

PREVENÇÃO GINECOLÓGICA: PERCEPÇÃO DO AUTOCUIDADO DE TRABALHADORAS DE UMA COOPERATIVA DE MATERIAL RECICLÁVEL

GYNECOLOGICAL PREVENTION: PERCEPTION OF SELF-CARE OF WORKERS FROM A COOPERATIVE OF RECYCLABLE MATERIAL

PREVENCIÓN GINECOLÓGICA: PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO DE TRABAJADORAS DE UNA COOPERATIVA DE MATERIAL RECICLABLE

Larissa Longui Dias*, Jaçamar Alderona dos Santos**, Francine Alves Gratal Raposo***, Norma Lucia Santos Raymundo****

Resumo

Introdução: As mulheres separadoras de materiais recicláveis, diante da condição de pobreza e exclusão e perante a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, estão sujeitas à vulnerabilidade social. Por esse motivo, apresentam dificuldade em mobilizar-se para execução do autocuidado em prevenção ginecológica. **Objetivo:** Descrever a percepção sobre o autocuidado, relacionada à prevenção ginecológica em trabalhadoras de uma cooperativa de separação de material reciclável, no município de Vitória-ES. **Material e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa, desenvolvida em Vitória-ES, tendo como cenário a Associação dos Catadores e Catadoras de Materiais Recicláveis da Ilha de Vitória (AMARIV). Dez mulheres trabalhadoras da associação participaram do estudo. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para coleta de dados, os quais foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Evidenciou-se o processo de formação das categorias de estudo: a necessidade de maior atenção ao autocuidado, relacionada à prevenção ginecológica; a necessidade de aprimoramento da qualidade da consulta médica e, por fim, dificuldades e equívocos associados à falta de orientação médica e às barreiras do sistema de saúde. **Conclusões:** As evidências demonstraram que o processo do autocuidado relacionado à prevenção ginecológica entre as mulheres estudadas é deficiente, mostrando que falta educação em saúde nos serviços. Dessa forma, julga-se necessário maior efetividade dos serviços públicos em relação à prevenção e educação em saúde, por meio dos programas já estabelecidos na área de saúde da mulher.

Palavras-chave: Autocuidado. Saúde da mulher. Assistência à saúde. Vulnerabilidade social.

Abstract

Introduction: Women separators of recyclable materials, faced with the condition of poverty and exclusion and due to the difficulty in accessing health services, are subject to social vulnerability. Therefore, they have difficulty in mobilizing themselves for the execution of self-care in gynecological prevention. **Objective:** To describe the perception about self-care related to gynecological prevention in workers of a cooperative of separation of recyclable material, in the city of Vitoria/ES. **Method:** This is a qualitative descriptive study, developed in Vitoria/ES, based on the Association of Recyclable Waste Pickers on the Island of Vitoria (AMARIV). Ten women workers from the association participated to the study. A semi-structured interview script was used for data collection, which were treated using the Bardin content analysis technique. **Results:** The study categories formations were evidenced: the need for greater attention to self-care related to gynecological prevention, the need to improve the medical consultation quality, and, finally, the difficulties and misunderstandings associated with the lack of medical guidance and barriers of the health system. **Conclusions:** Evidence has shown that the process of self-care related to gynecological prevention among the women studied is deficient, showing lack of health education in services. Thus, it is considered necessary to increase the effectiveness of public services in relation to prevention and health education, through established programs in the area of women's health.

Keywords: Self-care. Women's health. Delivery of health care. Social vulnerability.

Resumen

Introducción: Las mujeres separadoras de material reciclable, ante la condición de pobreza y exclusión y la dificultad en el acceso a los servicios de salud, están sujetas a la vulnerabilidad social. Por ese motivo, presentan dificultad en movilizarse para la ejecución del autocuidado en prevención ginecológica. **Objetivo:** Describir la percepción sobre el autocuidado relacionada a la prevención ginecológica en trabajadoras de una cooperativa de separación de material reciclable, en Vitória-ES. **Método:** Investigación descriptiva cualitativa, desarrollada en Vitória/ES, en la Asociación de los Recolectores y Recolectores de Materiales Reciclables de la Isla de Vitória (AMARIV). Diez mujeres trabajadoras de la asociación participaron. Se utilizó de una entrevista semiestruturada para la recolección de datos, los cuales fueron tratados por la técnica de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Se evidenció el proceso de formación de las categorías de estudio: la necesidad de mayor atención al autocuidado relacionada a la prevención ginecológica, la necesidad de perfeccionamiento de la calidad de la consulta médica, y por último, a dificultades y equívocos asociados a la falta de orientación médica y las barreras del sistema de salud. **Conclusiones:** Las evidencias demostraron que el proceso del autocuidado relacionado a la prevención ginecológica entre las mujeres estudiadas es deficiente, mostrando que falta educación en salud en los servicios. Se considera necesaria una mayor efectividad de los servicios públicos en relación a la prevención y educación en salud, a través de los programas ya establecidos en el área de salud de la mujer.

