

“Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG*

Maria Eponina de Abreu e Torres**
Paula Miranda-Ribeiro***
Carla Jorge Machado****

Este trabalho tem como foco a consulta ginecológica. Investiga-se o acesso a estas consultas entre mulheres residentes em Belo Horizonte, com idades de 18 a 59 anos, bem como suas percepções sobre este acesso. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: uma análise quantitativa por meio 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; e uma análise qualitativa, com base em 33 entrevistas semi-estruturadas, buscando captar a percepção que mulheres com características similares aos perfis extremos delineados na primeira etapa tinham sobre a consulta ginecológica. Os dados quantitativos são oriundos da pesquisa SRSR (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor), realizada pelo Cedeplar em 2002. 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”, ocorrida entre 2005 e 2006. Os resultados quantitativos sugerem que a realização de uma consulta ginecológica está muito relacionada 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 procurar este profissional por meio de consultas particulares ou planos de saúde. Os resultados qualitativos reafirmam o desconforto das mulheres diante da consulta, sendo maior entre aquelas com menos escolaridade. Notou-se também que a primeira consulta ginecológica ocorreu em momentos muito diferentes para as mulheres de alta e de baixa escolaridade – para as primeiras está geralmente relacionada ao início da vida sexual e ao uso de contracepção, enquanto para as de menor escolaridade, o motivo costuma estar ligado à gravidez. No entanto, independente da escolaridade, da idade e da frequência com que as entrevistadas buscam esta consulta, ficou evidente a grande importância atribuída a ela.

Palavras-chave: Mulher. Saúde reprodutiva. Consulta ginecológica. Acesso a serviços de saúde. Belo Horizonte.

* Este artigo é parte da dissertação da primeira autora. Agradecemos à FAPEMIG, da qual a primeira autora foi bolsista de mestrado; ao CNPq, do qual a segunda autora é bolsista de produtividade; à Fundação Ford, que financiou a coleta dos dados quantitativos; e ao Programa Prosare/John D. and Catherine T. McArthur Foundation, que financiou a coleta dos dados qualitativos.

** Mestre em Demografia pelo Cedeplar/UFMG e pesquisadora do Cedeplar/UFMG.

*** Professora Associada do Departamento de Demografia e pesquisadora do Cedeplar/UFMG.

**** Professora adjunta do Departamento de Demografia e pesquisadora do Cedeplar/UFMG.

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 – 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, existe um sistema privado, constituído pela oferta de seguros de saúde e pela assistência contra-pagamento direto (RIBEIRO et al., 2002). Mesmo após duas décadas desde a implantação do SUS, ainda é grande a população com dificuldade de acesso à assistência médica, sobretudo quando se trata do segmento mais carente (SENNA, 2002).

A consulta médica, de maneira geral, tem grande importância na vida dos pacientes. No caso das mulheres, a consulta ginecológica é fundamental para prevenção do câncer, especialmente o cérvico-uterino e o de mama, sendo também indispensável em programas de planejamento familiar, pré-natal, atendimento a patologias obstétricas e controle de doenças sexualmente transmissíveis (SIMÃO et al., 2004; CARVALHO; FUREGATO, 2001; BRASIL, 2002). A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por meio do programa de atenção integral à saúde da mulher, recomenda que todas as mulheres passem por uma consulta ginecológica anual (BELO HORIZONTE, 1997). Contudo, o acesso ao ginecologista está muito aquém do desejado e longe de ser universal. Dados da pesquisa SRSR (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor), de 2002, indicam que, no município de Belo Horizonte, cerca de uma em cada quatro mulheres não realizou consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Assim, dada a importância deste tipo de atendimento para a saúde da mulher, estudar aquelas que têm ou não acesso a consultas ginecológicas auxilia a repensar e reformular políticas públicas, para que se voltem ao público sem acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Este trabalho objetiva descrever e analisar o acesso das mulheres de 18 a 59 anos

às consultas ginecológicas em Belo Horizonte, no início deste século. Tal finalidade é atingida por meio de duas análises distintas, mas que atuam complementarmente: a qualitativa e a quantitativa.

Demografia e saúde: uma breve revisão

De acordo com dados censitários, a Taxa de Fecundidade Total – TFT, para o Brasil, era de 6,2 filhos por mulher, em 1960, diminuindo para 2,3, em 2000 (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006; RIOS-NETO, 2005). Para Belo Horizonte, a TFT, em 2000, correspondia a 1,6 filho, ou seja, abaixo do nível de reposição e próximo à taxa observada em alguns países desenvolvidos (PNUD, 2000).

Contudo, 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; CARVALHO, 1989; BERQUÓ; 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 àquela encontrada para o país, de 2,3 (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004). Mesmo com a queda da fecundidade, estas mulheres não têm tido a informação necessária acerca das possibilidades de regulação da fecundidade, bem como do acesso aos quase sempre deficientes serviços públicos de saúde (CARVALHO; BRITO, 2005).

As razões que levam as pessoas a procurarem um médico resultam 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), ou da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais (SAWYER et al., 2002). Além disso, características socioeconômicas e demográficas podem influenciar a facilidade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). No caso da mulher, o acesso a serviços de

saúde também é influenciado pelas relações de poder, entendidas como a habilidade que a mulher apresenta de exercer influência e controle no nível interpessoal (SAFILIOS-ROTHSCHILD, 1982).

Neste estudo, são quatro as dimensões de acesso utilizadas: socioeconômica; demográfica; de saúde; e de poder. No que se refere à dimensão socioeconômica, há vários trabalhos que indicam a renda como um importante marcador do acesso à saúde. Apesar de a 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; SOARES, 2002). No que tange a 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). Sclowitz (2005), em estudo com mulheres em Pelotas, em 2002, sugere que a prevalência de consulta ginecológica no ano anterior apresentou aumento progressivo nas classes sociais mais altas.

A escolaridade, outra variável da dimensão socioeconômica, é indicada como tendo uma relação positiva com o acesso a serviços de saúde. Mendonza-Sassi et al. (2003) relatam que, para o grupo com menor escolaridade, as chances de procurar um médico diminuem em 56%. Num estudo feito com mulheres residentes em Belo Horizonte, em 2002, foi constatado que as mais escolarizadas apresentaram chance de terem tido uma consulta ginecológica, nos meses anteriores à pesquisa, quase duas vezes superior à daquelas com escolaridade mais baixa (SIMÃO et al., 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, pois, em cada fase da

vida, elas apresentam particularidades que exigem um acompanhamento ginecológico regular – menarca, primeira relação sexual, gravidezes e partos, contracepção, menopausa, climatério, além de doenças que passam a ser mais presentes em algum momento da vida, exigindo, assim, um maior ou menor acesso à consulta ginecológica ao longo do ciclo de vida (NERI; SOARES, 2002; SCLOWITZ et al., 2005).

