

Perspectivas e limites da prevenção do câncer de útero e de mama: a vivência das usuárias do CSU de Guarus, em Campos dos Goytacazes, RJ

Prospects and limitations for cervical and breast cancer prevention: the experience of the Guarus Health Center users, in Campos dos Goytacazes, RJ

Viviane Aparecida Siqueira Lopes*
Fernanda Rangel Rego**

Este artigo analisa os fatores que limitam a realização de consultas ginecológicas e, portanto, a efetivação e a regularidade dos exames referentes à prevenção do câncer de útero e de mama. Para isso, apresenta uma pesquisa quanti-qualitativa, a partir de entrevistas, via aplicação de formulários, com usuárias do serviço de ginecologia do Centro de Saúde de Guarus, no município de Campos dos Goytacazes/RJ, adotando como parâmetros as definições da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a produção bibliográfica referente. Os resultados indicam que a cobertura de mamografia e de exame Papanicolau anual se mostrou aquém dos parâmetros definidos pela PNAISM e pelo Pacto pela Saúde 2010-2011; e que a realização de consultas ginecológicas e exames encontra limites de ordem socioeconômica, subjetiva, cultural e institucional, com preponderância desta última; diferindo da literatura de referência, na qual os aspectos subjetivo-culturais se destacam como limitadores de acesso.

Palavras-chave: Câncer de Útero. Câncer de Mama. Prevenção. Acesso.

This article analyzes the factors that prevent women from seeking gynecological care and, therefore, taking regular exams concerning the prevention of cervical and breast cancer. This study is a qualitative and quantitative research based on interviews, through individual questionnaires, applied to clients of the Guarus Health Center Gynecology Service, in Campos dos Goytacazes, State of Rio de Janeiro, adopting as parameters the National Women's Health Assistance Policy settings, as well as related bibliography. Results indicate that the coverage of annual mammogram and Pap smear tests fail to respond to the National Women's Health Assistance Policy and Pact for Health 2010-2011 guidelines, and that performing gynecology exams is limited by socioeconomic, subjective, cultural and institutional factors – the latter being predominant; differing from the related literature, in which subjective and cultural aspects stand out above the others.

Key words: Cervical Cancer. Breast Cancer. Prevention. Access.

* Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Assistente Social; Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Campos dos Goytacazes/RJ - Brasil. E-mail: vivianeviviane@uol.com.br

** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Campos dos Goytacazes/RJ - Brasil. E-mail: fernandarego28@hotmail.com

Introdução

Segundo o INCA 2012, o câncer de mama é o mais frequente na população feminina no Brasil e o câncer de colo de útero, o segundo mais incidente. A expectativa desses cânceres para 2012 foi de 17 casos novos/100 mil mulheres e 52 casos novos/100 mil mulheres, no que diz respeito ao câncer de colo de útero e de mama, respectivamente.

Desse modo, essas enfermidades são importantes questões de saúde pública, tendo o Ministério da Saúde (2010), a partir de avaliação epidemiológica, definido que a faixa etária de 40 a 49 anos é prioritária para prevenção do câncer de mama, mas previsto a realização de mamografias para mulheres de 40 a 69 anos. Esse exame deve ser realizado anualmente por mulheres na faixa etária prioritária e a cada dois anos, por mulheres de 50 a 69 anos.

O câncer de colo de útero, segundo o INCA (2002), possui maior incidência em mulheres entre 40 e 60 anos de idade. No entanto, a PNAISM (2004) preconiza a realização anual do exame Papanicolau, prioritariamente em mulheres de 25 a 59 anos. Mas, em casos de dois exames consecutivos com resultado normal, o intervalo entre exames pode ser estendido para dois em dois anos.

A cobertura prevista no Pacto pela Saúde 2010-2011 condiz com a realização dos exames Papanicolau e mamografia, em proporção de 80% e 60%, consecutivamente, entre mulheres que constituem população-alvo desses exames.

O combate a tais enfermidades envolve o diagnóstico precoce, o que remete necessariamente à realização de consultas ginecológicas de modo regular, envolvendo exames clínicos e solicitação de exames. No entanto, alguns fatores dificultam a realização de consultas ginecológicas. Os fatores para não adesão às consultas e/ou exames de prevenção são apresentados em trabalhos científicos, tais como Silva et al. (2006); Torres, Miranda-Ribeiro, Machado (2008); Barata (2008); Albuquerque et al. (2009). Tais motivos envolvem a dimensão institucional, ligada à oferta e ao funcionamento dos serviços; o reconhecimento da necessidade de saúde pela mulher; a existência de limites de ordem socioeconômica e a presença de aspectos culturais e/ou subjetivos.

O acesso aos serviços de saúde é condicionado por um conjunto de fatores relativos à oferta e à demanda. O acesso refere-se à “capacidade de o usuário obter, quando necessitar, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente, consistindo, assim, na disponibilidade dos serviços e recursos de saúde e sua utilização por parte de quem necessita” (VIDAL, 2008, p.134). Desse modo, em relação à *oferta*, o primeiro fato a ser destacado é a existência dos serviços, para a qual interferem

Aspectos relativos às acessibilidades geográficas (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas

moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud BARATA, 2008, p. 19).

Acerca da organização dos serviços de saúde, acrescenta-se que

Normas e procedimentos programáticos (...) podem facilitar ou restringir a capacidade do usuário para obter os serviços. Entre as restrições administrativas citam-se a demanda por documentação excessiva, horário de atendimento pouco conveniente, tempo de espera prolongado, serviço concorrido e barreiras médicas (CARVACHO, 2008, p. 888).

Em relação à *demand*a, o principal determinante do uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde e a percepção desta por seu portador. Neste estado, influem significativamente a idade e os aspectos sociais, como “gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud BARATA, 2008, p. 19).

Desse modo, o acesso e o uso dos serviços de saúde refletem as desigualdades sociais existentes e, portanto, das vulnerabilidades presentes. Barata (2008) define tais vulnerabilidades agrupando-as em três tipos promovedores de limites no acesso a tais serviços; sendo

vulnerabilidade individual relacionada a características demográficas e sociobiológicas dos indivíduos acometidos; vulnerabilidade social relativa às condições de inserção social dos indivíduos e grupos sociais no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; e vulnerabilidade programática, decorrente de características das políticas públicas e das respostas sociais as questões de saúde. (BARATA, 2008, p. 20)

A saúde feminina e, por conseguinte, a busca por cuidados na área ginecológica, possui como ‘primeiro passo’ a ser considerado o reconhecimento e/ou percepção por parte da mulher sobre a necessidade de saúde. O segundo, a oferta dos serviços, ou seja, seu funcionamento e sua localização geográfica. O terceiro, os aspectos socioeconômicos, os culturais, seguidos pelos aspectos subjetivos.