Palabras clave: Autocuidado. Salud de la mujer. Prestación de atención de salud. Vulnerabilidad social.

* Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Discente de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Contato: larissa_longui@hotmail.com

**Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Assistente da Universidade Federal do Acre (UFAC). Contato: jacamaraldenora@bol.com.br

***Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Contato: francine.gratal@emescam.br

****Mestre em Microbiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG). Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Contato: norma.raymundo@emescam.br

INTRODUÇÃO

A população feminina com menor suporte financeiro passa por diversas barreiras sociais para sobreviver e proporcionar o mínimo para a si e sua família¹. Diante dessa realidade, movimentos internacionais, tais como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em 2005, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing, no ano de 1995, defendem a ideia de que uma parcela crescente das pessoas com menor renda é composta de mulheres. Logo, a “feminização” dessa parcela populacional com baixa rentabilidade pode gerar desigualdade social entre os gêneros².

Nesse contexto, sabe-se que o trabalho com materiais recicláveis é executado por essa parte da população menos favorecida financeiramente, como também é marcado por desvalorização e exclusão social. Os problemas estão relacionados à falta de estrutura, ao contato com o lixo, à inexistência de apoio do poder público, à ausência de treinamentos e de equipamentos de segurança, entre outros³.

A pobreza e a exclusão social resultam em vulnerabilidade social, a qual leva a um estado de privação de direitos na vida pessoal do indivíduo, à medida que produz a banalização de sentimentos, dos afetos e dos vínculos⁴. Tal perda ou rompimento dos vínculos causa descrença de si mesmo, conduzindo a uma deficiência da necessidade do autocuidado⁵. Acrescenta-se, ainda, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, muito marcante na realidade brasileira⁶.

Consequentemente, as mulheres separadoras de materiais recicláveis, por estarem sujeitas a todos esses determinantes sociais, ficam expostas a uma dificuldade maior de mobilização para buscar o atendimento em saúde, sobretudo no que se refere à prevenção de agravos⁷. Como exemplo, há procura insuficiente por serviços como o de citologia oncológica, para prevenção de câncer de colo de útero, e de mamografia, para rastreio de câncer de mama, no que se refere à prevenção ginecológica⁸.

Assim, ressalta-se que o autocuidado em saúde, no caso de mulheres socialmente vulneráveis, tais como as mulheres separadoras de materiais recicláveis, vai além da capacidade do indivíduo em buscar ser saudável, envolvendo, adicionalmente, aspectos socioeconômicos que freiam a tentativa de obter saúde.

Portanto, entendendo que o papel dos profissionais

de saúde, incluindo o médico, também é atuar no autocuidado e na prevenção à saúde, julga-se importante saber quais as dificuldades enfrentadas por essa população estudada, em relação ao presente tema. Diante desse cenário, surge a importância de compreender como as mulheres separadoras de materiais recicláveis entendem o autocuidado relacionado à prevenção ginecológica.

A relevância deste estudo consiste em contribuir para um atendimento mais humanizado. Desse modo, o objetivo desta pesquisa é descrever a percepção das mulheres trabalhadoras de uma cooperativa de separação de material reciclável sobre o autocuidado, relacionada à prevenção ginecológica, no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, tendo como local de observação o ambiente natural do sujeito. Não se pautou em quantificações das ocorrências ou em relações causa-efeito. A interpretação dos resultados se deu a partir dos pressupostos iniciais revistos, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos⁹.