Estudos mostram que a raça/cor também é importante no que se refere ao acesso à consulta ginecológica. Ser branco possibilita um acesso maior aos serviços de saúde, ou seja, uma pessoa branca tem suas chances de consumir serviços de saúde aumentadas em 3% (NERI; SOARES, 2002). De acordo com dados da PNDS de 1996, cerca de 35% das entrevistadas negras¹ nunca haviam feito um exame ginecológico, enquanto para as brancas este percentual era de 22%. Indagadas sobre a realização de exame ginecológico no último ano, este déficit persistia: 60% de negras e 46,5% das brancas não o haviam feito (PERPÉTUO, 2000).

O estado conjugal também deve ser considerado. Quanto 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 do que as não-casadas (NOVAES et al., 2006).

A gravidez é, muitas vezes, o único momento em que as mulheres buscam o ginecologista, além de ser a ocasião em que muitas mulheres têm um primeiro contato com este médico. Segundo Novaes et al. (2006), entre as brasileiras que tinham filhos, 77% fizeram o exame papanicolau; este percentual era de 65% para aquelas sem filhos.

A religião também é importante no que diz respeito à consulta ginecológica, podendo influenciar o comportamento das mulheres. Um estudo sobre adolescentes do Rio de Janeiro indicou que o crescimento do protestantismo e a queda da proporção de católicos causaram um impacto na fecun-

¹ A categoria negra aqui é dada pelo agrupamento de pretas e pardas.

didade dessas mulheres (MCKINNON et al., 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.

A dimensão saúde engloba o tipo de serviço, o número de consultas, a posse de plano de saúde, a contracepção, a idade na primeira relação e ter tido alguma DST. No caso de Belo Horizonte, quando indagadas sobre onde ocorreu a última consulta ginecológica, 30% das negras indicaram que realizaram este atendimento na rede pública e 28% por meio de convênio; já para as brancas, estes percentuais foram de 17% e 42%, respectivamente (SIMÃO et al., 2004).

No tocante ao tipo de serviço, há uma relação positiva esperada entre posse de plano e acesso a serviços de saúde (NOVAES et al., 2006). No caso de Belo Horizonte, as mulheres com plano de saúde apresentaram chance três vezes superior à das usuárias do SUS de terem feito uma consulta com um ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa (SIMÃO et al., 2004).

O método anticoncepcional também é de fundamental importância, já que a escolha por um método deveria ser feita junto ao ginecologista, com todo o suporte necessário (COSTA et al., 1998). Em Belo Horizonte, em 2002, as usuárias de preservativo apresentavam 1,3 vez a chance das não-usuárias de terem feito uma consulta nos 12 meses anteriores à pesquisa. Percebe-se a mesma tendência no caso das mulheres esterilizadas, com 1,5 vez a chance das não-esterilizadas de terem buscado consulta. No caso das usuárias de métodos modernos, este número subiu para 1,6 (SIMÃO et al., 2004). Nota-se, assim, que ser usuária de um método contraceptivo e, sobretudo, moderno aumentou a chance da mulher de ter ido ao ginecologista.

A idade na primeira relação sexual poderia ser considerada tanto uma variável demográfica quanto de saúde. A partir da primeira relação sexual, a mulher passa a estar exposta a DSTs e gravidez, fazendo com que ela busque com mais frequência um ginecologista. De fato, o ideal seria que toda mulher, antes de ter sua primeira expe-

riência sexual, procurasse um ginecologista e se informasse não só sobre métodos, mas também a respeito dos diversos aspectos que envolvem uma relação sexual.

Outro indicador importante é a própria informação sobre ter tido alguma DST ou sintoma, pois, 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 DST apresentaram quase duas vezes a chance de ter ido ao ginecologista em relação àquelas que não tiveram qualquer DST (SIMÃO et al., 2004).

A dimensão poder pode ser pensada do ponto de vista da autonomia, já que esta é muito importante na procura por serviços de saúde. Autonomia possui diversos significados relacionados a autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade. Segundo Costa et al. (2006), 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.

Estudos que abordam a consulta ginecológica convergem ao indicarem o desconforto das mulheres diante dos exames a que são submetidas durante a consulta (CARVALHO; 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 outros motivos apontados

pela literatura que podem desencorajar uma consulta ginecológica (COSTA et al., 1998). Entretanto, as motivações para a busca por uma consulta ginecológica são várias e vão desde o medo do câncer, o desejo de cuidar-se e a presença de algum incômodo até a obrigatoriedade de exames na rotina do programa de saúde (CARVALHO; FUREGATO, 2001).

Dados e metodologia

Etapa quantitativa

Na etapa quantitativa, utilizaram-se os dados da pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR), realizada 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; CAETANO, 2003). O questionário da pesquisa incluía, além de questões sociodemográficas, temas como fecundidade, casamento e atividade sexual, abordando questões como acesso a plano de saúde, atendimento médico, gravidez, contracepção e DSTs (MIRANDA-RIBEIRO; CAETANO, 2003).

Das 1.302 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 (mulheres que fazem sexo com mulheres). As com menos de 18 anos foram excluídas porque, na etapa qualitativa, só foram entrevistadas maiores de idade. Foram excluídas também deste trabalho as mulheres amarelas e indígenas, por representarem pequena parcela da população em estudo. Portanto, o banco de dados utilizado neste trabalho foi composto por 983 mulheres entre 18 e 59 anos. As variáveis foram agrupadas nas quatro dimensões mencionadas: demográfica, socioeconômica, saúde e poder.

Foram quatro as variáveis da dimensão demográfica trabalhadas: idade, raça/cor, situação conjugal e parturição. A idade foi

categorizada em nove níveis: 18 a 19, 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. Quanto à raça/cor, os dados foram coletados por meio de pergunta baseada no quesito cor do IBGE, com cinco categorias pré-codificadas, restando três para análise neste banco de dados: branca, preta e parda. As mulheres pardas e pretas apresentam-se em categorias separadas, em vez de reunidas na categoria “negra”, já que se pretendia verificar possíveis diferenças entre estes dois grupos. A situação conjugal foi dividida em cinco categorias: solteira, casada, unida, divorciada/separada e viúva. Decidiu-se por manter casadas e unidas em categorias separadas, uma vez que a união com casamento civil e/ou religioso pode significar maior estabilidade do que a união consensual. 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 foi deliberada – seja por parte da mulher, do homem ou de ambos. Finalmente, a *parturição* foi dividida em quatro categorias: sem filhos, 1 filho, 2 filhos, 3 filhos ou mais. Devido ao declínio da fecundidade, julgou-se adequado fazer a diferenciação quanto ao número de filhos.

Foram cinco as variáveis utilizadas para 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 seu acesso a estes serviços. No caso da variável número de bens duráveis, a categorização foi feita com base na atribuição de pontos para cada um dos bens duráveis presentes no domicílio, conforme categorização da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.²

A variável escolaridade foi dividida em quatro categorias: 0 a 3 anos de estudo

² Mais informações ver: <<http://www.abep.org/>>. Acesso em: 8 jan. 2007.

