

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Sandra Carvalho de Freitas

**PROPOSTA DE UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
SOLIDÁRIO NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA**

Juiz de Fora
2013

Sandra Carvalho de Freitas

**PROPOSTA DE UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
SOLIDÁRIO NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, *Stricto sensu*, Área de Concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Betânia Maria Fernandes

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Freitas, Sandra Carvalho de.

Proposta de uma tecnologia de cuidado de enfermagem solidário no controle do câncer do colo do útero e mama / Sandra Carvalho de Freitas. -- 2013.
100 f.

Orientador: Betânia Maria Fernandes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. assistência de enfermagem. 2. saúde da mulher. 3. prevenção e controle. 4. câncer de mama. 5. câncer do colo do útero. I. Fernandes, Betânia Maria, orient. II. Título.

Sandra Carvalho de Freitas

**PROPOSTA DE UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
SOLIDÁRIO NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, *Stricto sensu*, Área de Concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: / /2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Betânia Maria Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos (1^a examinadora)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Maria das Dores de Souza (2^a examinadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Leila Rangel da Silva (Suplente)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Zuleyce Maria Lessa Pacheco (Suplente)
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência e oportunidade de realizar este sonho.

A minha família pelo sacrifício, apoio e confiança.

A minha querida orientadora Betânia pelos ensinamentos, dedicação e paciência. As professoras Inês, Dora, Rosângela, Zuleyce, facilitadoras que me ajudaram crescer como enfermeira e como pesquisadora.

Ao Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela colaboração neste trabalho.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo incentivo financeiro para a concretização de projetos e publicações.

E por último, e não menos importante, as usuárias e as equipes da Unidade de Saúde da Família na qual realizei a pesquisa.

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho original"

Albert Einstein

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre uma tecnologia de cuidado de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e mama, baseado no modelo do coletivo feminista de sexualidade e saúde na atenção primária à saúde. A aplicação desta tecnologia de cuidado de enfermagem possibilitou maior autonomia da mulher sobre sua história e seu próprio corpo, preocupou-se com o conhecimento do corpo como um dos elementos centrais para a saúde e pode ser vivenciada pela mulher, de forma menos invasiva. Os objetivos da pesquisa foram descrever uma tecnologia de cuidado de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e da mama, baseado no modelo do coletivo feminista de sexualidade e saúde; avaliar a tecnologia de consulta de enfermagem à mulher, no controle do câncer do colo do útero e da mama, em relação ao medo, vergonha e tensão sentidos por ela e discutir a participação da mulher na estratégia de consulta de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e da mama, quanto à sua autonomia e satisfação com o atendimento. Foram entrevistadas vinte mulheres que concordaram em participar da estratégia de consulta da pesquisa, em uma unidade de atenção primária à saúde, em um município da Zona da Mata Mineira. Através da análise de conteúdo de Bardin, foram evidenciadas 02 categorias: a) A desapropriação do corpo feminino e b) A enfermagem solidária através da estratégia de consulta. A partir da vivência das mulheres, ressaltamos que a estratégia demonstrou ser mais adequada e propiciadora do desenvolvimento do protagonismo das mulheres, do seu direito como sujeito da assistência. Propõe-se uma “enfermagem solidária”, que pressupõe romper com o modelo biomédico. Cuidar da mulher nesta perspectiva vai além daquilo que se vê, se escuta e se toca. Significa reapropriar a mulher de seu corpo e reaproximar a enfermeira da mulher que está atendendo, priorizando outras dimensões do ser humano e de seus valores, como o respeito, a compaixão, a solidariedade e principalmente o diálogo.

Palavras-chave: assistência de enfermagem, saúde da mulher, prevenção e controle, câncer de mama, câncer do colo do útero, atenção primária de enfermagem.