A *necessidade de saúde e seu reconhecimento* estão associados à autonomia da mulher. Em outras palavras, o reconhecimento da necessidade de saúde e da importância da procura por serviços de saúde relaciona-se à emancipação da mulher, colocando-se enquanto sujeito frente à sua vida. Essa emancipação gera o movimento de conhecer os serviços oferecidos e os utilizar.

Autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base no pensamento livre e na decisão independente. Pode ser entendida

ainda como a habilidade para obter informação e utilizá-la como ponto de partida para a tomada de decisão em relação a preocupações particulares e de cunho íntimo. 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 conhecimento sobre consulta ginecológica provavelmente mostrar-se-ão mais à vontade diante desta. (COSTA et al., 2006 apud TORRES; MIRANDA-MACHADO; MACHADO, 2008, p. 52)

Nesta perspectiva, limites na autonomia das mulheres, em especial, nas pertencentes a segmentos de baixo nível socioeconômico; associados a limites na gestão dos serviços de saúde, que expressam vulnerabilidade programática, têm condicionado o acesso aos serviços de saúde.

O desconhecimento e aspectos de âmbito cultural também se apresentam relevantes. O *desconhecimento* do câncer do colo de útero, da técnica e da importância da realização da consulta ginecológica periódica, por um segmento de mulheres, restringe o acesso ao rastreamento desse tipo de patologia, em especial, daquelas consideradas de maior risco (FERREIRA, 2009).

A dimensão *cultural* engloba fatores, entre os quais, não possuir hábitos e atitudes afins à prevenção e, portanto, o fato de haver a procura por assistência médica apenas em presença de sintomas clínicos relevantes; o que remete, na visão de Pinho (2003, p. 311), “à própria construção cultural de significados dos fenômenos de saúde e doença pelos indivíduos e coletividades”.

Ainda norteadas por determinantes culturais, muitas vezes, a mulher declara-se sem tempo para ir ao médico em virtude de ‘não tem com quem deixar seus filhos’ ou ‘tem que cuidar da casa’, o que reforça a associação do papel social da mulher com o cuidado da casa e dos filhos. Além disso, há o desencorajamento por parte do parceiro no sentido de não irem à consulta ginecológica, especialmente se o médico for do sexo masculino.

Em relação ao comportamento adequado à prevenção de saúde, se uma mulher não tem um hábito de ir ao médico e nunca teve nenhuma doença, ela acaba não reconhecendo a importância da prevenção, e assim passa esse comportamento para os demais familiares. Nesse sentido, Ferreira (2009, p. 382) registra que a “adesão dos indivíduos aos comportamentos preventivos de saúde ainda é dificultada devido aos modelos e padrões de reconhecimento e valorização de aspectos culturais que não contribuem na mudança de atitudes.”

Associadas a esse aspecto, ressaltam-se as barreiras psicossubjetivas diante da procura por serviços de saúde por potenciais usuários. Tais barreiras são constituídas por “medo da medicina moderna, crenças religiosas, questões de gênero e problemas determinados pela ‘distância social’ (diferenças de idade, classe social e etnia entre

prestadores e usuários)” (CARVACHO et al., 2008, p. 888). Nesse sentido, o medo, a vergonha e o constrangimento são sentimentos, segundo Pinho (2003), que ameaçam a aceitação do exame preventivo, por significar para algumas mulheres um exame invasivo em relação à privacidade e à integralidade corporal. O exame ginecológico, com ou sem a coleta de material é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável.

O medo que as mulheres têm de se deparar com o resultado positivo para câncer é outro aspecto importante. Desse modo, Ferreira (2009, p. 381) destaca que “o medo da doença é um dos principais motivos que levam as mulheres que realizam o exame preventivo não retornar para saber o resultado.”

Quanto ao sentimento de vergonha, a autora supracitada, afirma que esse sentimento também pode ser apreendido por essas mulheres como uma sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo. Levando-se, também, em consideração que muitas pessoas são extremamente tímidas, aumentando mais a rejeição ao exame.

Portanto, a consulta ginecológica pode ser desencorajada pela vergonha que as mulheres têm de serem observadas e manipuladas pelos médicos, por medo do exame e do resultado, pelo atendimento rápido e impessoal, pelas instalações físicas inadequadas de algumas unidades de saúde, pelo tempo de espera para o atendimento e pela relação autoritária da equipe com as pacientes (COSTA et al., 2006 apud TORRES; MIRANDA-MACHADO; MACHADO, 2008).

Nesse sentido, pensar em prevenção do câncer de colo de útero e de mamas envolve a compreensão das atitudes assumidas pelas mulheres no cotidiano, o que implica o redimensionamento das práticas de saúde; visando não apenas à promoção de informações sobre sexualidade, métodos contraceptivos e importância dessas prevenções, entre outros; mas discutir, refletir e visualizar alternativas de ação frente às necessidades e limites vivenciados pela mulher.

Os possíveis limites ao acesso às consultas ginecológicas, as ausências e “atrasos” na realização dos exames de prevenção do câncer de mama e útero, registrados pela literatura, foram percebidos no cotidiano do exercício da prática do serviço social - enquanto estagiário de serviço social e supervisor-docente desse estágio, prioritariamente com usuárias do serviço de ginecologia do Centro de Saúde de Guarus Dr. Henrique de Souza Oliveira (CSG), no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Essa vivência suscitou inquietações e o desejo de produzir sistematizações sobre o presente tema, no intuito de promover o conhecimento, reflexões e possíveis ações, de profissionais de saúde e gestores, acerca da saúde da mulher.

Desse modo, este artigo é fruto de pesquisa de campo, cujo objetivo foi analisar os motivos que condicionam a não realização de consultas ginecológicas e avaliar a efetivação e regularidade de exames referentes à prevenção do câncer de mama e de útero. Assim, as questões que nortearam a pesquisa foram: A realização de exames de

prevenção do câncer de mama e de útero está em acordo com a previsão da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)? Quais os motivos e/ou dificuldades para a não realização de consultas ginecológicas são registrados pelas mulheres?

Métodos

O presente artigo apresenta uma análise quanti-qualitativa e resgata aspectos como proporção de exames realizados; relação entre faixa etária e não realização; relação entre exames, presença de filhos e de vida sexual ativa; e as dificuldades vivenciadas pelas mulheres no acesso aos serviços de saúde em estudo. Para isso, adota a definição de Martinelli (1994) quando diz que a investigação qualitativa nos possibilita conhecer as trajetórias da vida e experiências sociais dos sujeitos, enquanto, a investigação quantitativa analisa a realidade, ou seja, as circunstâncias de vida.