(analfabetas funcionais), 4 a 7, 8 a 11 e 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, está positivamente associada ao acesso a serviços de saúde, incluindo a consulta ginecológica.

A dimensão saúde capta questões de acesso, vida sexual, contracepção e DSTs. 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 permitem 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 vai ao ginecologista regularmente. O método anticoncepcional foi dividido em seis categorias: métodos hormonais, métodos de barreira, DIU, métodos cirúrgicos, naturais/outros e não está usando/nunca usou. Optou-se por deixar o DIU em uma categoria separada porque a opção por este método implica, necessariamente, uma intervenção ginecológica; o mesmo vale para os métodos cirúrgicos. A idade na primeira relação foi dividida em cinco categorias: menos de 15 anos, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29 e 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 com poder 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 preservativo algo importante, sobretudo entre as que têm relação estável e parceiro fixo. Assim, mesmo que 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 preservativo pode não ser um sinal de falta de poder na relação, mas um simples reflexo do fato de este método ser fortemente relacionado apenas à prevenção da gravidez. Ainda assim, e tendo ciência destas limitações, optou-se por manter a variável.

Nesta etapa, utilizou-se o método Grade of Membership (GoM), que possibilita delinear perfis internamente homogêneos e, além disso, permite classificar os indivíduos em relação à 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. De fato, o GoM lida com dois dos maiores problemas na determinação de uma classificação ou tipologia: a identificação de grupos e a descrição de diferenças entre os mesmos (CERQUEIRA, 2004).

Os perfis formados são chamados de perfis extremos e correspondem a conjuntos bem definidos. 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 do perfil (MANTON et al., 1994).

Para cada elemento de um conjunto, há um escore de pertinência, *gik*, que indica o grau de pertinência do *i*-ésimo elemento, ao *k*-ésimo conjunto ou perfil. A determinação de escores de pertinência, *gik*, 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*; já 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 pertinência a este perfil e, conseqüentemente, menor será o grau de pertinência em relação aos demais perfis (CERQUEIRA, 2004). Assim, o valor

g_{ik} representa a proporção de pertinência a cada perfil extremo, com 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 parâmetro g_{ik} , o modelo também estima a probabilidade de uma categoria l , de uma variável j , pertencer ao perfil extremo k , ou seja, a probabilidade de resposta 1 para a j -ésima variável pela entrevistada com o k -ésimo perfil extremo, λ_{kjl} . Assim, os λ_{kjl} medem a probabilidade de que exista, na população, alguém com grau de pertinência total ao perfil k , dada a resposta à categoria l na variável j (SAWYER et al., 2002).

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

$$\sum_{l=1}^L \lambda_{kjl} = 1 \text{ para cada } k \text{ e } j.$$

Nesse estudo, uma categoria só entra como característica marcadora de um perfil extremo se a razão entre seu λ_{kjl} e a frequência marginal for igual ou superior a 1,2, ou seja, se λ_{kjl} for pelo menos 20% superior à frequência marginal. Este parâmetro mínimo teve como fundamento outros trabalhos que aplicaram a mesma técnica (SAWYER et al., 2002; CERQUEIRA, 2004).

Na versão do pacote estatístico aqui utilizada – DSIGoM version 1.0, Decision Systems, INC, 1999 –, deve-se escolher uma variável indicadora, para definição do número de perfis extremos a serem gerados (LACERDA et al., 2005). A escolaridade foi escolhida como variável indicadora, o que fez com que o modelo gerado apresentasse quatro perfis, já que era este o número de categorias da variável em questão. Assim, cada perfil foi 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. Esta propriedade é desejável e esperada para todas as variáveis,

mas, no caso da variável indicadora, isso é previamente especificado. A escolha desta variável indicadora se deu pelo 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.

Cabe observar que a variável *foi ao ginecologista nos últimos 12 meses* foi tida como a variável externa, ou seja, de estratificação dos perfis gerados, mas que não é importante na determinação dos perfis em si.

Finalmente, a prevalência de cada perfil na população estudada pode ser calculada por intermédio de uma média das pertinências das mulheres em cada perfil, equivalendo a um escore médio para cada um dos perfis. Estes escores médios representam a prevalência de cada um dos perfis na população total pesquisada (DRUMOND et al., 2007) e foram calculados para o presente estudo.

Etapa qualitativa

A pesquisa qualitativa tenta interpretar os fenômenos sociais com base nos sentidos que as pessoas lhes dão (POPE; MAYS, 2005). As informações obtidas por métodos qualitativos garantem ao pesquisador maior flexibilidade e criatividade no momento da coleta e na análise (GOLDENBERG, 1997). Isto ocorre porque as pesquisas qualitativas têm como objetivo lidar com a subjetividade e a singularidade dos fenômenos sociais, não tendo a pretensão de criar dados generalizáveis. 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 (POPE; MAYS, 2005).

A técnica utilizada neste trabalho foi a entrevista em profundidade, 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, 1997, p.86). A principal vantagem desta técnica é possibilitar ao pesquisador obter informações não acessíveis por meio 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 situações e opiniões acerca do tema pesquisado (WEISS, 1994).

Foram utilizadas neste estudo 33 das 60 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”,³ levado a campo pelo Cedeplar. As entrevistas foram realizadas entre março e junho de 2006, em Belo Horizonte, com mulheres de 18 a 59 anos.⁴ O critério de escolha das 33 entrevistas foi baseado em seis variáveis, de forma que as mulheres da etapa quantitativa e qualitativa tivessem características comuns com relação a escolaridade, idade, situação conjugal, raça/cor, plano de saúde e parturição. As 33 mulheres entrevistadas distribuem-se pelos quatro perfis delineados na etapa quantitativa (Quadro 1).

A análise das entrevistas qualitativas foi feita com base em um estudo temático dos dados obtidos, categorizando-os a partir das questões de interesse. Foram usadas transcrições literais das falas das entrevista-

das, refletindo pensamentos e opiniões das mesmas. Utilizou-se uma espécie de análise de conteúdo, definida como “uma técnica de pesquisa para fazer inferências replicáveis e válidas dos dados, a partir do seu contexto” (KRIPPENDORFF, 1980, p.21).

Diferentemente dos dados quantitativos, as entrevistas qualitativas não poderão ser generalizadas para a cidade de Belo Horizonte, mas permitirão investigar, mais a fundo, aspectos sobre as consultas ginecológicas na perspectiva das pacientes.

Perfis de acesso às consultas ginecológicas em Belo Horizonte

Das 983 mulheres analisadas neste trabalho, ou seja, aquelas de 18 a 59 anos, que já tinham tido relação sexual e já haviam consultado ginecologista alguma vez na vida, 75,2% (739) tiveram consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à entrevista, enquanto 24,8% (244) não consultaram um ginecologista neste mesmo período.

