cedo nos postos para conseguirem a consulta também é um dificultador, principalmente quando elas trabalham.

Ainda há muito o que ser investigado sobre a saúde da mulher. No entanto, dados para subsidiar estudos nessa área são escassos. Essa escassez é ainda acentuada quando são necessários dados mais desagregados em nível estadual e, sobretudo, municipal. Assim, estudos dessa natureza apesar de extremamente relevantes, não têm acontecido de forma a preencher as lacunas que ainda existem.

Os resultados desta dissertação indicam que ainda são muitos os investimentos que devem ser feitos para que as mulheres de Belo Horizonte tenham uma vida mais saudável. Fazem-se necessárias políticas de conscientização focadas principalmente nas mulheres mais desfavorecidas e menos escolarizadas, já que são estas as que apresentam uma maior probabilidade de não terem feito uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Campanhas parecem surtir efeito para este grupo, já que o acesso à consulta é mais fácil e rápido nesses períodos. Postos de saúde com horários mais flexíveis e abrangentes também são de grande importância, a fim de tornar o acesso à saúde mais universal, sobretudo para a mulher que trabalha. É necessária, também, uma capacitação dos médicos para atender este público. As usuárias do SUS sentem falta de um atendimento mais humano, com mais diálogo, mais explicações e um ambiente onde elas se sintam à vontade.

Finalmente, para as novas gerações, é preciso tentar mudar a razão pela qual as mulheres desfavorecidas buscam a primeira consulta ginecológica. Com as mudanças demográficas recentes, sobretudo a queda da fecundidade e a redução na idade à primeira relação sexual, ir ao ginecologista pela primeira vez quando se está grávida passa a ser mais grave. É preciso que o acesso se dê mais cedo e que a mulher tenha a oportunidade de evitar ou adiar a primeira gravidez, caso ela assim deseje. Talvez o ideal fosse desenvolver parcerias com escolas, afinal, saúde e educação devem caminhar lado a lado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J.E.D. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica.** Rio de Janeiro: ENCE, 2002. 56 p. (Textos para discussão; 4)

ATTRIDE-STIRLING, J. Thematic networks: an analytical tool for qualitative research. **Qualitative Research**, v. 1, n. 3, p. 385-405, 2001. Disponível em: <<http://qrj.sagepub.com/cgi/reprint/1/3/385>> Acesso em: 28 março de 2007.

BAPTISTA, D.B.D.A. **Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE.** 2003.113 f. Dissertação (Mestrado em demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de atenção integral à saúde da mulher: protocolos e rotinas.** Belo Horizonte: SMS, 1997.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n.74, p.11-15, mar. 2006.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S., Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2004, Caxambu-MG. **Anais.** Campinas: ABEP, 2004. (Disponível em CD-ROM)

BERQUÓ, E.S.; CUNHA, E.M.G.P. (Orgs). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995).** Campinas: Unicamp, 2000. 412p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988.** Barueri: Manole, 2002. 342p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>> Acesso em: 04 ago. 2006.

CARVALHO, J.A.M.; BRITO, F.A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-370, jul/dez. 2005.

CARVALHO, J.A.M.; SAWYER, D.O.; RODRIGUES, R.N. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia.** 2.ed. São Paulo: ABEP, 1998. 63p.

CARVALHO, M.L.; FUREGATO, A.R. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n.1, jan/jul. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em 28 jun. 2006.

CERQUEIRA, C.A. **Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros**. 2004. 295 f. Tese (Doutorado em demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COSTA, A.M. **Atenção integral à saúde das mulheres: QUO VADIS?** Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. 2004. 195f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2004.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan/mar. 2006.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan/mar. 2006.

COSTA, J.S.D.; FACCHINI, L.A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-369, 1997.

COSTA, N.S.; SOUZA, V.L.; MEDEIROS, R.E. Atenção à mulher em ginecologia: atuação da enfermeira. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 19, p. 77-86, jul/dez. 1998. Disponível em: <www.uefs.br/sitientibus_19/> Acesso em 20 jun. 2006.

DELGADO, A.; LOPEZ-FERNANDEZ, L.A.; LUNA, J.D. Influence of the Doctor's gender in satisfaction of the users. **Medical Care**, v. 31, n. 9, p. 795-800, Sept. 1993.

DRUMOND, E.F.; MACHADO, C.J.; FRANÇA, E. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método Grade of Membership. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.157-166, jan. 2007.