Desse modo, é subsidiado por pesquisa realizada no Centro de Saúde de Guarus Dr. Henrique de Souza Oliveira (CSG), no município de Campos dos Goytacazes/RJ, entre os meses de setembro a novembro de 2012, que possuiu como instrumento para realização de entrevistas, um formulário composto por perguntas abertas e fechadas, cujos principais eixos são o acesso às consultas, exames e tratamentos; e as dificuldades vivenciadas na busca por esse acesso.

Constituiu-se uma amostra de quarenta e oito mulheres, quantitativo referente a vinte por cento do total de atendimento de ginecologia/mês. Foi adotado como referência para constituição da amostra, o período de junho a dezembro de 2011, quando foram atendidos em média duzentos e trinta e oito mulheres/mês, segundo informações do setor administrativo do CSG, a partir do Boletim Diário de Serviços Produzidos preenchido por ginecologistas nessa unidade de saúde.

As mulheres convidadas a participar da pesquisa foram preferencialmente usuárias que estivessem no CSG para ir ao serviço de ginecologia. No entanto, a amostra foi composta também por mulheres que estavam levando seus filhos ao pediatra. A participação dessas mulheres na pesquisa ocorreu a partir de sua disponibilidade para tal, após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa. Portanto, procedimentos éticos foram cumpridos de modo informal, estabelecidos na relação usuários-pesquisa-entrevistador.

A análise dos dados possui os seguintes parâmetros:

- a) As definições da PNAISM quanto aos intervalos e faixas etárias apontados como os preferenciais no processo de prevenção do câncer de útero e de mama; a saber:
 - Mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos são público-alvo para a realização do exame Papanicolau. Este deverá ser realizado anualmente,

- podendo ser estendido para intervalo bianual, em caso de dois exames consecutivos com resultado normal.
- Mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos são público-alvo prioritário das ações de prevenção ao câncer de mama, sendo, no entanto, previstas mamografias em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos. Para o primeiro grupo, mamografias anuais e para o segundo grupo, mamografias bianuais.
- b) As definições do Pacto pela Vida 2010-2011 quanto à cobertura de exames, sendo:
- A cobertura de 80% das mulheres-alvo quanto ao exame Papanicolau.
 - A cobertura de 60% das mulheres-alvo quanto à mamografia.
- c) A presença de determinantes institucionais, culturais e psicossubjetivos associados aos fatores que limitam o acesso aos serviços de saúde da mulher, como registrado na literatura referente; sendo destacados os trabalhos elaborados por Silva et al. (2006), Torres; Miranda-Ribeiro; Machado (2008) e Albuquerque et al. (2009) para fins de comparação entre as proporções referentes aos motivos apresentados para não adesão, mulheres que nunca realizaram o exame Papanicolau, situação conjugal, número de filhos, faixa etária.
- d) A definição de atraso ou demora na realização de exames, nos resultados e na apresentação dele ao médico solicitante, enquanto um período superior a 45 dias; tomando como referência a prática cotidiana das instituições, que adotam esse prazo como “esperado”.

Resultados

As entrevistadas possuem *idades* diversificadas, apresentando-se, de modo decrescente, nas seguintes proporções: de 37 a 47 anos (33%), de 26 a 36 anos (27%), de 48 a 58 anos (21%), de 19 a 25 anos (15%), de 13 a 18 anos e de 59 a 69 anos (2% cada).

Em sua maior parte, são solteiras ou casadas (33,3% cada), sendo seguidas pelas em ‘união estável’¹ (29,2%), divorciadas (2,1%) e viúvas (2,1%). Portanto, a maioria (62,5%) possui parceiro fixo (e residente com elas). Entre as solteiras, divorciadas ou viúvas, 38,9% disseram possuir vida sexual ativa.

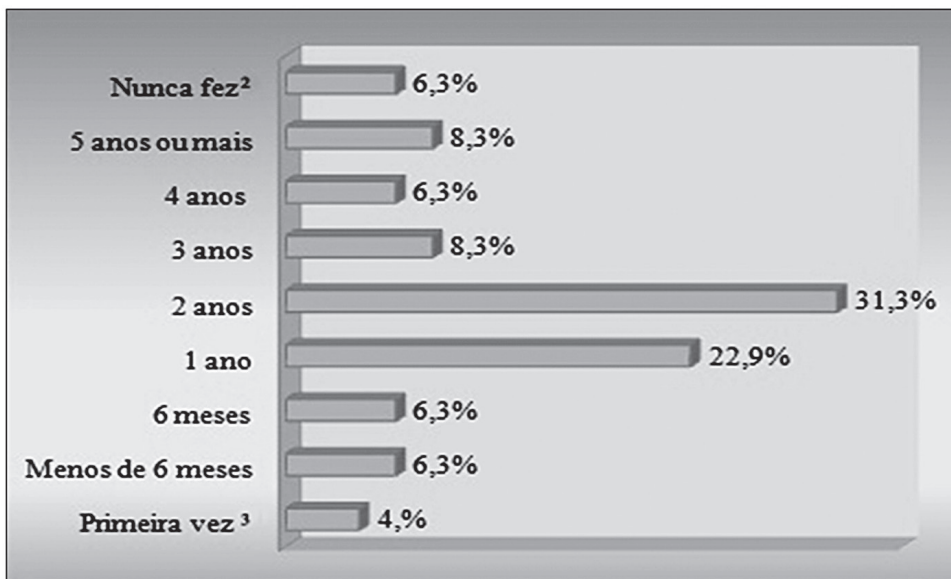
A grande maioria (93,7%) possui *filhos*; na seguinte quantidade, em ordem decrescente: um filho (35,6%), três filhos (31,1%), dois filhos (13,3%), quatro filhos (11,1%) e cinco filhos ou mais (8,9%). Portanto, a grande maioria possui de 01 a 03 filhos (80%); ou, em outra perspectiva, preponderaram as usuárias com um ou dois filhos (48,9%), seguidas das que possuíam de três a quatro filhos (42,2%).

No que diz respeito à *frequência* na realização de ‘exame preventivo’ (figura 1), os *intervalos de tempo entre o atual e o último exame realizado*, relatados pelas usuárias, que

¹ Neste artigo a expressão ‘união estável’ condiz com a convivência diária em mesma residência por casais com comprometimento conjugal. Não se refere necessariamente à constituição jurídica de união estável.

expressam as maiores proporções são: dois anos (31,3%) e um ano (22,9%), ou seja, 54,2% das usuárias.