A construção dos perfis extremos é feita a partir da estimação dos valores de λ_{kij} . Posteriormente, é calculada a razão entre esses valores e as freqüências marginais de cada categoria contemplada no modelo, o que possibilitará definir as características dominantes em cada perfil. As categorias em que a razão entre probabilidade estimada e freqüência marginal é maior ou igual a 1,2 são aquelas que delineiam os perfis (Tabela 1).

QUADRO 1
Perfis delineados pelo método GoM, segundo características utilizadas na seleção das entrevistas Belo Horizonte – 2002

Características	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV
Idade (em anos)	45 a 60	40 a 49	18 a 34	35 a 39/ 45 a 49/ 55 a 59
Escolaridade (em anos)	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 ou mais
Situação conjugal	Unida/div-sep/ viúva	Casada/unida/ div-sep	Solteira	Solteira
Raça/cor	Preta	Parda		Branca
Plano de saúde	Não	Não		Sim
Parturição	3 ou mais	2 ou mais	0 a 1	0
Número de entrevistas	5	7	11	10

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

³ Pesquisa financiada pelo Programa de Saúde Reprodutiva (Prosare), com recursos da John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.

⁴ Foram quatro as entrevistadoras, incluindo a primeira e a segunda autoras deste trabalho. As demais entrevistadoras foram Andréa Branco Simão e Marisa Alves Lacerda.

TABELA 1
Freqüências marginais, probabilidades estimadas e características delineadoras de perfis extremos para
mulheres de 18 a 59 anos, segundo variáveis selecionadas
Belo Horizonte – 2002

Variáveis	(1)	(2)				(3)			
	% (n= 983)	Probabilidades estimadas das características para tipos puros (lkjl)				Razão (2)/(1)			
		Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV
Grupo etário (em anos)									
18 a 19	3,05	0,0	0,5	8,2	0,0	0,00	0,16	2,69	0,00
20 a 24	12,11	0,7	9,7	21,9	7,1	0,06	0,80	1,81	0,59
25 a 29	14,85	2,7	14,8	20,9	14,5	0,18	1,00	1,41	0,98
30 a 34	16,28	10,0	18,2	20,1	14,0	0,61	1,12	1,23	0,86
35 a 39	14,95	12,0	13,9	14,1	21,3	0,80	0,93	0,94	1,42
40 a 44	12,11	9,0	18,7	8,4	12,3	0,74	1,54	0,69	1,02
45 a 49	11,6	20,7	14,5	0,4	16,2	1,78	1,25	0,03	1,40
50 a 54	8,24	22,8	7,8	5,6	3,8	2,77	0,95	0,68	0,46
55 a 59	6,81	22,2	2,0	0,4	11,1	3,26	0,29	0,06	1,63
Situação conjugal									
Solteira	20,24	5,5	0,9	31,9	33,6	0,27	0,04	1,58	1,66
Casada	47,71	20,9	58,3	52,9	45,2	0,44	1,22	1,11	0,95
Unida	16,07	41,4	21,0	7,0	8,9	2,58	1,31	0,44	0,55
Divorciada/separada	12,11	19,8	16,1	7,4	10,2	1,64	1,33	0,61	0,84
Viúva	3,87	12,4	3,7	0,8	2,1	3,20	0,96	0,21	0,54
Raça/cor									
Branca	46,19	31,4	35,9	42,6	75,4	0,68	0,78	0,92	1,63
Preta	19,53	39,0	20,1	21,8	2,5	2,00	1,03	1,12	0,13
Parda	34,28	29,6	44,0	35,6	22,1	0,86	1,28	1,04	0,64
Parturição (número de filhos)									
0	24,31	6,6	0,7	34,7	50,7	0,27	0,03	1,43	2,09
1	21,36	6,3	16,3	30,8	22,9	0,29	0,76	1,44	1,07
2	24,42	11,0	37,0	24,2	16,6	0,45	1,52	0,99	0,68
3 ou mais	29,91	76,1	46,0	10,2	9,8	2,54	1,54	0,34	0,33
Bens duráveis (em pontos)									
0 a 5	18,21	47,0	27,6	12,5	0,0	2,58	1,52	0,69	0,00
6 a 8	26,25	34,9	38,3	28,8	3,8	1,33	1,46	1,10	0,14
9 a 12	30,72	18,2	31,2	37,3	30,5	0,59	1,02	1,21	0,99
13 ou mais	24,82	0,0	2,9	21,4	65,7	0,00	0,12	0,86	2,65
Número de cômodos									
1 a 4	17,90	32,1	27,7	17,3	0,0	1,79	1,55	0,97	0,00
5 a 6	34,49	43,1	50,4	37,9	7,3	1,25	1,46	1,10	0,21
7 a 8	24,42	16,8	16,6	31,2	30,1	0,69	0,68	1,28	1,23
9 ou mais	23,19	8,1	5,3	13,6	62,7	0,35	0,23	0,59	2,70
Anos de estudo									
0 a 3	10,68	100,0	0,0	0,0	0,0	9,36	0,00	0,00	0,00
4 a 7	29,40	0,0	100,0	0,0	0,0	0,00	3,40	0,00	0,00
8 a 11	45,52	0,0	0,0	100,0	0,0	0,00	0,00	2,20	0,00
12 ou mais	17,40	0,0	0,0	0,0	100,0	0,00	0,00	0,00	5,75

(continua)

(continuação)