A pesquisa foi realizada no município de Vitória-ES, Brasil, e teve como cenário a Associação dos Catadores e Catadoras de Materiais Recicláveis da Ilha de Vitória (AMARIV), que existe desde 2007 e possui a natureza jurídica de associação privada. Ao contrário do que o nome diz, não trabalha com a catação de materiais recicláveis, mas sim recolhe, separa, enfarda e vende. A coleta dos resíduos nas ruas e residências é realizada pelo programa de coleta seletiva da prefeitura municipal de Vitória. Já a triagem dos materiais é realizada na AMARIV, por meio do trabalho manual dos associados. Após triados e prensados, os materiais são comercializados.

Destaca-se que a maioria dos associados, no momento da coleta dos dados, era do sexo feminino. A pesquisa foi realizada no período de junho a julho de 2018. O contato inicial com os participantes deu-se presencialmente, após autorização da associação. As entrevistas aconteceram na AMARIV, em uma sala reservada, sem circulação de pessoas, garantindo a privacidade, sendo entrevistada uma mulher por vez.

As entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa por meio da concordância e da assinatura

de termo de consentimento livre e esclarecido, do qual cada participante recebeu uma via. Não houve recusas à participação. Foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada a dez mulheres da associação, que estivessem há mais de um ano trabalhando no local. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas e transcritas de modo integral, armazenadas em programa *Microsoft Word*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), que é uma instituição de ensino superior privada situada em Vitória, Espírito Santo, Brasil, sob parecer nº2.683.615.

ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A organização das informações ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin¹⁰, que possui as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Pré-análise: fase da organização do material bruto. Nesta fase, houve o processo de escolha e seleção dos documentos, de acordo com as hipóteses e os objetivos da pesquisa. Realizaram-se as transcrições dos áudios e, por meio da leitura "flutuante", buscou-se conhecer os significados, as impressões e as percepções das participantes. Assim, fez-se a construção do *corpus* da pesquisa¹⁰.

Exploração do material: constitui-se a partir dos recortes, das palavras ou frases. Realizou-se a aplicação sistemática das decisões tomadas para a construção das Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto (UC). Dessa forma, colocou-se em prática a codificação dos dados, à qual se aplicou a regra de frequência simples, presença e frequência ponderada, para o surgimento das UR e UC¹⁰.

A UR é compreendida como a unidade de significação codificada que se relaciona com o objetivo da pesquisa. Possibilitou a categorização por contagem e frequência de palavras ou frases encontradas nas falas transcritas. Após essa passagem, houve subsídio para a formação das UC, por meio da codificação que envolveu os significados relacionados ao objeto e ao objetivo do estudo. Com base nessas unidades- UR e UC -, foi possível realizar inferências acerca dos sentidos, dos significados e das mensagens, que foram a chave para as categorizações¹⁰.

Tratamento dos resultados: nessa fase, houve a referência dos índices e a elaboração de indicadores, que consistiram em elencar recortes dos textos contendo as significações iniciais encontradas, separando-os em índices de ordem mais subjetiva e qualitativa; indicadores mais relacionados à frequência, de caráter mais quantitativo, que serão explicados pela análise/categorização temática, possibilitando, portanto, a formação das categorias e unidades sistemáticas¹⁰, conforme é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Unidade de Registro e Unidades de Contexto para as categorias formadas, segundo técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁰

Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Categorias Analíticas
Autocuidado; consulta ginecológica; exames de rotina; exame preventivo; indiferença por saúde mental.	Maior disponibilidade de acesso a serviços de promoção e prevenção em saúde; maior disponibilidade de acesso a serviços de diagnóstico; maior disponibilidade de acesso à educação em saúde mental.	Percepção do autocuidado e da prevenção ginecológica
Aversão à consulta médica; conceito equivocado sobre prevenção em saúde; constrangimento para consulta ginecológica; dificuldade para marcação de consulta; dificuldade de compreensão; constrangimento para tirar dúvidas; orientação médica ineficaz; caligrafia ilegível; dificuldade de adesão; orientação cautelosa; linguagem acessível; modelos e gravuras.	Garantia de acesso aos serviços de promoção e prevenção em saúde da mulher; capacitação de recursos humanos; garantia de acesso a serviços; educação em saúde; ensino e aprendizado.	Dificuldades associadas ao autocuidado e à prevenção ginecológica

Fonte: elaboração própria (2018).