ABSTRACT

This is a qualitative research on a technology of nursing care in the control of cancer of the cervix and breast cancer, based on the model of the feminist collective of sexuality and health in primary health care. The application of nursing care technology allowed greater autonomy of women about their history and their own body, was concerned with the knowledge of the body as a central element for health and can be experienced by women, a less invasive manner. The research objectives were to describe a technology for nursing care in the control of cervical and breast cancer, based on the model of the feminist collective of sexuality and health; evaluate the technology for nursing consultation to women in the control of cancer cervical and breast cancer, in relation to fear, shame and tension felt by her and discuss the participation of women in the nursing consultation strategy in the control of cervical and breast cancer, as their autonomy and satisfaction with care. Twenty women who agreed to participate in the research strategy consultation in a unit of primary health care, in a county of Zona da Mata Mining were interviewed. Through content analysis of Bardin, were found 02 categories: a) the expropriation of the female body b) The joint nursing through the query strategy. From the women's lives, we emphasize that the strategy proved to be most suitable and propitious development of the role of women, their rights as a subject of care. We propose a "supportive nursing", which requires breaking with the biomedical model. Taking care of the woman in this perspective goes beyond what we see, we hear and touch. Means reappropriate the wife of his body and reconnecting woman nurse who is listening, prioritizing other human dimensions and their values, such as respect, compassion, solidarity and especially dialogue.

Keywords: nursing care, women's health, prevention e control, breast cancer, breast of cervical cancer, primary nursing.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino
PNMP	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PRO-ONCO	Programa de Oncologia

PSF	Programa Saúde da Família
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas para a Promoção de Igualdade Racial
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problema e justificativa	11
1.2	Objetivos	18
2	BASES CONTEXTUAIS	19
2.1	Política Nacional de Saúde: o espaço ocupado pela saúde da mulher	19
2.2	A consulta de enfermagem como alicerce para o cuidar	29
2.3	A consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde	38
3	BASE TEÓRICA	42
3.1	O corpo da mulher como objeto de estudo	42
3.2	O corpo como um espaço de intervenção dos profissionais de saúde	44
3.3	A tecnologia do cuidado	48
4	PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1	Delineamento da investigação	53
4.2	O cenário	54
4.3	As participantes da pesquisa	55
4.4	Instrumentos e coleta de dados	56
4.5	Análise de dados	57
4.6	Aspectos éticos	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	60
5.1	A desapropriação do corpo feminino	60
5.1.1	O corpo como propriedade da equipe de saúde	62
5.2	A enfermagem solidária através da estratégia de consulta	65
5.2.1	O preenchimento da ficha pela mulher	69
5.2.2	A estratégia de consulta: o empoderamento da mulher	70
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	90
	ANEXO	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema e justificativa

No Brasil, o controle do câncer teve início com ações pioneiras de profissionais, que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir da década de 1940. Em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) – para atender aos casos de câncer de mama e sistema genital feminino. “Esta, possivelmente, foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país” (BRASIL, 2002a).

Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Essa foi a primeira ação de âmbito nacional do MS.

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. As principais contribuições desse Programa ao controle do câncer do colo do útero foram introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico, como procedimento de rotina da consulta ginecológica (BRASIL, 2002a).

Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade, para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento (BRASIL, 2002a).

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer.

Em relação às ações de controle do câncer do colo do útero e da mama, na década de 80, havia estratégias introduzidas, apenas, de forma pontual e, em algumas cidades brasileiras, predominantemente as da região Sudeste. No entanto, a partir da década de 90, o MS passou a trabalhar na elaboração e divulgação de manuais, que procuraram estabelecer normas e regras para o conjunto de ações, procedimentos e condutas a serem adotadas no controle de tais enfermidades (BRASIL, 2008).

Os cânceres mais incidentes na população feminina, à exceção do câncer de pele não-melanoma, são o da mama e do colo do útero (BRASIL, 2011). A principal estratégia adotada pelo Brasil na detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a coleta de material para exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora, também conhecido por exame preventivo ou exame de Papanicolaou (BRASIL, 2013).

No Brasil, o controle do câncer do colo do útero é recomendado, prioritariamente, para mulheres de 25 a 64 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na redução da mortalidade por câncer do colo do útero, a cobertura deve atingir 80% ou mais da população alvo (BRASIL, 2013; INCA, 2010).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres (BRASIL, 2011). As recomendações para detecção desse câncer, em mulheres assintomáticas, são o exame clínico das mamas, anualmente, para aquelas acima de 40 anos de idade; mamografia para as que estão com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre as avaliações; exame clínico das mamas e mamografia anual para aquelas, a partir de 35 anos de idade, que pertencem a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos resultados (BRASIL, 2013).