ENGLAND, P. Conceptualizing women's empowerment in countries of the North. In: PRESSER, Harriet; SEM, Gita (Eds.) **Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo**. Oxford: Oxford University, 2000. p. 37-65.

FARIA, V.E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: CIÊNCIAS sociais hoje. São Paulo: Vértice: ANPOCS, 1989. p. 62-103.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312 p.

FONSECA SOBRINHO, D.; PINTO, I.T.S. O impacto cultural da assistência médica e a queda da fecundidade no Brasil: um convite à ampliação desta discussão. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu-MG. **Anais**. Campinas: ABEP, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_822.pdf> Acesso em 20 jun. 2006.

FORREST, J.D.; FROST, J.J. The family planning attitudes and experiences of low-income women. **Family Planning Perspectives**, v.28, n. 6, p. 246-255. Nov./Dec. 1996. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2824696.html>> Acesso em 20 jun 2006.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Revista Salud Publica de México**, Cidade do México, n. 27, p. 438-53, 1985 apud TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p.190-198, 2004.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997. 107 p.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224 p.

IBGE. Em 2004, a esperança de vida dos brasileiros atingiu 71,7 anos. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=494&id_pagina=1> Acesso em 24/07/2007.

JEJEEBHOY, S.J. **Women's education, autonomy and reproductive behavior**: experience from developing countries. Oxford: Clarendon, 1995. 305 p.

KRIPPENDORFF, K. **Content analysis**: an introduction to its methodology. Newbury Park: Sage, 1980. 189 p.

LACERDA, M.A. Adolescentes falando "daquilo": um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim, MG. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu-MG. **Anais**. Campinas: ABEP, 2004. (Disponível em CD-ROM)

LACERDA, M.A. **Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

MACHADO, C.J. **Perfis de morbi-mortalidade no estado de São Paulo, 1994**: uma aplicação de Grade of Membership à análise de causas múltiplas de morte. 1997. 126 f. Dissertação (Mestrado em demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

MAGEE, J. O exame ginecológico visto do outro lado da mesa. **Femina**, v.16 n.2, p.1124-1128, 1988.

MANTON, K.G.; VERTREES, J.C. The use of grade of membership analysis to evaluate and modify diagnosis-related groups. **Medical Care**, v. 22, n.12, p.1067-1082, Dec. 1984.

MANTON, K.G.; WOODBURY, M.A.; TOLLEY, H.D. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York: John Wiley & Sons, 1994. 312 p., Capítulo 1. Crisp and fuzzy sets in statistics, p. 1-20.

MARTINE, G.; CARVALHO, J.A.M. Cenários demográficos para o século XXI e algumas implicações sociais. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 2, p. 61-91, dez, 1989.

MCKINNON, S.; POTTER, J.; GERRARD-BURNETT, V. The impact of protestantism on fertility behaviors of adolescents in Rio de Janeiro, Brazil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu-MG. **Anais**. Campinas: ABEP, 2004. (Disponível em CD ROM)

MENDONZA-SASSI, R.; BERIA, J. U.; BARROS, A. J. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.

MERRICK, T.W.; BERQUO, E. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington: National Academy, 1983. 241 p.

MILLMAN M. **Access to health care in América**. Washington DC: National Academy, 1993. Disponível em : <http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=2009&page=R1> Acesso em: 4 de maio de 2007.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A.J. O Programa SRSR. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 303-305, jul/dez.2003.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A.J.; SANTOS, T.F. **SRSR: saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor, relatório descritivo**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A.J.; SIMÃO, A.B.; PERPÉTUO, I.H.; LACERDA, M.A.; TORRES, M.E.A. **Aspectos quantitativos e qualitativos acerca do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino**: uma proposta de análise para o município de Belo Horizonte, MG. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2006. 77p. (Relatório final de pesquisa).

MORGAN, P.; NIRLA, B. Gender inequality and fertility in two Nepali villages. **Population and Development Review**, v. 21, n. 3, p. 541-561, Sept. 1995.

NAKAD JUNIOR, J.; AGOSTINE, C. PT lidera, mas PSDB e PFL avançam mais. **Valor Econômico**, São Paulo, 21 de junho de 2006. Disponível em: <<http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=130866>> Acesso em 4 de maio de 2007.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.77-87, 2002.

NOVAES, H. M. D.; BRAGA, P. E.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1023-1035, 2006.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda reprodutiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu-MG. **Anais**. Campinas: ABEP, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/rept14_2.pdf> Acesso em 13 jun. 2006.

PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano**. Brasília: Pnud: Ipea. Disponível em: <<http://www.fjp.gov.br/arquivos/IHE.Php>> Acesso em 04 de maio de 2007.

POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

PRICE, J.; FARMER, G.; HARRIS, J.; HOPE, T.; KENNEDY, S.; MAYOU, R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. **BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 113, n. 4, p. 446-452, Apr. 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS, NAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 4, p.1011-1022, 2002.

RIOS-NETO, E.L.G. Questões emergentes na demografia brasileira. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 371-408, 2005.

ROSENSTOCK, I.M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ, K.; LEVIS, F.M.; RIMER, B.K. (Eds.). **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990. p.32-62. Disponível em: <<http://www.insp.mx/bidimasp/bibliografia/1/4/The%20health%20Belief%20Model.pdf>> Acesso em: 4 de maio de 2007.

SAFILIOS-ROTHSCHILD, C. Female power, autonomy and demographic change in the third world. In: ANKER, R.; BUVINIC, M.; YOUSSEF, N.H. (Eds.) **Women's roles and population trends in the third world**. London: Routledge, 1982. p. 117-132.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviço de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SCLOWITZ, M.L.; MENEZES, A.M.B.; GIGANTE, D.P.; TESSARO, S. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005.

SENN, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl, p. 203-211, 2002.

SIMÃO, A.B.; MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A.J. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu-MG. **Anais**. Campinas: ABEP, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_234.pdf> Acesso em 16 jun. 2006.

SIMÃO, A.B.; MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A.J.; CÉSAR, C.C. Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 151-165, jan/jun. 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

WEISS, R.S. **Learning for strangers**: the art and method of qualitative interviews studies. New York: Free Press, 1994. 246 p.

WONG, L.L.R.; BADIANI, R.; QUENTAL, I. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS 1996. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 23-42, jan/jul. 1998.

ANEXOS

Tabela 1A - Características das entrevistadas. Belo Horizonte, 2002.

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Sit. Conjugal	Raça/cor	Plano de saúde	Parturição
Perfil 1						
Marta	59 anos	0 a 3 anos	separada	preta	sem plano	6 filhos
Carmem	50 anos	0 a 3 anos	viúva	preta	sem plano	6 filhos
Sara	55 anos	0 a 3 anos	viúva	preta	sem plano	4 filhos
Gilda	45 anos	0 a 3 anos	separada	preta	sem plano	7 filhos
Jussara	49 anos	0 a 3 anos	separada	preta	sem plano	4 filhos
Perfil 2						
Kátia	43 anos	4 a 7 anos	casada	parda	sem plano	2 filhos
Clarice	40 anos	4 a 7 anos	unida	parda	sem plano	6 filhos
Taís	44 anos	4 a 7 anos	casada	parda	sem plano	2 filhos
Flavia	43 anos	4 a 7 anos	unida	parda	sem plano	4 filhos
Marina	44 anos	4 a 7 anos	unida	parda	sem plano	3 filhos
Celia	49 anos	4 a 7 anos	casada	parda	sem plano	3 filhos
Luana	44 anos	4 a 7 anos	casada	parda	sem plano	4 filhos
Perfil 3						
Juliana	18 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	sem plano	sem filhos
Mariana	29 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	sem plano	sem filhos
Paula	18 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	sem plano	sem filhos
Camila	29 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	sem plano	sem filhos
Marcela	19 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	sem plano	sem filhos
Nadia	23 anos	8 a 11 anos	solteira	preta	sem plano	1 filho
Bruna	19 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	sem plano	sem filhos
Janaina	19 anos	8 a 11 anos	solteira	preta	sem plano	sem filhos
Izabel	30 anos	8 a 11 anos	solteira	parda	com plano	sem filhos
Renata	30 anos	8 a 11 anos	solteira	branca	com plano	sem filhos
Julia	33 anos	8 a 11 anos	solteira	branca	com plano	1 filho
Perfil 4						
Lise	48 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Tereza	45 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Beatriz	36 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Silvia	35 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Marcia	46 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Leticia	39 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Leonor	45 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Liliane	39 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Cláudia	49 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos
Cristina	47 anos	12 anos ou mais	solteira	branca	com plano	sem filhos

Fonte de dados: Pesquisa SRSR, UFMG/Cedeplar, 2002.