Variáveis	(1)	(2)				(3)			
	% (n= 983)	Probabilidades estimadas das características para tipos puros (lkjl)				Razão (2)/(1)			
		Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV
Religião									
Católica	61,34	72,6	55,8	61,3	64,1	1,18	0,91	1,00	1,04
Protestante/pente-costal	24,01	24,9	37,3	25,0	2,4	1,04	1,55	1,04	0,10
Atéia ou outras	14,65	2,5	6,9	13,7	33,6	0,17	0,47	0,94	2,29
Plano de Saúde									
Não possui	54,02	93,6	88,2	49,9	1,7	1,73	1,63	0,92	0,03
Possui	45,98	6,4	11,8	50,1	98,3	0,14	0,26	1,09	2,14
Foi ao ginecologista nos últimos 12 meses									
Não	24,82	44,5	32,1	18,0	14,2	1,79	1,29	0,73	0,57
Sim	75,18	55,5	67,9	82,0	85,8	0,74	0,90	1,09	1,14
Onde costuma procurar o ginecologista									
Serviço público	47,51	100,0	96,0	31,2	0,0	2,10	2,02	0,66	0,00
Particular	10,68	0,0	3,4	16,2	17,5	0,00	0,32	1,52	1,64
Plano ou convênio	41,81	0,0	0,7	52,6	82,5	0,00	0,02	1,26	1,97
Local do último atendimento									
Serviço público	30,01	53,6	60,3	21,5	0,3	1,79	2,01	0,72	0,01
Particular	8,04	1,8	3,7	12,1	10,7	0,22	0,46	1,50	1,33
Plano ou convênio	37,13	0,0	0,0	46,7	76,8	0,00	0,00	1,26	2,07
Não foi nos últimos 12 meses	24,82	44,6	36,0	19,7	12,1	1,80	1,45	0,79	0,49
Tem/já teve acompanhamento ginecológico regular									
Não	23,91	39,4	32,8	24,1	0,0	1,65	1,37	1,01	0,00
Sim	76,09	60,60	67,20	75,90	100,00	0,80	0,88	1,00	1,31
Método anticoncepcional									
Hormonais	24,01	4,2	23,1	35,2	20,1	0,17	0,96	1,47	0,84
Barreira	14,45	0,0	13,3	17,3	21,3	0,00	0,92	1,20	1,47
DIU	5,19	0,0	9,0	5,8	2,8	0,00	1,73	1,12	0,54
Cirúrgicos	30,42	46,8	46,7	19,8	18,6	1,54	1,54	0,65	0,61
Naturais e outros	2,44	1,6	2,8	3,0	1,8	0,66	1,15	1,23	0,74
Não está usando/nunca usou	23,5	47,5	5,1	18,9	35,4	2,02	0,22	0,80	1,51
Idade na primeira relação sexual (em anos)									
Menos de 15	5,49	22,2	6,3	0,4	1,6	4,04	1,15	0,07	0,29
15 a 19	49,95	41,3	59,5	57,4	32,0	0,83	1,19	1,15	0,64
20 a 24	30,32	21,4	25,3	27,2	47,7	0,71	0,83	0,90	1,57
25 a 29	10,17	8,3	5,3	12,1	14,0	0,82	0,52	1,19	1,38
30 ou mais	4,07	6,9	3,6	2,8	4,8	1,70	0,88	0,69	1,18
Teve DST ou sintoma									
Sim	34,79	27,6	40,5	36,9	27,7	0,79	1,16	1,06	0,80
Não	65,21	72,4	59,5	63,1	72,3	1,11	0,91	0,97	1,11
Evitaria relação sexual se o parceiro não usasse camisinha									
Com toda certeza	69,79	63,0	63,5	72,5	78,7	0,90	0,91	1,04	1,13
Com alguma certeza	11,39	3,5	10,3	11,6	17,3	0,31	0,90	1,02	1,52
Não tentaria evitar	18,82	33,5	26,2	15,9	4,0	1,78	1,39	0,84	0,21

(conclusão)

Fonte: Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça, 2002.

Perfil I: as mulheres mais desfavorecidas

As mulheres que correspondem aos tipos puros do perfil I apresentaram maior probabilidade de serem as mais desprivilegiadas quanto às características socioeconômicas. Isso se reflete claramente no número de bens duráveis e de cômodos existentes em suas casas. Estas mulheres têm escolaridade de 0 a 3 anos e apresentam maior probabilidade de não possuírem plano de saúde; já na população total, 46% das mulheres tinham plano de saúde, para aquelas pertencentes ao perfil I essa proporção era de 6,4%, ou seja, as mulheres deste perfil têm cerca de 7 vezes menor probabilidade de ter acesso a um plano de saúde. No que se refere às características demográficas, as mulheres deste perfil apresentam maior probabilidade de serem mais velhas, já que suas idades variam entre 45 e 59 anos, de serem pretas, unidas, divorciadas/separadas ou viúvas. Essas mulheres possuem, também, maior probabilidade de terem três ou mais filhos – do total, 29,9% estavam nesta faixa de parturição, enquanto para o perfil I essa porcentagem era de 76,1%.

Quanto à dimensão saúde, as mulheres deste perfil apresentam maior probabilidade de não estarem usando/nunca terem usado algum tipo de método anticoncepcional ou de fazerem uso de métodos cirúrgicos, tendo iniciado sua vida sexual com menos de 15 anos ou mais de 30. No que diz respeito à consulta ginecológica, essas mulheres apresentam maior probabilidade de não terem acompanhamento regular e de não terem visitado o ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa. As mulheres pertencentes aos tipos puros deste perfil apresentam 100% de probabilidade de terem ido ao serviço público procurar um ginecologista; já para o total da amostra, este percentual correspondia a 47,51%.

No que tange a variável da dimensão poder, as mulheres deste perfil não tentariam evitar uma relação sexual caso o companheiro se recusasse a usar preservativo. Há duas possíveis explicações: ou elas não se sentiram com poder para exigir isso, ou não consideraram relevante o uso de preservativo.

Perfil II: as mulheres desfavorecidas

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

Na dimensão saúde, as mulheres pertencentes a este perfil têm maior probabilidade de fazerem uso de DIU ou de algum método cirúrgico, bem como de não terem um acompanhamento ginecológico regular e de não terem ido ao ginecologista nos 12 meses anteriores à pesquisa. A probabilidade de terem procurado o serviço público para consulta com ginecologista é superior nesse perfil (95,9%) relativamente ao total (47,5%).

Na variável da dimensão poder, percebe-se a mesma tendência do perfil anterior, já que estas mulheres apresentam maior probabilidade de afirmarem que não evitariam a relação sexual se o parceiro se recusar a usar preservativo.

Perfil III: as mulheres favorecidas

As mulheres pertencentes ao perfil III tinham entre 8 e 11 anos de estudo. No que concerne às demais variáveis da dimensão socioeconômica, apresentam maior probabilidade de terem 7 a 8 cômodos em suas casas e maior número

de bens duráveis comparativamente aos dois perfis anteriores. Já no que se refere à dimensão demográfica, essas mulheres apresentam maior probabilidade de serem mais jovens, com idades de 18 a 34 anos, de serem solteiras e sem filhos ou com apenas um filho.

Nas variáveis da dimensão saúde, essas mulheres têm maior probabilidade de usarem métodos hormonais ou naturais/outros, bem como de procurarem o serviço particular para uma consulta ginecológica. As mulheres deste perfil também apresentam maior probabilidade de ocorrência da primeira relação sexual mais jovens (idades de 25 a 29 anos).

Diferentemente dos dois perfis anteriores, não há um padrão bem delineado no que diz respeito à dimensão poder.

Perfil IV: as mulheres mais favorecidas

O perfil IV reúne as mulheres de alta escolaridade (12 anos ou mais de estudo). Comparadas àquelas pertencentes aos demais perfis, essas mulheres apresentam maior probabilidade de terem maior número de bens duráveis e de cômodos em suas residências. Enquanto no total apenas 23,2% das entrevistadas dispõem de nove cômodos ou mais, neste perfil tal proporção é de 62,6%. Ainda verifica-se maior probabilidade de serem atérias ou professarem outras religiões e de terem plano de saúde, proporção esta que atinge 98,3% das mulheres deste perfil, enquanto apenas 46% do total tinham acesso a um plano. Nota-se, portanto, que, nas variáveis socioeconômicas, estas mulheres apresentam situação bastante favorável.