A OMS estima que ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama, em todo o mundo, a cada ano, o que o torna mais comum entre as mulheres (BRASIL, 2013).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de, aproximadamente, 518.510 casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país (INCA, 2012).

Dados revelam que, no ano de 2012, a estimativa para casos novos de câncer de mama foi de 52.680 casos, com um risco estimado de 52 casos, a cada cem mil mulheres, enquanto, em 2010, foi de 49.240, com um risco estimado de 49 casos, a cada cem mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 69 casos novos por cem mil mulheres (INCA, 2012).

Em relação ao câncer de colo de útero, espera-se uma diminuição no número de casos novos, para o Brasil, nos anos de 2012 e 2013, que serão de 17.540, com um risco estimado de 17 casos, a cada cem mil mulheres, enquanto, em 2010, foram de 18.430, com um risco estimado de 18 casos, a cada cem mil mulheres. O câncer de colo de útero continuará mais incidente na região Norte (24/100.000) (INCA, 2012).

O enfrentamento da morbidade e mortalidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) foi debatido pela Organização das Nações Unidas (ONU), através de uma reunião de cúpula ocorrida nos dias 19 e 20 de setembro de 2011, em Nova York. O Brasil apresentou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs, para os próximos dez anos. A meta é diminuir, em 2% ao ano, a taxa de mortalidade prematura pelas DCNTs (INCA, 2011). Estão previstas três ações diretamente relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e à detecção precoce do câncer de mama: aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero (INCA, 2011).

Além disso, ainda temos, hoje, no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher - que consiste no

desenvolvimento e na prática de estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama, na qual são oferecidos serviços de controle e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação, em todo o território nacional (INCA, 2011).

A atenção primária se constitui como porta de entrada do usuário no SUS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde, estimulada pelo MS. Essa estratégia é organizada por meio de trabalho interdisciplinar, mediante a responsabilização de equipes de saúde da família, em um dado território. Trabalha com foco nas famílias, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, controle, tratamento, reabilitação e manutenção (BRASIL, 2006).

A enfermeira é uma das profissionais que faz parte da ESF e encontra-se como integrante da equipe mínima. Entre as várias atividades realizadas pelas enfermeiras, a consulta de enfermagem no controle do câncer de colo de útero e de mama consiste em uma das ações laborais na Atenção Primária à Saúde (APS). Para que a enfermeira possa atuar no Sistema de Saúde, desempenhando ações na ESF, faz-se necessário avançar, não apenas no preparo de um novo profissional, mas, acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender e criar, a propor e a construir (BRASIL, 2001a).

Deve-se considerar que a enfermeira, que atua na ESF necessita ter uma formação política, humana, técnica e cultural que lhe permita desenvolver competências indispensáveis a um exercício profissional responsável, autônomo e ético (FIGUEIREDO, 2007).

Ao desenvolver minha prática profissional como residente em saúde da família e, logo depois, atuando em Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF, observei situações em que a mulher, ao realizar a consulta de enfermagem, para o controle do câncer do colo de útero e de mama demonstrava medo, vergonha e tensão, o que dificultava a realização do atendimento. As principais causas da resistência das mulheres em realizar o exame estão relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres realizem o exame. Além disso, muitas mulheres, que chegam a fazer o exame, não retornam para saber o

resultado devido ao medo de ser positivo (INCA, 2008). No Brasil, a cobertura do exame preventivo para o câncer de colo de útero ainda é pequena, em muitas regiões e podemos atribuir alguns fatores da não realização como a cultura e as questões de gênero (BRASIL, 2013).

A partir dessa minha experiência, surgiram inquietações em relação à estratégia dessa consulta de enfermagem. Será que a forma como vem sendo desenvolvida a consulta de enfermagem, para o controle do câncer do colo do útero e da mama gera medo, vergonha e tensão nas mulheres? É possível desenvolver outra estratégia para realizar essa consulta de enfermagem, de modo que a mulher consiga participar e ter maior autonomia?