Portanto, após estas etapas, iniciou-se a construção das categorias baseadas nas evidências e a finalização da análise de conteúdo, construindo as evidências e categorias de estudo, baseadas nas UR, UC e nas inferências¹⁰, conforme é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das categorias e evidências do estudo	
Categorias do estudo	Evidências
Percepção do autocuidado e da prevenção ginecológica	Evidenciou-se a necessidade de educação em saúde, para melhoria da percepção e vivência do autocuidado, uma vez que são insuficientes para promoção da saúde.
Dificuldades associadas ao autocuidado e à prevenção ginecológica	Ainda é constatado o cuidado centrado no modelo biomédico de assistência à saúde, com ênfase na doença e nos atendimentos de demanda. Logo, é necessário o aprimoramento da qualidade da consulta médica, bem como da orientação médica e da educação em saúde. Verificou-se que é preciso vencer o modelo biomédico de assistência à saúde, como forma de auxiliar na ultrapassagem das barreiras do sistema, como tentativa de praticar a promoção em saúde, em forma de orientação efetiva e educação em saúde, que conscientize, de fato, o usuário, empoderando-o. Notou-se que existe uma urgente necessidade em efetivar o direito constitucional ao acesso universal e integral aos serviços de saúde, vencendo os determinantes que impedem tal efetivação.

Fonte: Elaboração própria (2018).

RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo dez trabalhadoras da AMARIV, com faixa etária entre 23 e 63 anos. Quanto ao tempo de trabalho, quatro participantes tinham mais de cinco anos. Em relação à formação educacional, todas tinham o ensino médio completo.

EVIDÊNCIAS DO ESTUDO

Tomando como referência as UR e UC, buscaram-se as evidências expressas nas falas e nos registros dos momentos de observação, conforme o Quadro 2.

DISCUSSÃO

Percepção do autocuidado e da prevenção ginecológica

Com o processo de reestruturação dos modelos assistenciais, valorizando e apostando na lógica da Atenção Primária à Saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, as práticas tradicionais vêm sendo revistas. A forma de organização que os novos modelos assistenciais

requerem, privilegiando o trabalho em equipe, a integralidade, o vínculo com a comunidade, a abordagem familiar, a corresponsabilidade e a participação, evidencia o esgotamento dos modelos de atenção tradicionalmente disponíveis, como também cria necessidades urgentes de mudanças quanto à organização do serviço e das práticas nele desenvolvidas.

Nesse contexto de novidades, o aspecto do cuidado se reconfigura e ganha destaque com o formato de autocuidado, ao trazer o foco para o usuário desse sistema, concedendo-lhe poder dentro do processo da atenção em saúde. Agora, a responsabilidade do paciente de saber de si passa a ser considerada fundamental. Com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a responsabilidade pelo fracasso ou sucesso de uma conduta não é exclusiva do sistema. O que antes era responsabilidade do sistema, pela falta de profissionais e de serviços disponíveis, passa a ser responsabilidade do usuário se, ao ter acesso, não assume o autocuidado seguindo a conduta indicada.

No entanto, deve-se se problematizar o autocuidado, levando em conta a complexidade da realidade local e do cotidiano popular que faz das práticas de autocuidado algo extremamente modificável segundo um contexto, que pode ser favorecedor ou não¹¹.

Portanto, para que haja uma efetiva promoção da saúde, diante do acesso aos serviços, é imprescindível que a mulher tenha conhecimento e vivência do autocuidado.

Entende-se autocuidado como a capacidade que os indivíduos têm de cuidar de si, desempenhando atividades em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar próprio¹².

O modo como a conceituação e a vivência do autocuidado aparecem nas entrevistas se evidencia nas falas das entrevistadas:

[...] Ah, eu acho que autocuidado é o cuidado com a gente mesmo, né... Ah, eu acho que eu cuidar de mim mesmo, é cuidar do meu bem-estar interior? [...] Mas pra tá bem por fora, a gente tem que também tá bem por dentro. Seria tá bem comigo mesmo, é quando a gente tá bem com a gente mesmo, né?...É...se empenha mais (Rosa).

[...] Eu está sempre no médico, fazendo preventivo... coisa que eu fiquei muitos anos sem fazê. É... fazê o preventivo. Também é...está sempre fazendo ixame... Todo ano fazendo meus ixame. É... cuidando da minha vista, do meu...do...de mim mesmo" (Dália).