Ficha de Caracterização**PESQUISA SOBRE ACESSO À CONTRACEPÇÃO E DIAGNÓSTICO E/OU
TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NO SERVIÇO PÚBLICO DE
SAÚDE EM BELO HORIZONTE****Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR -UFMG****Mulher e Saúde - MUSA*****FICHA DE CARACTERIZAÇÃO***

Participante nº _____ Data: ____/____/____

Alter-classificação: _____

Primeiro nome ou pseudônimo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado conjugal: _____ Número de Filhos: _____

Religião: _____ Escolaridade: _____

Raça/Cor (auto-classificação): _____

Raça/Cor segundo as categorias do IBGE: Bra() Pre() Par() Ama()
Ind()

Tem plano de saúde? () Sim () Não

Entrevistadora: _____

PESQUISA SOBRE ACESSO À CONTRACEPÇÃO E AO DIAGNÓSTICO E/OU TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NOS SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO EM BELO HORIZONTE

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR)-UFMG

Mulher e Saúde (MUSA)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

- Este termo de consentimento deve ser apresentado e explicado, pela entrevistadora, de maneira individual e em ambiente reservado, para a mulher selecionada para participar da entrevista individual.
- A mulher selecionada deve lê-lo, assiná-lo, individualmente e em ambiente reservado.
- Caso a pessoa declare não saber ler, a entrevistadora deve lê-lo e explicá-lo na íntegra. Nesse caso, deverá haver uma terceira pessoa presente durante a apresentação do termo de consentimento. Esta pessoa deverá assinar ou rubricar o termo.
- O termo assinado deverá ser entregue para a entrevistadora. Uma cópia do consentimento deverá ser oferecida à entrevistada.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Este é um estudo que visa saber o que as mulheres pensam sobre o acesso aos serviços de saúde pública de contracepção e de diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino em Belo Horizonte com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada pelas mulheres deste município com relação ao acesso e à qualidade dos serviços públicos nesta área.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

A entrevista em profundidade será realizada em lugar tranqüilo e que assegure a confidencialidade das informações fornecidas pela mulher. As mulheres selecionadas serão entrevistadas apenas por entrevistadoras (sexo feminino).

A mulher que concordar em participar da pesquisa participará de uma entrevista em profundidade que inclui questões sobre métodos contraceptivos, câncer de colo, conhecimento dos direitos e serviços de saúde da mulher, acesso, uso e avaliação dos serviços médicos nesta área.

O tempo gasto para entrevista em profundidade será em torno de uma hora e trinta minutos, dependendo da extensão das respostas oferecidas pela participante. Uma vez feito o contato com a selecionada e o consentimento dado, a mulher selecionada poderá marcar a entrevista para a hora e dia que mais lhe aprouver, de forma a garantir segurança e ambiente individualizado. A entrevistada será estimulada a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não deseje. Além disto, a entrevista também poderá ser interrompida em qualquer momento que a entrevistada quiser e sua continuação será remarcada para outro dia e horário que a participante decidir, se assim ela o desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A entrevista em profundidade será feita para cada mulher, individualmente, somente na presença da entrevistadora e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que a entrevistada não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte.

A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso a entrevistada assim decidir.

A entrevistada deverá ser informada de que todo procedimento será gravado, mas que, apesar disto, será garantido anonimato e sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A duração da entrevista é longa e esse fato deverá ser colocado para a mulher selecionada na apresentação do termo de consentimento.

O benefício direto desta pesquisa, para a entrevistada, será o recebimento de um folheto com todas as informações sobre direitos e serviços de saúde reprodutiva no município da pesquisa, de forma a esclarecer e informar sobre direitos sexuais e reprodutivos e fornecer o endereço das entidades/organizações que trabalham nessa área caso a entrevistada necessite.

Além disso, a área de saúde pública, as organizações não-governamentais e a universidade terão um quadro completo sobre as questões relativas a acesso e diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino no município. Estas informações poderão ser utilizadas para detectar, analisar e compreender pontos falhos e pontos fortes nos programas e serviços ligados à saúde da mulher, demandas da população feminina que não estão sendo atendidas e áreas e sub-populações com problemas, necessidades e demandas específicas.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com a entrevistadora. Uma cópia do termo de consentimento deverá ser oferecida para a entrevistada. Caso a dúvida persista ou caso a entrevistada demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