O modelo assistencial do atendimento à mulher na consulta de enfermagem, para controle do câncer de colo de útero e da mama, padronizado em manuais e normas propostas pelo MS, apresenta um enfoque voltado para um atendimento, que se baseia no modelo biomédico, com maior valorização da técnica, em detrimento da autonomia da mulher nesse momento. Dessa forma, segundo o manual do MS, a enfermeira realiza consulta de enfermagem, na qual a mulher não tem autonomia sobre seu próprio corpo, sendo “colocada na posição ginecológica adequada” (BRASIL, 2013, p. 63).

Assim, tendo como inquietação o modelo atual de consulta de enfermagem à mulher, foi realizado um levantamento bibliográfico, em bases de dados como LILACS, BIREME, SciELO, livros técnicos de ginecologia e de enfermagem, com o objetivo de encontrar outras estratégias desse atendimento, no sentido de verificar uma consulta diferenciada da tradicional, referenciada pelos manuais. Não foi localizado nenhum material/artigo com essa temática, mas foi identificada no site “Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde”, no endereço <http://www.mulheres.org.br/>, uma cartilha com uma proposta diferenciada de consulta à mulher.

O Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde é uma Organização Não Governamental (ONG), que desenvolve, desde 1985, um trabalho de atenção primária à saúde da mulher, em uma perspectiva feminista e humanizada:

Inspirado pela experiência feminista internacional, o método utilizado é o da crítica ao modelo médico clássico da gineco-obstetrícia. Nosso modelo vem propondo uma ‘medicina suave’ – dos

tratamentos naturais e menos agressivos – e de preocupação com o conhecimento do corpo como um dos elementos centrais para a saúde. A mulher/usuária é percebida como um indivíduo, o sujeito da ação de saúde, capaz de entender, decidir e cuidar do próprio corpo e da própria vida (www.mulheres.org.br, 2013).

A consulta inclui várias etapas que propiciam a participação da usuária. O histórico da ficha é preenchido pela própria mulher atendida, quando são identificadas e esclarecidas as questões mais importantes demandadas pela mulher no atendimento.

O exame físico, por sua vez, é na medida do possível partilhado com a usuária, que é estimulada a fazer ela mesma o exame de mamas, depois que a profissional fez este exame e o demonstrou. Os exames da vulva, da vagina e do colo do útero são feitos em conjunto com a cliente, com a ajuda de um espelho; a própria cliente é estimulada a introduzir o espéculo em sua vagina, assim como tocar a vagina, sentir sua musculatura, etc. Cada detalhe do exame é explicado à usuária, tanto da anatomia normal quanto de qualquer possível variação ou alteração. A coleta de exames laboratoriais durante o exame físico é acompanhado pela paciente, tanto o exame da secreção vaginal (feito de rotina em todas as consultas) quanto o papanicolau (preventivo do câncer de colo). Todo este processo de “exame conjunto” é facilitado pelo uso de recursos educativos como moldes da pélvis que servem tanto para explicar visualmente as relações anatômicas e funcionais entre os órgãos, como também para que a paciente possa “ensaiar” o toque da vulva, da vagina e do colo antes de fazê-lo em si mesma. Esse processo facilita, inclusive, o uso adequado de contraceptivos de barreira, tais como o diafragma e a camisinha feminina, quando essa é a opção da mulher (DINIZ, 2003, p. 29).

Portanto, a partir dessas leituras e inquietações, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa, adaptando esta proposta do coletivo feminista sexualidade e saúde para a consulta de enfermagem à mulher no controle do câncer do colo do útero e mama (Apêndice A).