Figura 1 - Intervalo de tempo entre o atual e o último “exame preventivo”, das usuárias do CSG, em 2012



Fonte: Dos autores (2012)

Nota 1: O segmento ‘Nunca fez’ refere-se a mulheres participantes da pesquisa que estavam no CSG para levar seus filhos a outro serviço.

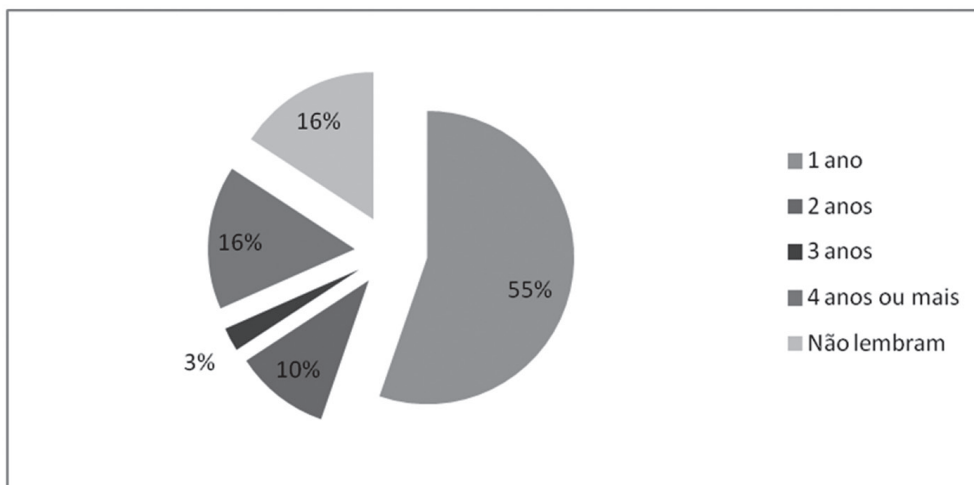
Nota 2: O segmento ‘Primeira vez’ refere-se a mulheres participantes da pesquisa que estavam no CSG para o seu primeiro exame preventivo.

No entanto, 12,6% das usuárias apresentam intervalo igual ou menor que seis meses, o que sugere indicação médica de retorno para acompanhamento; e, duas usuárias (4%) estavam realizando o preventivo pela primeira vez. Outras usuárias estavam sem realização de consulta e/ou exame de três a quatro anos (14,6%); há cinco anos ou mais (8,3%); e três usuárias (6,3%) nunca fizeram o “exame preventivo”.

Entre as dezoito usuárias que se identificam como divorciadas, solteiras e viúvas, no que se refere ao intervalo de tempo entre o atual e o último exame e/ou consulta, 44,4% realizaram o último exame de um a dois anos, seguido por nunca fez ou está vindo fazer pela primeira vez (27,8%); fez há cinco anos ou mais (16,7%), há três anos (5,6%) e há apenas seis meses (5,5%).

A Figura 2 apresenta o *intervalo entre o penúltimo e o últimos exames realizados*, abaixo apresentado:

Figura 2 - Intervalo de tempo entre o penúltimo e o último preventivo, das usuárias do CSG, em 2012



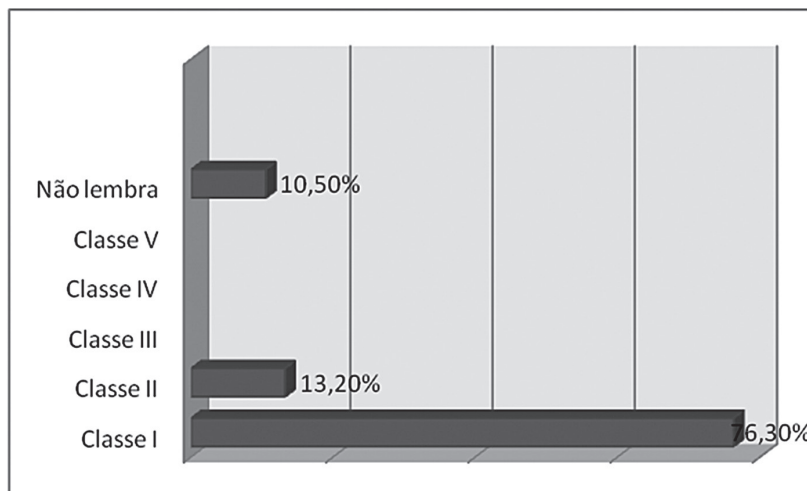
Fonte: Dos autores (2012)

Para essa análise foram excetuadas as usuárias que nunca realizaram o exame e as usuárias que realizaram apenas um preventivo, não possuindo, portanto, o penúltimo. Elas comportam um grupo de dez usuárias. Sendo assim, das quarenta e oito mulheres que participaram da pesquisa, apenas trinta e oito realizaram o penúltimo exame. Entre elas, a maior parte das usuárias (65%) encontram-se em dia com o exame preventivo, ou seja, realizou-o em um intervalo de um a dois anos. Entre as usuárias que estão fora do período previsto para realização do exame (35%), estão arroladas também as que “não lembravam”, supondo-se que elas estejam fora do prazo estabelecidos.

Consequentemente, *entre o atual exame e o último exame*, menos mulheres encontram-se com mais de 02 anos sem realização de exames, sendo 29,2% delas. Entre o último e o penúltimo, mais mulheres encontram-se nessa condição (35%).

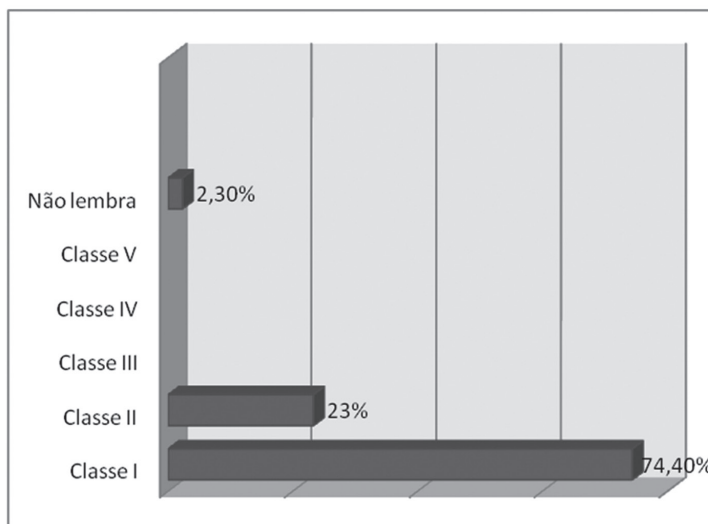
No que diz respeito ao *resultado dos exames* (gráficos 3 e 4), entre as mulheres que realizaram ao menos dois exames Papanicolau, ou seja, trinta e oito usuárias, vimos que *em relação ao resultado do último exame*, 74,4% das mulheres disseram que foi classe I, seguidas pelas que citaram classe II (23%) e das que não se lembravam (2,3%). *No penúltimo exame*, os resultados citados foram: classe I (76.3%), classe II (13.2%) e não se lembravam (10,5%).