ANDRÉA BRANCO SIMÃO

Cedeplar-UFMG

Rua Curitiba 832, 9º andar

Belo Horizonte 30170-120 MG

Tels.: 32799183 ou 99032801

Profa. PAULA MIRANDA RIBEIRO

Cedeplar-UFMG

Rua Curitiba 832, 9º andar

Belo Horizonte 30170-120 MG

Tels.: 32799073 ou 92351895

Prof. ANDRÉ JUNQUEIRA CAETANO

Cedeplar-UFMG

Rua Curitiba 832, 9º andar

Belo Horizonte 30170-120 MG

Tels.: 32799092 ou 99531135

**PESQUISA SOBRE ACESSO À CONTRACEPÇÃO E AO DIAGNÓSTICO E/OU
TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NOS SISTEMA DE SAÚDE
PÚBLICO EM BELO HORIZONTE**

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR)-UFMG

Mulher e Saúde (MUSA)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

CONSENTIMENTO

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: _____ Data: ____/____/2006

Assinatura da participante: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Assinatura da testemunha, caso necessário:

PESQUISA SOBRE ACESSO À CONTRACEPÇÃO E DIAGNÓSTICO E/OU
TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NO SERVIÇO PÚBLICO DE
SAÚDE EM BELO HORIZONTE

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR -UFMG

Mulher e Saúde - MUSA

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA

Gostaria de começar agradecendo sua participação nesta entrevista e dizer que ela é muito importante. Vamos conversar sobre algumas coisas relacionadas à sua saúde, principalmente a respeito de métodos contraceptivos – ou seja, qualquer coisa que você faça para evitar a gravidez - e, também, sobre prevenção de câncer de colo de útero. Não existem respostas certas ou erradas, o que realmente importa é sua opinião sobre o assunto. Para que possamos usar melhor o tempo que temos, vou começar fazendo algumas perguntas e você tem liberdade para responder como quiser.

Gostaria de começar a nossa conversa falando sobre a sua saúde de uma maneira geral.

- 1) Como é a sua saúde? Você tem algum problema de saúde? [investigar também doenças crônicas tais como diabetes, hipertensão, asma] [*se não tem problema de saúde, vá para a Q.3*]
- 2) [**Se tem problema de saúde**] Como você trata a sua [doença?] Toma remédios? Se sim, onde consegue os remédios? Com que frequência você costuma ir ao médico ou à médica? Você sabe qual é a especialidade dele ou dela? Onde você vai? [hospital, posto, particular, plano saúde]
- 3) [**Se não tem problema de saúde**] Com que frequência você costuma ir ao médico ou à médica? Você sabe qual é a especialidade dele ou dela? Onde é o médico ou médica você vai? [Do posto? Do hospital? Particular? Convênio?] Geralmente, o que lhe leva a procurar o médico(a)? [Prevenção? Problemas específicos?]
- 4) O que você faz quando fica doente? Por exemplo, (1) se você tem uma gripe forte; (2) se você sente um mal-estar (dor de cabeça, enjôo, diarreia); (3) se você sente alguma dor; (4) se a sua menstruação fica irregular: se ela não vem ou se você tem sangramento fora da época da menstruação; (4) se você tem coceira ou corrimento vaginal [**Se não mencionar que procura o médico:** Nestes casos, você costuma procurar o médico?]

Agora, eu gostaria e falar sobre consultas ginecológicas.

- 5) Você já foi ao ginecologista? [**se nunca foi**] Por que nunca foi? [*se nunca foi, pular para Q. 19 deste bloco*]
- 6) [**Se foi**] Você se lembra quando foi ao ginecologista pela primeira vez? Você se lembra como foi esta primeira consulta? Me conte um pouquinho sobre essa consulta. Como você se sentiu? [explorar vergonha, inibição, constrangimento, medo, dor] Você se lembra se fez algum exame?
- 7) Quando você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?
- 8) Agora vamos falar da sua última consulta ginecológica. Quando foi?
- 9) Como conseguiu essa consulta (demanda direta ou encaminhamento? Por quem?)
- 10) Onde você foi atendida (posto, hospital, consultório)?
- 11) Na última vez que foi ao ginecologista, você tinha hora marcada ou não? Se sim, foi fácil ou difícil conseguir o horário para a consulta? Por que? (Probs. Fale mais um pouco sobre isso; Explique mais; Como assim?).
- 12) Você poderia me contar um pouco mais sobre esta última consulta? Você fez algum exame durante a consulta? Se sim, qual/quais exames você fez nessa última consulta (caso não seja mencionado espontaneamente, pergunte se, na consulta, o médico tirou pressão, apalpou as mamas, fez exame vaginal; se fez exame vaginal, explore como foi – Usou algum instrumento? Raspou alguma coisa? Retirou alguma coisa?). Quanto tempo durou?
- 13) Além dos exames no consultório, o médico pediu algum exame de laboratório? [**Se sim**, que exames foram esses?]
- 14) Você teve que pagar pela consulta ou pelos exames? Se sim, você lembra quanto pagou?
- 15) Você acha que foi bem atendida no posto/hospital/consultório? E pelo médico/pela médica? Por que sim/por que não?
- 16) Como o atendimento poderia melhorar?
- 17) Você acha que seria atendida de maneira diferente se, por exemplo, você fosse rica/pobre? Qual seria a diferença? E se fosse branca/negra (usar o oposto do que a mulher é)?