Esta estratégia, adotada na presente investigação, tem como foco central a participação da mulher durante todo o atendimento, abandonando a atitude passiva para uma posição ativa, além de apresentar um componente educativo. Portanto, apresento como objeto de estudo **“uma tecnologia de cuidado de enfermagem solidário no controle do câncer do colo do útero e mama”**. Diante do exposto,

temos as seguintes questões norteadoras: a estratégia a ser desenvolvida para a consulta de enfermagem, com a participação ativa da mulher no controle do câncer do colo do útero e da mama é capaz de diminuir o medo, a vergonha e a tensão nas mulheres? Ela proporciona maior autonomia e participação da mulher na consulta? É capaz de desenvolver maior adesão das mulheres a esse atendimento? Proporciona à mulher maior satisfação com o atendimento?

Ressaltamos que, através desta investigação, pretendeu-se desenvolver uma estratégia com o intuito de promover um novo modelo de assistência de enfermagem às mulheres na APS, para o controle do câncer do colo de útero e de mama, no sentido de proporcionar uma vivência positiva à mulher nesse atendimento, além de romper com o modelo de consulta fragmentado, em que a mulher encontra-se em uma situação passiva, sem autonomia sobre seu corpo e sobre o atendimento a que está sendo submetida e desta forma fortalece a atuação da enfermeira na APS, através de uma assistência baseada no respeito mútuo.

1.2 Objetivos

Diante do exposto, foram definidos para esta pesquisa os seguintes objetivos:

- Descrever uma tecnologia de cuidado de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e da mama, baseado no modelo do coletivo feminista de sexualidade e saúde;
- Avaliar a tecnologia de consulta de enfermagem à mulher, no controle do câncer do colo do útero e da mama, em relação ao medo, vergonha e tensão sentidos por ela;
- Discutir a participação da mulher na estratégia de consulta de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e da mama, quanto à sua autonomia e satisfação com o atendimento.

2 BASES CONTEXTUAIS

2.1 Política Nacional de Saúde: o espaço ocupado pela saúde da mulher

A política voltada para a assistência à saúde da mulher foi formulada no Brasil, no bojo das políticas nacionais de saúde, na primeira metade da década de 1930, na tentativa de equacionar e minimizar a grave situação da saúde a que estão expostas as mulheres do mundo e, em especial, na região do Caribe e da América Latina. Nesse período, essas políticas estiveram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto (ASSIS, 2011).

As políticas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade. Esses programas voltados para a população feminina foram atualizados, nos anos de 1950 e 1970, porém, as ações eram motivadas, preponderantemente, pela preocupação com a mortalidade infantil, a intervenção no corpo da mulher-mãe para assegurar crianças saudáveis e atenção centrada na reprodução, no cuidado materno-infantil (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

Sem exceção, eram programas verticalizados e sem integração com outros programas e com ações propostas pelo governo federal. As metas eram definidas em nível central e sem qualquer avaliação das necessidades de saúde da população local, por isso não geravam maior impacto nos indicadores de saúde da mulher (PEDROSA, 2005).

Tais programas foram rigorosamente criticados pelo movimento feminista, pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, uma vez que o acesso a cuidados de saúde restritos ao ciclo gravídico-puerperal, não possibilitava uma assistência em saúde para a mulher, na maior parte da vida (OSIS, 1998).

Em 1980, é formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com uma proposta de expansão de cobertura dos serviços previdenciários e um enfoque nos cuidados primários de saúde e a área materno-infantil se enquadrava como prioritária (ALMEIDA, CASTRO; VIEIRA, 1998).

Em 1983, o MS apresentou a proposta do PAISM, cujo texto foi debatido e sofreu modificações, com mobilização de feministas e sanitaristas, baseando-se na compreensão da mulher como ser integral, em cada fase do ciclo da vida, com suas

especificidades, com garantia de informação sobre seu corpo e, inclusive, as questões ligadas ao exercício da sexualidade e da autonomia reprodutiva feminina (BARSTED; PITANGUY, 2011). No ano seguinte, o PAISM foi publicado, abordando especificamente a mulher e, separando do programa de assistência integral à criança, marcando uma ruptura conceitual com os princípios, até então norteadores das políticas de saúde para as mulheres (BRASIL, 2008), a partir de uma abordagem integral, rompendo com a visão estrita da assistência à saúde da mulher via binômio mãe-filho.