Observando as variáveis da dimensão demográfica, estas mulheres possuem maior probabilidade de terem de 35 a 39, 45 a 49 ou 55 a 59 anos, de serem solteiras, brancas e de não terem filhos (cerca de 2 vezes mais do que no total).

Nas variáveis da dimensão saúde, 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, com maior probabilidade

de terem iniciado suas vidas sexuais com idade entre 20 e 29 anos. Elas apresentam, ainda, maior probabilidade de terem um acompanhamento ginecológico regular e de procurarem este serviço por intermédio de plano de saúde ou consulta particular.

Na dimensão poder, se o parceiro se recusasse a usar preservativo numa relação, as mulheres deste perfil tentariam evitar tal relação com alguma certeza.

Prevalência dos perfis

Verificou-se que o perfil com maior prevalência foi o perfil III, que corresponde às mulheres favorecidas, cujo escore médio é de 0,389, representando 38,9% do total da amostra. Nos demais, os valores corresponderam a 29,3% no perfil II (mulheres desfavorecidas), 19,9% no IV (mais favorecidas) e 11,9% no I (mais desfavorecidas). Ressalte-se que 41,2% do segmento pesquisado classifica-se nos perfis I e II, que representam camadas populares. Portanto, ainda é muito grande a proporção de mulheres com baixa escolaridade e maior probabilidade de viverem em piores condições, incluindo um pior acesso à consulta ginecológica.

Percepções acerca da consulta ginecológica em Belo Horizonte

O acesso à consulta ginecológica vai além do número de consultas, da sua periodicidade ou dos fatores investigados até o momento. É preciso, ainda, entender, na perspectiva das mulheres, as motivações para procurar (ou não) o ginecologista e o que acontece “dentro das quatro paredes do consultório”.

A primeira consulta ginecológica

É razoável esperar que a primeira consulta ginecológica seja importante na vida da mulher. É ela que “apresentará” a paciente a esta consulta. 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 de sua realização também é aspecto primordial, já que esta consulta tem

importante papel informativo, além de ser de grande relevância para que a mulher tenha uma vida sexual saudável. Temas como o próprio corpo, sexualidade e métodos anti-concepcionais devem ser discutidos com o ginecologista. As entrevistadas entendem a importância desse momento e é consenso que a primeira consulta deve ocorrer ainda durante a adolescência.

Muitas mulheres acreditam que a primeira consulta deve estar vinculada à primeira menstruação, já que este é um momento em que 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, quando a informação é de extrema importância. A consulta ginecológica, nesta ocasião, foi mencionada como um instrumento relevante para que uma gravidez precoce seja evitada.

E:⁵ 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)

Os depoimentos sugerem que teoria e prática estão bem distantes no caso das mulheres de camadas populares. Apesar de serem favoráveis à prevenção, para estas mulheres a primeira consulta esteve intimamente relacionada à gravidez. Elas procuraram uma consulta ginecológica, pela primeira vez, quando estavam grávidas ou por desconfiarem de estar nesta condição.

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)

Já para as mulheres com oito ou mais anos de estudo, a primeira consulta se deu em outro momento da vida, em função da vontade de receber orientação sobre sexo e um método anticoncepcional ou, ainda, após a menarca.

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

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)

Portanto, as entrevistas sugerem que a primeira consulta ginecológica se deu em momentos bem diferentes para estes dois grupos de mulheres. De fato, as mulheres de camadas populares, que mais precisam de informação sobre aspectos ligados à sexualidade e à saúde reprodutiva, são exatamente aquelas que não utilizaram a consulta ginecológica para esta finalidade. É importante ressaltar que a consulta ginecológica foi considerada, por muitas entrevistadas, o momento em que acontece 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 é atribuído ao ginecologista. Esta idéia foi mais recorrente no caso das mulheres mais velhas. Isto pode ter acontecido porque

⁵ E = entrevistadora

as mais jovens, por viverem numa época em que o conhecimento é mais acessível (Internet, televisão), não vêem o ginecologista como a única fonte de informação.

Como estas mulheres se sentiram na primeira consulta ginecológica? Segundo as entrevistas, elas ficaram envergonhadas e constrangidas neste primeiro contato, independentemente da idade e do nível de escolaridade, já que mesmo as mulheres de maior escolaridade afirmaram que se sentiram desconfortáveis na primeira consulta.

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

Mariana: Foi em 2001...

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

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

E: (risos) Me conta um pouquinho como 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)

É curioso perceber, ainda, como a vergonha e a timidez podem ser dificultador para que as mulheres busquem esta consulta. Carmem 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 existente entre a paciente e a consulta, sendo que a maneira como o médico a trata é responsável por este obstáculo – a forma de tratamento contribui para o aumento da vergonha.

E: Quando a senhora acha que as mulheres devem começar a ir ao 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)

No decorrer das entrevistas, percebe-se que as mulheres atribuem grande importância à primeira consulta ginecológica, considerando-a uma valiosa fonte de informação, seja sobre métodos contraceptivos e funcionamento do corpo, seja a respeito de 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 de camadas populares, 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 e acreditam que o ideal é ir antes da primeira gravidez. É possível que haja uma mudança de conduta e elas transmitam às suas filhas a importância de ir ao ginecologista antes de engravidarem, ou pode ser que, para elas, a teoria continue muito distante da realidade. Deve-se considerar, nesta discussão, a questão do acesso, já que, conforme mencionado, as mulheres com menor renda e menos escolaridade apresentam menor acesso à consulta ginecológica se comparadas àquelas com uma condição socioeconômica mais favorável.

Se a segunda hipótese for verdadeira, deve-se considerar, ainda, que a idade média na primeira relação sexual diminuiu e, ao mesmo tempo, que a idade média na primeira gravidez aumentou nos últimos anos, o que faz com que as mulheres que procuram o ginecologista apenas na primeira gravidez o façam mais tardiamente. Elas estariam, assim, mais expostas e sem o devido cuidado

com relação às DSTs. Outro ponto importante refere-se à queda da fecundidade. Se as mulheres menos favorecidas procurarem o ginecologista apenas quando estiverem grávidas, as consultas acontecerão cada vez com menor frequência, já que houve uma redução brusca na fecundidade das mulheres brasileiras, inclusive daquelas menos escolarizadas, as quais, apesar de ainda terem mais filhos do que as mulheres de maior escolaridade, não mais chegam a atingir os níveis de fecundidade observados há 30 anos.

No que concerne a dimensão socioeconômica, percebe-se um abismo entre as mulheres de maior e de menor escolaridade. O acesso das primeiras à consulta ginecológica 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 ocorreu por ocasião da primeira gravidez, enquanto para as mais jovens e com parturição baixa ou nula se deu quando estas eram mais jovens e buscavam informação.