- 18) Com que frequência costuma ir ao ginecologista? [**Para aquelas que não consultam há mais de um ano:** Por que não foi ao ginecologista nos últimos xx anos?]
- 19) Por que razão você costuma ir [ou não ir] ao ginecologista? [explorar se é só para fins curativos ou se tb tem preocupação de prevenção; para quem nunca foi ou não vai há muito tempo, explorar vergonha, inibição, constrangimento, medo, dor, se iria se tivesse certeza de que era médica mulher, se o companheiro proíbe] [**Se nunca foi:** Quando você acha que uma mulher deve ir ao ginecologista pela primeira vez?] [*se nunca foi ao ginecologista, pular para seção seguinte*]
- 20) Você conta para o seu parceiro/marido/companheiro/mãe – para quem não tem os anteriores- quando vai ao ginecologista? Se sim, qual é a reação dele/o que ele diz? Se não, por que não conta?
- 21) Como você se sente indo ao ginecologista? [explorar vergonha, inibição, constrangimento, medo, dor]
- 22) Faz diferença ser médico (homem) ou médica (mulher)? Jovem ou mais velho? Branco ou negro? Você acha que seria diferente se fosse no posto/se fosse consulta particular (falar o oposto do que a mulher é). Por que/por que não?

Agora, gostaria de conversar especificamente sobre maneiras de evitar uma gravidez.

- 23) Você usa algum método para evitar a gravidez? [**Não usuária:** Por qual razão não usa?] (se não usa atualmente, pular para pergunta 29)
- 24) Qual método você utiliza? Por que você decidiu usar este método? Alguém lhe orientou?
- 25) Você discutiu o uso desse método com o seu parceiro/companheiro/marido? Por que/por que não?
- 26) Você está satisfeita, ou não, com o método que utiliza? Por que? [**Se aqui não for citado efeito colateral:** Você sente alguma coisa usando esse método? [explorar possíveis efeitos colaterais]
- 27) Onde consegue o método que usa? Por que obtém o método neste local?
- 28) Você está satisfeita com o local/maneira onde consegue o método? Por que? Quais as vantagens e desvantagens de conseguir o método desta maneira/neste local? Como é o atendimento? [exceto para esterilizadas] O método está sempre disponível?
- 29) Você já usou outro método anteriormente/antes deste? [se sim] Qual? Por que mudou de método? (explorar se mudou porque quis ou por orientação médica). [se nunca usou/não usou anteriormente, pular para Q32].
- 30) Onde conseguia o método que usava? Por que obtinha o método neste local?
- 31) Você estava satisfeita com o local/maneira onde conseguia o método? Por que? Quais as vantagens e desvantagens de conseguir o método desta maneira/neste local? Como era o atendimento? [exceto para esterilizadas] O método estava sempre disponível?
- 32) Se pudesse escolher, utilizaria/teria utilizado algum/outro método? Qual? Por que? E por que não usa/usou este método?
- 33) Existe algum método que você não usaria? Por que?
- 34) Você sabe onde as pessoas, normalmente, obtêm métodos contraceptivos? [Se sim] Onde? [**Prob:** Além desses lugares que você mencionou, você sabe se existem outros lugares onde as pessoas podem conseguir métodos? [**Se não mencionou posto:** Você sabe se o posto fornece métodos contraceptivos?]

35)Onde seria mais fácil, para você, conseguir algum método? Por que? E no posto, como seria? [Não usuárias pular para próxima seção].

36)[Exceto para as esterilizadas] Tem sido fácil ou difícil conseguir o método que você usa? Por que? (Probs: Fale um pouco mais; Explique um pouco melhor; Por que pensa desta forma? Como é a distribuição de métodos contraceptivos neste local? Atendimento, disponibilidade de métodos...?).