O PAISM é um programa que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Enquanto diretriz filosófica e política, incorporou princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social, em um período no qual, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário, se concebia o arcabouço conceitual, que embasaria a formulação do SUS. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, promoção da autonomia feminina, estímulo ao conhecimento e controle sobre o próprio corpo e sua saúde (ASSIS, 2011).

O programa ainda propôs assistência clínica ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério), como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, propondo metodologia mais participativa referenciada na experiência dos grupos de reflexão, grupos de autoconsciência do movimento feminista, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres (ASSIS, 2011).

No âmbito internacional, somente na década de 1990, com a Conferência das Nações Unidas de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e a Conferência Internacional da Mulher de Pequim (1995), reconheceu-se que as restrições legais e as políticas impostas à autonomia reprodutiva violavam os direitos humanos, em especial, os direitos das mulheres. As Nações Unidas reconheceram que as restrições são desfavoráveis ao desenvolvimento econômico e humano das populações e recomendaram reformulações nas leis e políticas públicas, que

garantam o acesso às informações e aos meios adequados para o exercício da autonomia sexual e reprodutiva, com especial atenção para a vulnerabilidade feminina. Recomendaram, ainda, a formulação de leis e políticas de equidade, que incluíssem a defesa dos direitos das mulheres e atribuíssem responsabilidades sexuais e reprodutivas aos homens, como elementos essenciais para alcançar a igualdade e a justiça nas relações de gênero (BARSTED; PITANGUY, 2011).

O documento do Cairo é o primeiro texto de adoção universal a acolher e explicitar a expressão “direitos reprodutivos”, contemplando o direito à liberdade de escolha do número de filhos e seu espaçamento. De tal modo, introduz um novo paradigma no debate sobre população, ao deslocar a questão demográfica para o âmbito dos direitos humanos, identificando os direitos reprodutivos como direitos humanos.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) ampliou e ratificou o conceito de saúde reprodutiva, definido em 1988, pela OMS:

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência (Cap. VII, 7.2).

A Conferência Mundial sobre Mulheres (BEIJING, 1995) revela a distância das mulheres dos espaços de poder e a relação entre o empoderamento de gênero e a superação dos desequilíbrios mundiais. Essa conferência reitera que a “violação aos direitos reprodutivos das mulheres limita dramaticamente suas oportunidades na vida pública e privada, suas oportunidades de acesso à educação e o pleno exercício dos demais direitos” (ASSIS, 2011).

Retornando ao âmbito nacional, em 2001, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001) e, na área da saúde da mulher, estabeleceu para os municípios, a garantia de ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e controle do câncer de colo de útero e mama e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, previram a conformação de sistemas

funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio de organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2004).

Apenas em 2004, duas décadas após o PAISM, foi formulada uma nova política pública de assistência à saúde da mulher. A focalização na atenção obstétrica acabou por dificultar a atuação em outras áreas estratégicas, o que impediu a adoção de uma agenda mais ampla da saúde feminina, capaz de incorporar a transversalidade de gênero e raça (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Durante todo esse período, a prática assistencial destinada à saúde da mulher continuou acontecendo no atendimento das funções reprodutivas, particularmente, naquelas de ações para a redução da mortalidade materna, o que resultou na melhoria do cuidado nesse serviço (BRASIL, 2004). Porém, acabou por se contrapor ao princípio de abordagem integral, visto que questões de ordem não reprodutiva, dificilmente foram avaliadas no intercurso dessas ações (PEDROSA, 2005).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNASM). O MS esperava estar contribuindo para atender a população feminina brasileira, acima de 10 anos de idade, elaborando uma política para que as brasileiras avançassem nas suas conquistas e na perspectiva da saúde como direito de cidadania. Para tanto, ampliaram-se as ações de saúde para grupos, historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades, subjetividades e necessidades, como as trabalhadoras rurais, as mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade, mulheres com transtornos mentais e deficiências, mulheres lésbicas, indígenas e presidiárias (BRASIL, 2003a).