Figura 3 - Resultado do penúltimo exame realizado pelas usuárias do CSG, em 2012



Fonte: Dos autores (2012)

Figura 4 - Resultado do último exame realizado pelas usuárias do CSG, em 2012



Fonte: Dos autores (2012)

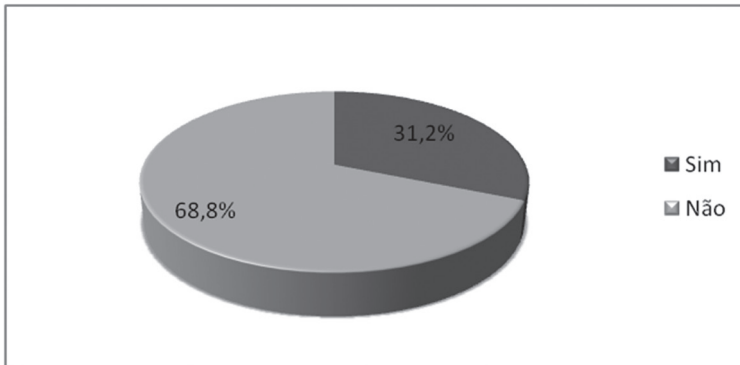
Após o resultado do *penúltimo* exame, a maioria das usuárias não necessitou de tratamento (81,6%). Entre as usuárias que necessitaram (18,4%), foram usados: ‘cremes’ (71,4%), medicamento via oral (14,3%) e ambos (14,3%).

A partir do resultado do *último* exame, a maioria das usuárias não necessitou de tratamento (79,1%) e uma pequena parte não obteve ainda o resultado do exame (2,3%). Entre as usuárias que necessitaram de tratamento (18,6%), foram usados: ‘cremes’ (62,5%), cremes e medicamento via oral (12,5%), enquanto 25% delas passaram por cirurgia.

Entre as mulheres que necessitaram de tratamento, a maioria o obteve com rapidez (86,7%) e as demais o realizaram, mas vivenciando esperas prolongadas.

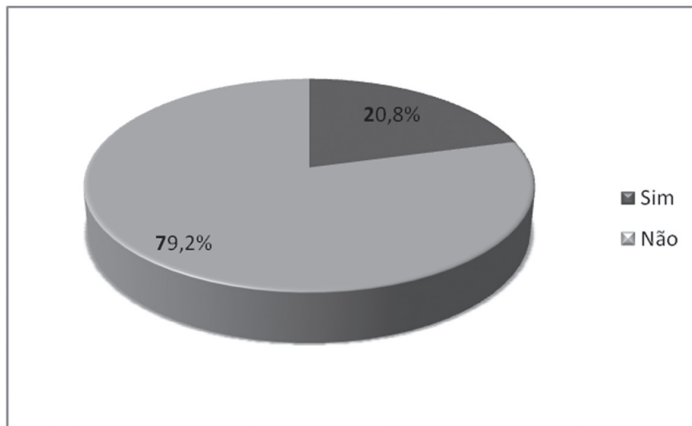
Os *exames de mamografia* (Figura 5) não foram realizados por 68,8% das mulheres e o *ultrassom de mama* (Figura 6) não foi realizado por 79,2% delas. Uma parte das usuárias (12,5%) realizou os dois exames.

Figura 5 - Proporção de usuárias do CSG que realizaram mamografia, em 2012



Fonte: Dos autores (2012)

Figura 6 - Proporção de usuárias do CSG que realizaram ultrassom de mama, em 2012



Fonte: Dos autores (2012)

Dentre as que não realizaram nenhum dos dois exames, observamos que algumas (37,9%) estavam na faixa etária igual ou superior a 37 anos, o que indica a presença de usuárias com idade compatível à realização desse tipo de exame e que não o realizou.

Nessa perspectiva, ressaltando as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, 23% realizaram os dois exames, 38,5% apenas a mamografia e 38,5% *nenhum dos dois exames*. Entre as mulheres na faixa etária de 50 a 63 anos, 14,3% realizaram os dois exames, 57,1% apenas a mamografia e 28,6% *nenhum dos dois exames*.

A maioria das mulheres *que realizaram ao menos um destes dois exames* (76%), declarou não ter tido *dificuldades para marcar exames* (76%).

Acerca da *marcação de consultas*, a maioria das mulheres (68,7%) relatou não ter tido dificuldade; e, portanto, 31,3% disseram ter tido dificuldade. Para *mostrar o resultado de exames*, excetuadas as usuárias que nunca realizaram tais exames, a maioria das usuárias (81%) relatou possuir dificuldades, enquanto 19% disseram as possuir.

Quanto às dificuldades, *especificamente relacionada à marcação de consulta*, a maior parte das usuárias que as apresentou referiu-se à dificuldade de acesso. As mulheres não conseguiram marcar a consulta por falta de vaga e/ou com relação à organização do sistema. Segundo relatos das entrevistadas, é disponibilizado apenas um dia para marcação de consulta e com um número de fichas aquém da demanda, fazendo com que somente as pessoas que estão desde muito cedo na fila consigam a vaga. Para além da dificuldade para ‘pegar ficha’, foram citadas a demora entre agendamento e realização da consulta, e a falta de tempo da mulher, como registram as falas selecionadas.

“Está precário... tem que dormir na fila para conseguir.”
(Entrevistada)

“Eu não consegui marcar com urgência, meu seio estava vermelho e aumentou de tamanho, aí tive que pagar.” (Entrevistada)

“Por falta de tempo.” (Entrevistada)

Sobre as dificuldades comentadas pelas entrevistadas, *para realizar exames e para mostrar resultado dos mesmos*, observamos que a maioria das mulheres (42,8%) declarou motivo de ordem institucional, seguidos pelos de ordem cultural (37,2%), de ordem subjetiva (28,2%) e de ordem socioeconômica (22,9%). Vale destacar que, em algumas vezes, uma mesma mulher apresenta justificativas que perpassam mais de uma perspectiva.

As falas a seguir ilustram.