[...] Pessoa cuidar de si, cuidar da saúde. Estar sempre assim... Indo ao médico, né? E fazendo exames, essas coisas. Preventivo, a gente mulher, sempre tá fazendo preventivo. Sempre tá vendo como a gente tá, através de exames (Violeta).

Percebeu-se, em algumas falas, a dificuldade de conceituação e vivência do autocuidado:

[...] Eu sou relaxada com isso, eu nunca fiz um preventivo. É importante, todo mundo fala e tenta colocá na minha cabeça, mas eu tenho muita vergonha (Jasmim).

[...] Mas autocuidado de que? (Dália).

[...] porque eu acho que o cartão postal da gente é o visual, e muitas vezes a gente não tem essas condições, né? De tá se produzindo, né? A gente tenta, mas não consegue, não dá (Amarílis).

Dificuldades associadas ao autocuidado e à prevenção ginecológica

Consulta médica

Apesar do avanço tecnológico e do acesso à informação, ocorridos nas últimas décadas na área biológica, vem havendo prejuízos na relação médico-paciente, uma vez que há um foco na fisiopatologia e na tecnologia, distanciando o paciente do médico, comprometendo, por consequência, a qualidade dos atendimentos. Nesse contexto, uma das razões que mais influenciaram no desgaste da antiga relação médico-paciente foi o apagamento do médico humanista, por conta da adoção do modelo de ensino médico norte-americano, pragmático e fundamentado nas ciências biológicas. Tal modelo de ensino médico propõe que o paciente, antes de ser humano, é um organismo enfermo que busca o restabelecimento de sua saúde e, desse modo, nada mais se espera do médico^{13,14}.

Apesar dos esforços da prática médica em assumir uma postura mais humanizada e integral nos últimos anos, ainda não foi possível romper com o método de abordagem baseado no modelo biomédico tradicional, centrado na doença. Por conseguinte, surge o desafio de integrar, dentro do processo de produção de cuidado, a medicina baseada em evidências, o atendimento centrado na pessoa e o trabalho em equipe, na tentativa de trazer a pessoa ao centro dos relacionamentos associados à saúde, em detrimento da valorização exclusiva da doença que acomete o indivíduo. Como forma de aprimorar o

atendimento médico, surge o método clínico centrado na pessoa^{15,16}.

O método em questão enfatiza a importância de abordar, na consulta, três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, seus medos e sua experiência de adoecer; a integração entre as duas perspectivas. Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico. Diante do primeiro componente, é imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. Sabe-se que a doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema; já o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, sendo diferente para cada indivíduo¹⁵.

Nas entrevistas, a necessidade do aprimoramento da qualidade da consulta médica surge conforme apresentado a seguir:

[...] eu acho assim, o médico, pra ele melhorar, ele tem que... que escrever mais detalhado, né? É...explicar, mesmo que a pessoa às vezes, tem assim, dificuldade de ler, né? De leitura. Então, ele escreva mais, assim, é... como diz? Uma letra mais... Que dá pra pessoa entender melhor, porque muitas vezes o médico dá um rabisco e cabou. A pessoa que tem que decifrar o que que é aquilo, né? (Amarílis).

[...] fazer uma demonstração, né? Mostrar num... Tipo assim... Ah, eu não... Como é que eu falo? Num tem, tipo... Igual essas aulas que... Que fazem. Faz tipo uma demonstração, pode ser numa televisão, no computador, mostrando o corpo, explicando direitinho, né? Ah, aqui é isso, aqui é isso, pode acontecer isso! Eu acho assim, que a pessoa vai vendo a imagem, e vai entendendo o que pode tá acontecendo, o que pode acontecer (Margarida).

[...] Acho que ele fala rápido. É, eu acho que ele podia falar devagar, né? Muito rápido (Magnólia).

[...] Ah, tem médico que fala coisa difícil, e que às vezes as pessoa... Eu fico com vergonha de pergunta (Petúnia).

Orientação médica

A importância da educação para a promoção da saúde é fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida. Sabe-se que as práticas de saúde adequadas

ou inadequadas surgem de experiências de ensino-aprendizagem e influenciam as decisões a serem tomadas pelos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde. Conseqüentemente, a abordagem educativa deve estar presente em todas as ações, para promover a saúde e prevenir as doenças, facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas¹⁷.