A política incorpora o enfoque de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e violência doméstica e sexual, em estreita parceria com outros órgãos de governo, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e a Secretaria Especial de Políticas para a Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), com o movimento de mulheres, de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, com as sociedades científicas, entidades de classe, estudiosos da área, com as ONGs, com as agências de cooperação internacional e com os gestores do SUS (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Dentre as diretrizes da PNASM, verificou-se a capacitação do SUS para a atenção integral em todos os ciclos de sua vida, respeitando as especificidades das faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres, negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, homossexuais, com deficiência, entre outras), sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais; prática de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde e garantia de acesso a essas ações e a todos os níveis de atenção, sendo essa uma responsabilidade dos três níveis de gestores, de acordo com as competências de cada um; estimulação da participação da sociedade civil organizada na execução, avaliação e elaboração das políticas (BRASIL, 2004).

Os objetivos gerais da política foram promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, através da garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, controle, assistência e recuperação da saúde em todo o país; contribuir para a redução da morbimortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

A PNASM, delineada no ano de 2004, identificou como desafios a ampliação da oferta dos exames preventivos na rede básica, a disponibilidade de tratamento, a organização do sistema e a mobilização da população feminina, com mais de 35 anos de idade, com o objetivo de superar o déficit observado em relação às iniciativas relativas ao controle do câncer de mama (BRASIL, 2009).

Apesar das ações para o controle do câncer de colo de útero e de mama serem desenvolvidas, desde 1997, por meio de campanhas, não foi possível obter resultados nacionais que tivessem impacto na ocorrência da doença. Devido a essa constatação, novos meios foram construídos para se alcançar os objetivos preconizados. Foi lançado, então, o Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005-2007, fundamentado na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2013).

Em relação ao acompanhamento da situação no Brasil, há o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e o de mama (SISMAMA), desenvolvidos pelo INCA e em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como ferramenta de gerência das ações do programa de controle do câncer de colo do útero e de mama. Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar, em relação ao SISCOLO, a cobertura da população alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2008c). O SISMAMA centraliza todos os dados das pacientes que realizarem mamografia no SUS, como resultados dos exames, qualidade dos serviços, seguimento dos casos alterados e outras informações para monitoramento e avaliação das ações (BRASIL, 2009b).

Foi incluído o campo raça/cor no SISCOLO, o que melhorou o sistema de informação e possibilitou a elaboração de estratégias voltadas para a parcela da população que ainda estava desfavorecida com a assistência em saúde (BRASIL; 2005, 2008c).

A última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008 (IBGE), analisando o período de 2003 a 2008, mostra que o número de mulheres que haviam se submetido a exame clínico das mamas, no período, cresceu 28,5% e o contingente de mulheres que haviam feito mamografia foi de 48,8%. No mesmo período, aumentou em 25% o total de mulheres, que realizou exame preventivo para câncer no colo do útero (BARSTED; PITANGUY, 2011, p.332).

Pela primeira vez, a PNAD investigou a realização de cirurgia de histerectomia para as mulheres de 25 anos ou mais de idade. A pesquisa constatou que, em 2008, 93,5% das mulheres histerectomizadas tinham 40 anos ou mais de idade. Do total de aproximadamente 58 milhões, 7,4% realizaram a cirurgia, o que correspondia a 4,3 milhões de mulheres. O Centro-Oeste apresentou proporção maior de mulheres histerectomizadas, 8,3%, e o Norte, a menor, 6,4% (BARSTED; PITANGUY, 2011, p.332).

Quanto ao número de mulheres que haviam se submetido a exame clínico das mamas, no período de 2003 a 2008, constatou-se um crescimento de 28,5%;

70,2% das mulheres com 25 anos ou mais de idade que haviam realizado o exame clínico, pelo menos uma vez. Entre as mulheres com 40 anos ou mais de idade, esse número foi de 74,7%. Apesar das taxas desse grupo etário terem sido as mais altas, em todas as faixas de rendimento mensal domiciliar per capita, a desigualdade no acesso ao exame ainda é bastante acentuada, segundo análise do próprio IBGE “entre as mulheres que viviam em domicílios com rendimento mensal domiciliar per capita superior a cinco salários mínimos, 94,1% haviam se submetido a exame clínico das mamas. Entre aquelas com rendimento inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo, apenas 44,8% o fizeram” (BARSTED; PITANGUY, 2011, p. 333).