37)Se pudesse, obteria o método de outra maneira/ em outro local? Por que? Onde procuraria para obter? Por que?

Em nenhum momento, perguntamos explicitamente se custa alguma coisa/é caro obter método. Será que não seria o caso?

Agora, gostaria de falar um pouco sobre câncer de colo de útero.

- 38) Você já ouviu falar de câncer de colo de útero? [Se nunca ouviu falar, pular para Q.41] [Se já ouviu] Saberria me dizer o que é?
- 39) Você sabe se ele tem cura? Você sabe se é possível evitá-lo? [Se sabe] Como?
- 40) Você sabe se existe algum exame capaz de dizer se uma mulher tem ou não câncer de colo de útero? [Se sim] Que exame seria este? Sabe de quanto em quanto tempo este exame deve ser feito? [se mencionar Papanicolau, pular para Q.42]
- 41) Já ouviu falar sobre o exame Papanicolau (de prevenção contra o câncer de colo de útero)? [se nunca ouviu falar, explicar como é feito o exame e verificar se a entrevistada já ouviu falar. Se, realmente, nunca ouviu falar, pular para a próxima seção]. .
- 42) Onde você ouviu falar sobre o Papanicolau (exame de prevenção contra o câncer de colo de útero)?
- 43) Você já recebeu alguma explicação sobre este exame?[se não recebeu, pular para Q.45] Quem lhe deu esta explicação?
- 44) E em que ocasião você recebeu esta explicação? (Probs: Fale um pouco mais sobre isso; O que esta pessoa lhe explicou? Explique melhor; Me conte um pouco mais sobre isso).
- 45) Já fez este exame alguma vez? [se nunca fez, pular para Q.51]
- 46) Como foi o exame? [obter explicação sobre o procedimento]
- 47) Você pegou o resultado do exame? [Se não] Por que não? [se disser que o médico recebeu resultado, perguntar as próximas. Se não foi buscar o resultado, pular para Q50] [Se sim] Como foi para pegar o resultado deste exame? Você precisou esperar muito tempo ou foi rápido?
- 48) Você retornou ao médico para que ele olhasse o resultado? Como foi para conseguir marcar este retorno? [Para as que não retornaram: Por que não retornou?]
- 49) Qual foi o resultado? (para quem retornou ao médico: O médico explicou o resultado direitinho?)
- 50) Você teve que pagar algo pelo exame? [Se sim] Quanto?

51) Você conhece/conheceu alguém que tenha tido câncer de colo de útero?

[Se sim] Sabe onde esta pessoa se tratou? Ela teve que pagar?

Agora, eu queria conversar sobre o SUS.

- 52) Você já ouviu falar do SUS (sistema único de saúde)?
- 53) Você sabe que tipo de atendimento as pessoas podem ter no SUS?
- 54) Você sabe quem pode utilizar o SUS?
- 55) Você utiliza o SUS? [Se utiliza] Por que motivos? [doença, prevenção, ???]
[Se não utiliza] Você já utilizou o SUS alguma vez? Por que não utiliza mais? [Se nunca utilizou, pular para Q58.]
- 56) Quais serviços do SUS você já utilizou ou costuma utilizar? [Se não mencionar ginecologista] Você já procurou ginecologista pelo SUS? [Se nunca procurou] Por que nunca procurou? [Se nunca procurou, pular para Q58].
- 57) Onde foi sua última consulta ginecológica? (SUS, particular, convênio...)[Para as não usuárias do SUS na última consulta ginecológica] Por que não procurou o SUS para sua última consulta ginecológica?
- 58) Na sua opinião, por quais motivos as pessoas procuram o SUS para atendimento ginecológico? E por quais motivos não procuram?
- 59) E você? Por quais motivos [não] procura o SUS para acompanhamento ginecológico?
- 60) [Para quem não obtém método no SUS] Você sabe se o SUS oferece algum método contraceptivo?
- 61) [Para as que não sabem que o SUS fornece métodos] Se soubesse que o SUS oferece métodos contraceptivos, procuraria o sistema para obter o método? Por que?[Pular para Q64]
- 62) [Para as que sabem que o SUS fornece método] Já procurou obter algum método através do SUS? Por que? [Se nunca procurou, pular para Q64]
- 63) [Para as que procuraram o SUS] Como foi essa experiência? (Probs: Fale um pouco mais; Explique um pouco melhor)
- 64) [Se não mencionou o posto de saúde anteriormente] Você conhece o posto de saúde do seu bairro? Se sim, o que você acha dele? Se não, por que nunca foi lá?