“Eu trabalhava e quando tinha tempo de ir não era o dia que dava a ficha... a gente acha sempre que tá boa... eu não gosto de ir ao ginecologista, incomoda muito. Tive dificuldades para mostrar o resultado porque quando eu ia não tinha como marcar.”
(Entrevistada)

“Tenho vergonha, medo de machucar.” (Entrevistada)

“Tenho muita vergonha, tomei remédio de nervo para vir, desde semana passada, pra me acalmar”. (Entrevistada)

“Às vezes esqueço, vou trabalhando e sempre deixando pra depois.”
(Entrevistada)

“Não faço se for só homem.” (Entrevistada)

“Eu me preocupo mais com meu filho do que eu. Eu não marco, esqueço, não tenho com quem deixar meu filho... foi distração, não marquei. Vou ao médico dele e parei de me cuidar.” (Entrevistada)

“Tem que dormir na fila ou pagar alguém pra ficar. O resultado dos exames demora muito pra chegar, se fosse algo de urgência já era.” (Entrevistada)

“Eu trabalho e fica difícil, junta tudo, pois eu não tenho tempo. Quando a médica falta eu não posso voltar, tem que acordar cedo para pegar ficha. Isso tudo dificulta.” (Entrevistada)

Em relação ao reconhecimento da importância do ‘exame preventivo’, a grande maioria das entrevistadas (97,9%) diz reconhecer a sua importância. Entre as que reconhecem, observamos algumas falas claramente referentes à prevenção de cânceres, e outras referentes às doenças ginecológicas de modo geral, como se ir ao ginecologista e fazer os exames possibilitassem uma análise ampla de sua saúde ginecológica, como as falas selecionadas, a seguir, registram.

“É importante porque a gente tem que cuidar da saúde, porque por fora tá tudo bem, mais por dentro não sei.” (Entrevistada)

“É bom para prevenir, se tiver com algum problema a gente sabe e trata logo.” (Entrevistada)

“Pra saber das doenças, às vezes a gente tá com alguma doença e nem sabe”. (Entrevistada)

“É prevenção, estou com medo das doenças como a AIDS, câncer, mioma e outras.” (Entrevistada)

“É importante para não dar câncer de útero e outras doenças.” (Entrevistada)

Em relação ao *não reconhecimento* da importância do preventivo, apenas uma mulher se refere a isso, dizendo:

“Não sei se faz tanta falta, não sei se é muito importante, porque se tiver de aparecer alguma coisa vai aparecer e com o sintoma o médico vai constatar e tratar.” (Entrevistada)

Quando questionadas acerca da presença de outras dificuldades e/ou intranquilidades associadas à consulta ginecológica, as respostas reaperentam os motivos anteriormente comentados, sendo que houve uma associação maior com a ideia de intranquilidade, quando aspectos de ordem subjetiva e, portanto, referentes a seus sentimentos diante à consulta foram ressaltados. A maioria das mulheres relatou se sentir tranquila (63%), logo, 38% estavam intranquilas. Sobre

as justificativas da intranquilidade, a maioria das entrevistadas apontou motivos de ordem subjetiva (50%), como já comentado, sendo também apresentados motivos de ordem socioeconômica (33,3%), de ordem institucional (11,1%) e de ordem cultural (5,6%). As falas a seguir ilustram.

“Acordar quatro horas da manhã para pegar ficha? Isso é ruim, tem que acabar. Fazer vários exames em lugar diferente, carimbar, marcar, fazer exame, eu não tenho tempo pra isso.” (Entrevistada)

“Tenho que arrumar alguém para ficar com minha filha.” (Entrevistada)

“Só vou ao médico quando precisa muito.” (Entrevistada)

“O meu trabalho dificulta de ir ao médico.” (Entrevistada)

“Não é tranquila porque tenho muita vergonha.” (Entrevistada)

“Sempre fico com vergonha dos acadêmicos, não gosto.” (Entrevistada)

“Eu não gosto de ir ao ginecologista.” (Entrevistada)

Quando perguntadas se teriam alguma sugestão para melhorar o atendimento da ginecologia na instituição, somente 45,8% das mulheres propuseram algo, sendo todas relacionadas à organização dos serviços. Algumas falas foram selecionadas.

“Eu acho que tinha que marcar mais vezes na semana porque dá só uma vez (na semana) e acaba tumultuando, tinha que aumentar mais ficha.” (Entrevistada)

“A dificuldade que eu acho é que tem que madrugar na fila para pegar ficha.” (Entrevistada)

“Eu queria que o preventivo fosse mais rápido, três meses é muito tempo para pegar o resultado.” (Entrevistada)

“O ruim são as pessoas que trabalham no ambiente e que facilita para uns e outros não, já que é direito de um é de todos.” (Entrevistada)

“No caso, eu achava que tinha que ter mais profissionais, é isso que torna difícil.” (Entrevistada)

“Deveria marcar por telefone, para não precisar acordar de madrugada, ficar a mercê dos bandidos; às vezes passamos por tudo isso e nem consegue a vaga.” (Entrevistada)

Discussão

As mulheres (97,9%) reconhecem a importância da realização do exame preventivo, expressando uma associação entre prevenção de câncer e doenças ginecológicas em geral e a realização de consultas e exames ginecológicos. No entanto, a efetivação da prevenção apresentou índice aquém dessa demonstração de conhecimento. O processo de busca de acesso aos serviços de saúde mostrou-se condicionado por fatores diversos, registrados nas falas das mulheres, gerando limites na efetivação da prevenção ao adocimento e agravos.

A grande maioria das mulheres (81%) se encontra na faixa etária de 26 a 58 anos, o que é condizente com o público-alvo definido como prioritário pela PNAISM, tanto para a prevenção do câncer de útero quanto para a do câncer de mama. Sobre este último, no que se refere ao total de mulheres entrevistadas, a maioria delas *não realizou* mamografia (68,8%) e ultrassom de mama (79,2%). Ao serem ressaltadas as faixas etárias definidas como prioritárias pela PNAISM, a mamografia não foi realizada por 61,5% das usuárias na faixa etária de 40 a 49 anos e por 42,9% delas na faixa etária de 50 e 63 anos. Desse modo, em termos de população-alvo, a cobertura desses exames não se encontra em sintonia com os parâmetros definidos pelo Pacto pela Saúde (2010-2011), que prevê a realização em no mínimo 60% da população-alvo.