Depois da primeira consulta ginecológica

Com base nas entrevistas, pode-se dizer que a maioria das mulheres percebe a importância de se ir ao ginecologista regularmente. No entanto, mais uma vez, a teoria está muito distante da prática. Conforme visto, muitas mulheres, principalmente as menos escolarizadas, não tiveram uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Como revelam os depoimentos 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 há uma grande dificuldade em marcar a consulta no horário desejado pela paciente. O fato de muitas mulheres terem uma atividade profissional dificulta o acesso, pois o posto de saúde costuma funcionar em horário comercial. Assim, é comum a mulher só procurar atendimento ginecológico quando está

doente ou, ainda, durante campanhas, que atraem as pacientes para a consulta porque o atendimento é mais ágil e acessível, com horário diferenciado e, na maioria das vezes, nos finais de semana.

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 realizaram consulta ginecológica no último ano porque não gostam ou sentem vergonha. É interessante perceber que isto ocorre independente da idade ou da escolaridade. Uma mulher jovem declarou que a dependência da mãe para marcar a consulta é um dificultador, já que a mãe faria muitas perguntas. Neste caso, não apenas a vergonha referente à consulta, mas também a relação com a mãe aparece como barreira na busca pelo atendimento ginecológico. Logo, a família – e a forma com que lida com a sexualidade das filhas – pode dificultar o acesso à consulta.

Como revela Taís, novamente a gravidez está muito relacionada à busca pela consulta ginecológica de uma maneira geral, já que a entrevistada só procurou novamente o atendimento quando se encontrava nesta situação. Durante a gravidez, a consulta ginecológica é vista como uma obrigação.

E: E aí como você foi voltar depois? (...) ficou com vergonha e não 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)

As mulheres que realizaram consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à

pesquisa indicaram que o principal motivo foi a busca pela prevenção. Vale ressaltar que estas são, em sua maioria, mulheres de alta escolaridade.

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)

Independente da escolaridade da mulher e de sua idade, as entrevistas sugerem que, assim como a primeira, 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, do exame ginecológico em si já causa nelas constrangimento. Vale ressaltar que este desconforto para as mulheres com 12 anos ou mais de estudo é menos freqüente.

E: E como você se sente indo ao ginecologista? Qual que é 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 as impressões criadas em relação a este momento sejam, de alguma maneira, negativas.

E: Como é que? O 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) indicaram não ser a consulta ginecológica um momento totalmente confortável. No entanto, isso não se apresenta como uma barreira para a busca pela consulta.

Fica claro, ao longo das entrevistas, o desconforto que a mulher sente no momento da consulta ginecológica. Entretanto, nota-se que este desconforto vai se atenuando com o aumento da escolaridade das entrevistadas. Enquanto mulheres com baixa escolaridade não gostam nem de falar sobre o assunto, as mais escolarizadas mostram-se mais tolerantes a 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. Observa-se, também, que não há uma tendência bem definida por idade. Neste caso, a escolaridade acaba sendo mais determinante do que a idade.

Outro ponto importante refere-se ao poder da mulher. As entrevistadas com menor escolaridade e menos poder possuem uma relação extremamente desfavorável com o médico. Isto se dá não apenas pela escolaridade, mas também pelo tipo de atendimento, o qual, para essas mulheres, na 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 e a possibilidade de escolher seu ginecologista, além do fato de a própria escolaridade

possibilitar maior conhecimento e acesso à informação.

A qualidade da consulta foi trazida à tona por todas as entrevistadas. A importância do diálogo durante a consulta é afirmada por mulheres tanto de baixa como de alta escolaridade. As entrevistadas pontuam que, muitas vezes, o médico pensa que a paciente já sabe de tudo e não explica certos aspectos com o devido cuidado. Neste sentido, além da conversa, os depoimentos sugerem que o ginecologista deve olhar para a paciente e ser receptivo quanto à troca de idéias, e não apenas proceder como se a paciente não tivesse opinião e sentimentos. Percebe-se, ainda, que a consulta ginecológica, principalmente no caso das mulheres mais escolarizadas, torna-se um evento mais natural quando a mulher é mais velha.

No que tange a busca pela consulta ginecológica, fica claro que há 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 a realizam somente em busca de prevenção. Para estas mulheres existe uma cultura da prevenção, ou seja, ir ao ginecologista regularmente faz parte de seu cotidiano.

No outro extremo, as mulheres de camadas populares não fazem esta consulta regularmente, sendo três os maiores obstáculos para que isso não ocorra: a vergonha; a falta de eficiência do SUS, que se apresenta como uma barreira prática na busca pela consulta ginecológica; e a falta de diálogo e carinho do ginecologista com relação à paciente, sobretudo a usuária do SUS, que não tem a opção de escolher seu médico.

E: A médica lhe 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)

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo investigar o acesso das mulheres à consulta ginecológica em Belo Horizonte, dada a importância ímpar que representa para a saúde da mulher.

As mulheres de 18 a 59 anos que serviram de base para este estudo foram divididas em quatro perfis. Os perfis I e II reuniram as mulheres mais desfavorecidas e as desfavorecidas, respectivamente, aqui chamadas de mulheres de camadas populares. Além da baixa escolaridade (até sete anos de estudo), as mulheres que tipicamente representaram este perfil tinham maior probabilidade de serem mais velhas, apresentando idade entre 40 e 59 anos, terem dois filhos ou mais, serem negras (pretas ou pardas) e alguma vez unidas. Estas mulheres apresentaram 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 buscarem esta consulta por meio do SUS. Estas mulheres ainda apresentaram maior probabilidade de fazerem uso de métodos de contracepção cirúrgicos e, aparentemente, não possuem poder, já que registraram maior probabilidade de não se recusarem a ter uma relação sexual se o parceiro se recusasse a usar o preservativo. A prevalência destes dois perfis na população estudada foi de cerca de 42%.

O fato de o perfil em que se encontram as mulheres mais desfavorecidas ser o menos prevalente na população é um elemento positivo. Contudo, deve-se considerar que quase 12% da amostra estudada, em média, possui alguma característica deste perfil, proporção esta não desprezível.

Outro ponto importante é o fato de o perfil IV, com as melhores características, ser o terceiro em prevalência, o que indica que muito ainda deve ser trabalhado para que as mulheres alcancem uma situação mais favorável quanto ao acesso às consultas ginecológicas e às condições de vida de modo geral.

Sobre as percepções destas mulheres a respeito da consulta ginecológica, percebe-se que, independente da idade, escolaridade, raça/cor e de qualquer outra característica, é atribuída grande importância a ela. No entanto, as mulheres de camadas populares são as que se sentem mais envergonhadas durante a consulta. Com relação à primeira consulta, as mulheres com escolaridade mais alta foram pela primeira vez ao ginecologista buscando informação e prevenção; já as menos favorecidas buscaram o ginecologista por estarem grávidas.