A promoção da saúde deve ser viabilizada pela educação em saúde, preparando cada indivíduo para assumir o controle e a responsabilidade sobre a sua própria saúde e sobre a saúde da comunidade, tornando-o apto para o empoderamento, a participação, a tomada de decisões, o controle social, para exigir direitos e para atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da sua saúde e qualidade de vida^{17,18}.

A educação em saúde consiste em proporcionar à população os conhecimentos e as destrezas necessárias para a promoção e a proteção de sua saúde individual, da saúde de sua família e de sua comunidade, por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades, para que as pessoas participem de modo ativo na definição de suas necessidades e consigam gerir suas metas de saúde¹⁷.

Dessa forma, cabe ao médico e aos profissionais de saúde, diante de todas as oportunidades que lhes aparecem no exercício profissional, orientar de modo adequado a população atendida, com cuidado peculiar em relação àqueles com menor escolaridade e renda, uma vez que demandam mais atenção para que sejam completamente empossados da informação capaz de levar ao aumento do nível de saúde¹⁵.

Percebeu-se, diante da fala das entrevistadas, que falta orientação médica:

[...] Tipo, medicamento ele manda você tomar sete dia, eu tomei, com três, quatro dias, tô boa. E eu não vou continuar tomando mais, que eu não gosto de tomar medicamento (Jasmim).

[...] Tem pessoas que...algumas coisas, algumas palavras que eles vão dizer num, num, num dá pra entender direito. Então tem pessoas que precisam de mais clareza, né? Eu acho assim, que o profissional em si, ele deveria ter um pouco meio que... Se expressar melhor, às vezes no que ele diz, pra que a pessoa compreenda o que... O que ele tá querendo passar, entendeu? (Rosa).

[...] Por que o povo é... pensa assim: Ah, num tem necessidade de fazê uma consulta ginecológica! É...

Primeiro por que eu só tenho um parceiro, segundo por que eu num tenho, é...Dificul... Num tenho doença, num tenho nada (Dália).

Barreiras do sistema

Apesar dos avanços desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionados principalmente à ampliação da atenção básica, o acesso aos serviços de saúde ainda é desafiador. A efetivação do direito constitucional ao acesso universal e integral envolve inúmeros e complexos determinantes¹⁹.

O conceito de acesso aos serviços de saúde pode ser abordado como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e no seu empoderamento para escolha. Estão associados não só a acesso, mas a fatores como a existência de um serviço específico ao alcance do indivíduo, a cordialidade do serviço com o usuário, a existência de sistemas de marcação de horários, a capacidade do paciente em arcar com os custos diretos e indiretos da assistência; e a fatores subjetivos, sociais e culturais envolvidos no processo. Dessa maneira, o nível de acesso aos serviços de saúde seria determinado pelo grau de adequação entre indivíduos, comunidades e sistema de saúde²⁰.

Nesse contexto, existem várias barreiras que entremeiam e dificultam os determinantes do acesso a tais serviços. É possível verificar que há intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde, desqualificação na gestão do cuidado, prioridade sobre as ações curativas e condições agudas de demanda, lacunas assistenciais, insuficiência de financiamento público, inadequação de distribuição dos serviços, precariedade de importante grau de trabalho e carência de profissionais²¹.

Tais barreiras de acesso aos serviços do sistema de saúde repercutem, principalmente, sobre a população economicamente menos favorecida. A literatura nacional revela a presença de desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país e entre as regiões. Essa desigualdade é mais acentuada para cuidados preventivos. Indivíduos mais pobres usufruem menos de cuidados preventivos, em relação aos mais ricos⁶.

As barreiras do sistema emergem da seguinte forma no discurso das entrevistadas:

[...] porque demorou um pouco. As vezes...É...Eu tenho

dificuldade de conseguir preventivo no meu posto de saúde. Por isso que eu não coloquei como excelente, tão excelente assim...É... pra eu conseguir uma ficha pra conseguir pra marcar um preventivo foi um pouco difícil (Violeta).

[...] tipo assim... Quando a gente consegue, aí é bom, né? Por que é até difícil. Pelo menos, no posto aonde eu moro, é difícil eu ir no médico, quando eu passo mal eu vou direto pra policlínica, por que no posto eu não consigo (Hortênsia).