A grande maioria das mulheres (89,7%) realizou, ao menos uma vez, o exame Papanicolau em período anterior à pesquisa. Em termos de regularidade, adotando o intervalo entre o exame atual e o último, 66,8% das mulheres o realizaram com intervalos de até dois anos, não estando condizentes com os parâmetros de cobertura da PNAISM. Nessa perspectiva, um grupo de 33,2% das mulheres encontra-se fora de tais parâmetros; pois 22,9% delas havia três anos ou mais que não realizavam o exame Papanicolau; 6,3% das mulheres nunca o realizaram e 4% delas o estavam realizando pela primeira vez. Desse modo, há um segmento a ser resgatado no que diz respeito aos aprimoramentos no exercício da prevenção de doenças.

A proporção de cobertura anual em 22,9% ou mesmo bianual de 66,8% colocou-se abaixo da proporção apresentada por Torres; Miranda-Ribeiro; Machado (2008) que registram cobertura de 75,18% e ausência de exames nos últimos doze meses de 24,82%. Essa ausência, no presente estudo, apresenta-se acima dos achados dos autores citados, pois correspondeu a 64,5% das mulheres. Em relação ao segmento que nunca realizou exame Papanicolau, o presente estudo aponta para índice menor (4%) do que o encontrado por Albuquerque et al. (2006), que registra 8% de entrevistadas nessa situação.

Observa-se, também, que *não há uma relação direta* entre realização de exames preventivos e o estado civil, mas sim entre realização de tais exames e vida sexual ativa. A maior parte das mulheres, com parceiro fixo e residente com elas (62,5%), realizou o exame dentro do prazo indicado pela PNAISM. Entre as solteiras, divorciadas e viúvas, 49,9% não ultrapassaram o intervalo de 02 anos entre exames; sendo que 39,9% das

mulheres com um desses estados civis, disseram possuir vida sexual ativa. Portanto, possuir vida sexual ativa constituiu elemento promovedor da realização do “exame preventivo”.

Nesse mesmo sentido, nos estados civis ‘solteiras, viúvas ou divorciadas’, as mulheres que nunca fizeram ou estão fazendo pela primeira vez o exame Papanicolau, correspondem a 27,8% ; e mulheres cujo intervalo entre exames é maior ou igual há cinco anos correspondem a 16,7%. Isso expressa que para um determinado grupo o fato de não possuir atividade sexual, apontou para certo “descaso” com a realização de exames e/ou consulta ginecológica. A essas mulheres, somam-se aquelas com mais de dois anos sem realização do exame Papanicolau (29,2%).

Desse modo, cabe ressaltar que tais achados reforçam a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos para identificar essa parcela da população-alvo, de modo a atendê-la em suas necessidades, em uma perspectiva de integralidade da assistência à saúde, reconhecendo suas necessidades em contexto; pois essa parcela da população está vulnerável às doenças relacionadas à ginecologia. Nesse sentido, Ferreira (2009) enfatiza a importância do exame de prevenção do câncer cervicouterino para a saúde da mulher e chama a atenção para o fato de ser este um procedimento de detecção precoce de lesões pré-invasivas, sendo, portanto, um procedimento para a redução da mortalidade decorrente desse tipo de câncer.

No que diz respeito à relação entre possuir filhos e realizar o ‘exame preventivo’, observa-se que esta relação é pertinente, pois 93,7% das mulheres possuem filhos e 6,3% delas *nunca* realizaram o exame. Exatamente as não mães, são as que disseram nunca o ter realizado. Nesse mesmo sentido, Torres; Miranda-Ribeiro; Machado (2008, p. 61) registram a relação de primeira consulta no ginecologista com a gravidez, em especial, em mulheres de camadas pobres. Tal circunstância reafirma o pré-natal como uma importante oportunidade de, ao menos nas gestações, realizarem o exame. No entanto, apenas essa oportunidade não basta quanto à prevenção; pois vincula o autocuidado exclusivamente à maternidade, não sendo positivo ao se pensar na autonomia das mulheres na qualidade de seres com múltiplos papéis e ações. Acerca da autonomia feminina, Silva et al. (2006, p. 29) a associam à realização de exame Papanicolau, reconhecendo que mulheres que trabalham fora de casa “apresentam proporções mais elevadas de atitude adequada em face do exame”.

Vale ressaltar que autonomia, segundo Costa et al. (2006 apud Torres; Miranda-Ribeiro; Machado, 2008), remete à capacidade de agir e decidir livremente, expressando atitude de busca por ações e serviços que sejam reconhecidos como promovedores do bem-estar do indivíduo, como mencionado na sessão ‘introdução’. Desse modo, ampliar a autonomia feminina é elemento importante no processo de maior acesso aos serviços de saúde da mulher.

Em relação aos tipos de resultados de exame Papanicolau, preponderaram resultados “normais”, ou seja, classe I², seguido por resultados positivos para inflamações corriqueiras, ou seja, classe II.

² Classe I: Esfregaço normal; Classe II: Esfregaço inflamatório; Classe III: Lesões displásicas ou pré-neoplásicas; Classe IV: Provavelmente maligno (geralmente carcinoma in situ); Classe V: Esfregaço com padrão de neoplasia maligna (NISHI, 2013).

No entanto, ao analisarmos a necessidade de tratamento, vê-se que em relação ao *último* resultado de exame, duas usuárias necessitaram de cirurgias, o que se contrapõe aos dados sobre os resultados do *último* preventivo, citados pelas usuárias. Nestes, a maioria não possuía diagnósticos com quadros agravados e algumas usuárias (04 no penúltimo e 02 no último exame) disseram não se lembrar do resultado. Podemos concluir que, entre elas, havia diagnósticos retratando alterações significativas ao menos para duas das usuárias, pois necessitaram de submissão à cirurgia.

A presença de tratamento cirúrgico ressalta a importância do exame Papanicolau para além do período fértil das mulheres, pois estudos revelam que “as taxas de câncer invasivo aumentaram com a idade”, impondo a necessidade de manutenção de cuidados preventivos em fases subsequentes (SILVA et al. 2006, p. 29).

A partir do último resultado de exame, todas as usuárias que necessitaram de tratamento declararam que o realizaram. No entanto, 13,3% das usuárias vivenciaram esperas prolongadas, o que evidencia dificuldades de acesso, em especial, à atenção de alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS), pois a demora no acesso ao tratamento foi referente à realização de cirurgias. Desse modo, tais dados sugerem expansão da prestação de serviços pelo SUS, como também observa o estudo de Barata (2008), pois não apenas esse segmento declarou vivenciar demoras no atendimento, mas também 45,8% das mulheres sugerem aprimoramentos na organização do trâmite de acesso aos serviços de saúde.