As entrevistadas atendidas via SUS apresentaram algumas demandas no que diz respeito à consulta ginecológica. Até o momento, o diálogo não tem sido suficiente para que as pacientes se sintam confortáveis diante do médico. Assim, elas não se sentem à vontade para perguntar ao médico tudo o que gostariam e, muitas vezes, saem da consulta sem entender os procedimentos a que foram submetidas. O tempo de duração da consulta também foi indicado como um

ponto que tem deixado a desejar. Elas afirmaram que, devido à falta de médicos nos postos de saúde, estes ficam sobrecarregados e, por isso, o atendimento às pacientes é muito rápido.

Um ponto importante levantado por algumas entrevistadas refere-se ao funcionamento dos postos de saúde apenas em horário comercial, o que dificulta o acesso, pois elas trabalham neste horário. Ademais, o fato de terem que chegar cedo nos postos para conseguir a consulta também é um dificultador, principalmente quando trabalham e possuem horários rígidos.

Ainda são muitos os investimentos que devem ser feitos para que as mulheres tenham uma vida mais saudável. São necessárias políticas de conscientização com enfoque, principalmente, nas mulheres mais desfavorecidas e menos escolarizadas, já que são estas as que apresentaram maior probabilidade de não terem feito consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Postos de saúde com horários mais flexíveis e abrangentes também são de grande importância. É necessário, ainda, capacitar e conscientizar os médicos para atender este público, pois as mulheres de camadas populares sentem falta de um atendimento mais humano, com diálogo e espaço para que se sintam à vontade – não basta “tirar a roupa e pronto”.

Referências bibliográficas

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – protocolos e rotinas, 1997.

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

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Barueri: Editora Manole Ltda, 2002.

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

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: <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 28 jun. 2006.

CERQUEIRA, C. A. **Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros**. 2004. Tese (Doutorado em Demografia). Belo Horizonte, Cedeplar/UFMG, 2004.

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

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.

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, 23(1), p.157-166, jan. 2007.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997. In: HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

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

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

LACERDA, M. A. **Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002**. Dissertação (Mestrado em Demografia). Belo Horizonte, Cedeplar/UFMG, 2005.

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

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

MARTINE, G.; CARVALHO, J. A. M. Cenários demográficos para o século XXI e algumas implicações sociais. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, Ipea, 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, XIV. **Anais... Caxambu-MG**, Abep, 2004.

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, 37(3), p.372-378, 2003.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A. J. O Programa SRSR. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, Abep, 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.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), 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(4), p. 1.023-1.035, 2006.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda reprodutiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XIII. **Anais... Caxambu-MG**, Abep, 2000. 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, 2000. Disponível em: <<http://www.fjp.gov.br/arquivos/IHE.Php>>. Acesso em: 04 maio 2007.

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

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 – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.11(4), p.1.011-1.022, 2002.

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

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(4), p.757-776, 2002.

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

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), 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, XIV. **Anais...** Ouro Preto-MG, Abep, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_234.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2006.

TORRES, M. E. A. **Perfis e percepções acerca da consulta ginecológica em Belo Horizonte no início do século XXI**. Dissertação (Mestrado em Demografia). Belo Horizonte, Cedeplar/UFMG, 2007.

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

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

Resumen

El acceso a consultas ginecológicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

Este trabajo tiene como foco la consulta ginecológica. Se investiga el acceso a estas consultas entre mujeres residentes en Belo Horizonte, con edades entre 18 a 59 años, así como sus percepciones sobre este acceso. El estudio fue desarrollado en dos etapas: un análisis cuantitativo por medio del método Grade of Membership (GoM), buscando delinear perfiles de mujeres entre 18 y 59 años, que realizaron y no realizaron una consulta ginecológica en los 12 meses anteriores a la investigación; y un análisis cualitativo, con base en 33 entrevistas semi-estructuradas, buscando captar la percepción que mujeres con características similares a los perfiles extremos delineados en la primera etapa tuvieron sobre la consulta ginecológica. Los datos cuantitativos son oriundos de la investigación SRSR (Salud Reproductiva, Sexualidad y Raza/color), realizada por el Cedeplar [Centro de Desarrollo y Planificación Regional] en 2002. Los datos cualitativos provienen de la investigación “Aspectos cuantitativos y cualitativos acerca del acceso a la contracepción y al diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino: una propuesta de análisis para el municipio de Belo Horizonte, MG”, llevada a cabo entre 2005 y 2006. Los resultados cuantitativos sugieren que la realización de una consulta

ginecológica está muy relacionada con las características socioeconómicas y demográficas de las entrevistadas. Se nota también, que las mujeres con mayor probabilidad de haber ido al ginecólogo en los últimos 12 meses, son aquellas que tuvieron un seguimiento ginecológico regular y que habitualmente consultaron a este profesional por medio de consultas particulares o planes de salud. Los resultados cualitativos reafirman la incomodidad de las mujeres ante la consulta, siendo mayor entre aquellas con menor escolaridad. Se notó también que la primera consulta ginecológica ocurrió en momentos muy diferentes para las mujeres de alta y de baja escolaridad – para las primeras está generalmente relacionada con el inicio de la vida sexual y con el uso de contracepción, mientras que para las de menor escolaridad, el motivo suele estar ligado con la gravidez. Sin embargo, independientemente de la escolaridad, de la edad y de la frecuencia con que las entrevistadas buscan esta consulta, quedó evidente la gran importancia atribuida a ella.

Palabras-clave: Mujer. Salud reproductiva. Consulta ginecológica. Acceso a servicios de salud. Belo Horizonte.

ABSTRACT

Access to gynecological consultations in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

The present study focuses on gynecological consultations. It aims at investigating visits to gynecologists by women ages 18 to 59 living in the city of Belo Horizonte, Brazil, and their perceptions of the visit as a whole. The research was carried out in two stages. The first was a quantitative analysis using Grade of Membership (GoM), to define profiles of women who had been to a gynecologist in the 12 months prior to the research, compared to those who had not. The second stage consisted of 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 were obtained from the SRSR Project (Reproductive Health, Sexuality, and Race/Color), carried out by Cedeplar in 2002. The qualitative data were taken from the project entitled Quantitative and Qualitative Aspects of Access to Contraception, Diagnosis, and Treatment of Uterine Cancer: a proposal for analysis in the city of Belo Horizonte, MG, Brazil, carried out in 2005 and 2006 by Cedeplar. The quantitative results suggest that having made a gynecological visit during the previous year is strongly correlated to the socioeconomic and demographic characteristics of the women. Those who visit a gynecologist regularly and either pay for the appointment or have some sort of health insurance are the most likely to have gone to a gynecologist during the last 12 months. The qualitative results indicate that women feel uncomfortable during the visit, and 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 their first gynecological visit. For those with more schooling, the first visit is usually earlier in life and is generally related to the first sexual activity and the use of contraceptives. Among the less educated, the first visit is commonly related to pregnancy. Regardless of educational level, age, or frequency of visits, it is clear that going to the gynecologist is very important for the women interviewed.

Keywords: Women. Reproductive health. Gynecological consultation. Access to health services. Belo Horizonte.

Recebido para publicação em 06/01/2008.
Aceito para publicação em 20/05/2008.