[...] porque eles resolve os problemas ali momentâneos, mais acaba vindo novamente uns dias depois (Rosa).

Educação em saúde

Pelo fato de o sistema de saúde vigente privilegiar a assistência curativa e o modelo biomédico, a informação e a educação em saúde não são práticas presentes nos serviços de saúde. A educação em saúde é imprescindível para efetivação do autocuidado, e a falta da mesma pode prejudicar a participação da mulher nas decisões sobre o cuidado com seu corpo. Verifica-se proporções mais importantes do dilema em questão, quando se tratam de mulheres de baixa renda, uma vez que inúmeros determinantes sociais interferem no direito constitucional ao acesso universal e integral aos serviços de saúde^{19,22,23}.

Percebe-se, por exemplo, que muitas mulheres não realizam o exame de citologia oncológica, por fatores como receio de sentir dor, medo ou vergonha²². Muitas dessas mulheres de baixa renda representam uma parcela da população difícil de ser identificada, abordada e tratada em suas comunidades de origem. Algumas delas nunca se apresentaram a serviços de saúde, uma vez que a promoção em saúde e o acesso aos serviços não é efetivo¹.

As dificuldades e equívocos associados a falta de educação em saúde são percebidas diante das seguintes falas:

[...] Eu só fiquei com muita vergonha na prova de toque pra ganhar minhas menina, né? (Jasmim).

[...] Na realidade, eu tenho 23 anos, mas eu nunca me consultei com um ginecologista. Nunca, nunca (Rosa).

[...] Mas, questão do exame, da mamografia, acho que por eu não ter feito ainda, assim... eu escuto muita...muitas coisas, né? Que é dolorido... (Margarida).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que as mulheres apresentam conhecimento inadequado sobre o autocuidado e a prevenção ginecológica, o que as torna insuficientes para que tenham responsabilidade sobre si e possuam capacidade de promover o benefício próprio. Agregado a isso, há dificuldade em obter acesso aos serviços de saúde, diante de um modelo ainda voltado para a doença, de uma deficiente gestão dos recursos materiais, do pessoal e da organização e diante do fluxograma de serviços. Consequentemente, as ações de promoção e prevenção tornam-se pouco efetivas junto à comunidade.

Portanto, julga-se necessário maior atenção e efetividade dos serviços públicos em relação à prevenção em saúde, por meio dos programas já estabelecidos na área da saúde da mulher, de modo que as mulheres de baixa renda, tais como as separadoras de materiais recicláveis estudadas, possam ter garantido o direito constitucional ao acesso universal e integral à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena, GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. *BMC Health Services Research*. 2010;10:1-7.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A face feminina da pobreza: sobre representação e feminização da pobreza no Brasil. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2005.
3. Souza RLR, Fontes ARM, Salomão S. A triagem de materiais recicláveis e as variabilidades inerentes ao processo: estudo de caso em uma cooperativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19:4185-95.
4. Vicente CM. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. 2ª. ed. São Paulo: Cortez-Unicef; 1994.
5. Gomes MA, Pereira ML. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10:357-63.
6. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Aplic*. 2013; 17:623-45.
7. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11:975-86.
8. Primo CC, Plaster FA, Bravin MF, Leite, FMC, Lima, EFA. Perfil epidemiológico de mulheres submetidas a cirurgia na unidade de ginecologia de um hospital universitário. *REME*. 2012;16:494-501.
9. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:507-14.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17:64-71.
12. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16:313-8.
13. Balint JA. Brief encounters: speaking with patients. *Ann Intern Med*. 1999; 131:231-4.
14. Uribe LJU. La calidad de vida y la relación médico paciente. *Garantía de Calidad en Salud*. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1999.
15. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2016; 26:216-22.
16. Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10:1-13.
17. Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo da Saúde*. 2007; 31:320-8.
18. Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2008.
19. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015; 24:100-12.
20. Thiede M, McIntyre D. Information, communication, and equitable access to health care. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24:1168-73.
21. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38:252-64.
22. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Lima VLA, Carvalho FL, Mar DF. As representações sociais do exame Papanicolau. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12:685-92.
23. Berni NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:299-306.

Envio: 16/04/2018
Aceite: 28/07/2018