A *marcação de consultas e exames* foi perpassada por dificuldades para 31,3% e 24%, consecutivamente, das usuárias. Em proporções bem mais amplas, *o retorno para mostrar os resultados de exames*, é relatado por 81% das mulheres como marcado por dificuldades. Portanto, faz-se necessário um redimensionamento da gestão pública no que se refere a promover, de modo especial, a possibilidade de retorno ao médico solicitante dos exames, para garantir a continuidade do processo terapêutico, sem rupturas no vínculo usuário-profissional. Nesse sentido, modificações introduzidas nos programas de rastreamento, em geral, sem aumento expressivo de custos, podem promover a elevação da adesão das mulheres (SILVA et al., 2006, p. 30).

Os *aspectos institucionais* preponderaram entre as dificuldades apresentadas para *marcação de consultas, para realizar exames e para mostrar resultados dos mesmos*, reforçando o que a literatura registra acerca das dificuldades de acesso ao Sistema Único de Saúde, que, no caso deste artigo, retrata o acesso específico à atenção ginecológica. A exemplo, referindo-se às esperas prolongadas, Torres; Miranda-Ribeiro; Machado (2008, p. 63) registram que “o atendimento é demorado e há uma grande dificuldade em marcar a consulta no horário desejado pela paciente”.

A *dimensão subjetiva* foi enfatizada, de modo especial, quando as mulheres foram questionadas acerca da presença de dificuldades e/ou inquietudes associadas à consulta ginecológica, condizentes com seus sentimentos diante à consulta, ressaltando entre outros elementos a vergonha, aspecto presente na literatura referente.

Quanto aos *aspectos culturais*, algumas mulheres não foram à consulta em virtude de não terem ‘com quem deixar’ seus filhos ou netos, de certo modo, elas vivenciaram limites pelo desempenho do papel de cuidadora que exercem em suas famílias. *Aspectos socioeconômicos* são, também, apresentados como obstáculos ao acesso aos serviços de saúde da mulher, associados à dificuldade de ausentar-se do trabalho. Tais perspectivas são registradas por Barata (2008, p. 19), que aponta limites, chamados por ela de ‘sociais’, ao acesso a serviços de saúde, citando: “questões de gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social”.

Referindo-se aos obstáculos à regularidade nas consultas ginecológicas, Torres; Miranda-Ribeiro; Machado (2008) apresentam, sem quantificar, como os três maiores obstáculos, a vergonha, a falta de eficiência do SUS e a falta de diálogo e carinho do ginecologista. No caso do estudo de Silva et al. (2006), os principais motivos foram vergonha (24,2%), desinformação (19,2%), falta de interesse (13,1%), dificuldade para agendamento do exame (8,1%), o fato de não gostar de médico da UBS (6,1%) e nunca ter tido queixa ginecológica (4%). Portanto, ressaltam aspectos organizacionais e psicossubjetivos.

Por conseguinte, o presente estudo possui sintonia com os trabalhos citados no que diz respeito aos tipos de limites ao acesso. No entanto, neste estudo as proporções divergem, pois 42,8% das mulheres declararam motivo de ordem institucional, seguidos pelos motivos de ordem cultural (37,2%); de ordem subjetiva (28,2%); e de ordem socioeconômica (22,9%).

Nesse mesmo sentido, as sugestões apresentadas foram (todas) relacionadas à organização dos serviços, o que vem a reforçar a preponderância de limites institucionais ou organizacionais, que apontam para necessidade de aprimoramentos na gestão dos serviços de saúde da mulher.

Conclusões

A importância dos exames para detecção precoce do câncer de útero e de mama é reconhecida pelas mulheres. No entanto, na pesquisa apresentada, a cobertura de mamografia e de exame Papanicolau anual para mulheres inseridas nas populações-alvo mostrou-se aquém dos parâmetros oficiais. Isso remeteu à análise dos fatores limitadores do processo de acesso aos serviços de saúde, entre os quais preponderaram os limites de ordem institucional/organizacional. Nesse sentido foram destacadas situações como chegar de madrugada para ficar na fila; ser esta a condição para que ocorra o agendamento de consultas; amplo espaço de tempo entre agendamento e consulta; dificuldade para retornar com o resultado ao médico solicitante do exame; dificuldade para ausentarem-se do trabalho; envolvimento com a casa e filhos; presença de vergonha e medo.

Desse modo, torna-se relevante o conhecimento, a reflexão e ação de profissionais

de saúde e gestores no sentido da redução da “vulnerabilidade programática”, ou seja, de aprimoramentos e inovações necessários ao resgate de determinados segmentos de mulheres em vistas da prevenção, considerando-as dentro de seu contexto, em uma perspectiva de integralidade, olhando-as como ‘seres em situação’.

As ações educativas, a nosso ver, apontam como possibilidade de alteração no grau de autonomia de cada mulher, provocando um movimento de busca pelos serviços de saúde e de questionamentos sobre sua precariedade, nos casos em que isso couber.

Colaboradores

REGO, F. R. realizou a pesquisa de campo e elaborou a primeira versão do artigo.

SIQUEIRA-LOPES, V. A. orientou a pesquisa de campo e reelaborou a primeira versão.

Agradecimentos

Aos assistentes sociais do Centro de Saúde de Guarus por garantirem vaga de estágio em serviço social e promoverem a liberdade de aplicação desta pesquisa em análise, facilitando sua realização.

Referências

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, p. S301-S309, 2009. Suplemento 2.

BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de Serviços de Saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres de colo do útero e da mama*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2012.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 5 jan 2013.

_____. *Portaria n. 2.669/GM de 03 de novembro de 2009*. Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011. Brasília, DF, 2009.

_____. *Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2013.

CARVACHO, Ingrid Espejo et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n.5, p.886-894, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6062.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 378-384, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

FORMIGA FILHO, José Ferreira Nobre. Políticas de Saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (orgs.). *Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uteropdf>. Acesso em: 14 dez. 2012.

_____. *Incidência do câncer de mama no Brasil: estimativa 2012*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE SÃO PAULO. *O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social: um instigante desafio*. São Paulo: PUC SP, 1994.

NISHI, Nelson Teruo. *Classificação Papanicolau*. Disponível em: <<http://nidomarter.com.br/papanicolau.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p.25-32, 1998. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2012.

PINHO, Adriana de Araújo et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p.S303-S313, 2003. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

SILVA, Daniela Wosiack da et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n.1, p. 24-31, 2006.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20,

p. S190-S198, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

TORRES, Maria Eponina de Abreu; RIBEIRO-MIRANDA, Paula; MACHADO, Carla Jorge. “Vai lá, tira a roupa...e...pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Estudo de População*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 49-69, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a04.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 29, n. 94, p.132-154, jun. 2008.

Artigo recebido em: 17 abr. 2013

Aceito para publicação em: 26 maio 2014