Agora, gostaria que você me dissesse o que pensa a respeito de alguns assuntos ligados a sexo e gravidez.

- 65) Você fala sobre essas coisas com alguém da sua família ou com as amigas? Por que? E com o marido/companheiro? Por que? Sobre o que vocês geralmente conversam?
- 66) Como você aprendeu a respeito de assuntos ligados a sexo e gravidez? (Probs. Me fale um pouco mais sobre isso).
- 67) Você costuma procurar informação sobre esses assuntos? Se sim, como você se informa? (Probs. Como é isso? Conte um pouco mais). Se não, por que não?
- 68) O que você acha de sexo antes do casamento? (É contra, a favor?) Por que? E o que pensa sobre filhos fora do casamento? Por que?
- 69) [Para as que têm filhos] Você me disse que tem x filhos. Você gostaria de ter mais filhos? Por que/por que não?
- 70) Vamos imaginar que você ou uma filha sua engravidasse sem querer e não quisesse ter filho naquele momento. O que vocês fariam? [Para aquelas que não mencionarem aborto] Pensariam no aborto? Por que/por que não? O que você acha do aborto? Você acha que existe algum caso em que ele deveria ser feito, ou nunca?
- 71) [Para as que **não** são atéias] Você me disse que é (religião). Existe alguma orientação da sua religião com relação a sexo antes do casamento, uso de camisinha ou sobre outros métodos para evitar a gravidez, aborto (pode, não pode)? Se existe orientação, como ela é feita? Palestras? Sermão? Cursos?
- 72) Você acha que as pessoas em geral costumam seguir aquilo que a religião delas prega a respeito desses assuntos? Por que/por que não? E você, você costuma seguir o que diz a sua religião sobre esses assuntos?

Para terminar, gostaria que você imaginasse ser alguém diferente de quem você é. Por exemplo,

73) Pensando numa coisa triste: se você fosse ao médico ou à médica e ele ou ela dissesse que você tem câncer de colo de útero – O que você faria? Você procuraria tratamento? Se sim, onde? Como você acha que seria a qualidade do tratamento oferecido nesse local? Se não, por que não procuraria? O que faria, então?

74) [Para aquelas sem plano de saúde] Se você fosse alguém que tivesse um plano de saúde– Como pensa que seria o seu atendimento quando você precisasse de um médico/a? Seria diferente daquele recebido atualmente? [Se sim] Em que seria diferente?[Se não] Por que você acha que não seria diferente?

75) [Para aquelas com plano de saúde] Se você fosse alguém que não tivesse um plano de saúde– Como pensa que seria o seu atendimento quando você precisasse de um médico/a? Seria diferente daquele recebido atualmente? [Se sim] Em que seria diferente?[Se não] Por que você acha que não seria diferente?

76) Se você fosse uma médica ginecologista – Como você atenderia as suas pacientes? [O que você faria e o que você não faria, tentando comparar com o atendimento ginecológico recebido atualmente.]

77) [Para usuárias de posto de saúde] Se você fosse a coordenadora do posto de saúde onde você costuma ir, como seria o posto? Como seria o atendimento? [O que você faria e o que você não faria, tentando comparar com o atendimento recebido atualmente.]

78) Se você fosse a diretora do hospital onde você costuma ir – Como seria o atendimento neste hospital? [O que você faria e o que você não faria, tentando comparar com o atendimento recebido atualmente.]

79) Se você fosse a diretora do SUS – Como seria o seu SUS? [Explorar diferenças e semelhanças com o SUS real]

80) Se você fosse encarregada de resolver sobre os métodos contraceptivos a serem distribuídos no posto de saúde de seu bairro – Que métodos você distribuiria e por que? Como seria essa distribuição? [depois da resposta espontânea, perguntar o porquê de não disponibilizar alguns dos métodos não

citados -pílula, DIU, Injeções, Implantes, Diafragma, Tablete, Espermicida, Camisinha, Esterilização feminina, Esterilização masculina; Tabela, Abstinência periódica; Coito interrompido; Anticoncepção de emergência, outros...].

80) Por último, se você fosse a presidenta do Brasil – O que você faria para melhorar a saúde das mulheres em geral? E para melhorar a saúde das mulheres pobres?

Obrigada pela entrevista!