Entre 2003 e 2008, houve igualmente um incremento do acesso das mulheres ao exame de mamografia no país. Em 2003, a taxa era de 42,5% da população feminina de 25 anos ou mais de idade e, em 2008, alcançou 54,8%. Mas as desigualdades persistem. Entre as mulheres com rendimento domiciliar per capita inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo, somente 20,2% tiveram acesso, em 2003, e 29,1%, em 2008 (BARSTED; PITANGUY, 2011, p.333).

O aumento de 25% do número total de mulheres, entre o ano de 2003 a 2008, que havia feito o controle para câncer no colo do útero é animador, mas a persistente desigualdade entre as mulheres permaneceu. Em 2008, 95,4% das mulheres com rendimento mensal domiciliar per capita superior a cinco salários mínimos haviam se submetido ao exame, contra 77,0% nos domicílios com rendimento inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo (BARSTED; PITANGUY, 2011, p.333).

Quanto à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, o MS criou em 2004, por meio da portaria número 2.227, o Comitê Técnico Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLBT para a implementação de políticas de atenção integral voltada a essa população e para garantir a participação do ministério na criação e implementação de estratégias intersetoriais com as várias áreas do governo, apontadas no Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2008c).

A inserção do campo “práticas sexuais”, na ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e do campo “orientação sexual”, na agenda da mulher e atenção ginecológica contribuem para a obtenção de

informação e dados sobre essa população e consequente redirecionamento das políticas públicas (BRASIL, 2008c).

A partir do PAISM, em 2005, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e incluiu a vasectomia, na Política Nacional de Cirurgias Eletivas. Os anticoncepcionais, em farmácias e drogarias credenciadas no Programa Farmácia Populares passaram, a ser vendidos com preços até 90% mais baixos. Foi realizado, também, o credenciamento de 1.196 serviços para realizarem laqueaduras, no serviço público, possibilitando maior acesso das mulheres a esse procedimento (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Houve a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006, a qual proíbe que a violência cometida contra a mulher seja “perdoada”, através do pagamento de cestas básicas ou com trabalhos comunitários; a criação da comissão tripartite para a revisão da legislação punitiva contra o aborto e o aumento de crédito pré-aprovado para as mulheres rurais (BRASIL, 2008c).

Através do decreto número 6.269 de 2007, que altera e acresce dispositivos ao decreto número 5.390 de 2005, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) foi aprovado e o Comitê de Articulação e Monitoramento instituído. A construção participativa desse II PNPM envolveu, diretamente, cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais, em todas as unidades da federação e 18 órgãos da administração pública federal, em parceria com representantes de mecanismos governamentais estaduais e municipais de políticas para as mulheres e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Todos esses atores sociais elaboraram o II PNPM, que conta com 91 metas, 56 prioridades e 394 ações distribuídas em 11 grandes áreas de atuação. As linhas mestras do trabalho são: igualdade, respeito à diversidade, a equidade, a autonomia das mulheres, a laicidade do Estado, a universalidade das políticas, a justiça social, a transparência dos atos públicos e a participação do controle social:

O II PNPM amplia e aprofunda o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres, incluindo seis novas áreas estratégicas que vão se somar àquelas já existentes no I Plano. São elas: Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania

e segurança alimentar; Direito a terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não discriminatórias; enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e, enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas (BRASIL, 2008c, p.20).

A saúde da mulher é tratada, no capítulo três do II PNPM e possui como objetivo geral promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente instituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, controle, assistência e recuperação da saúde integral, em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie e resguardando-se as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual. Tem definido, também, os seguintes objetivos específicos: garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente, por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2008c).

As metas estipuladas são: reduzir em 15% a razão de mortalidade materna, entre 2008 e 2011; garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversível para 100% da população feminina usuária do SUS; disponibilizar métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde; qualificar 100% dos polos básicos para atenção integral à saúde da mulher indígena; aumentar em 60% o número de exames citopatológicos na população feminina de 25 a 59 anos, entre 2008 e 2011; aumentar em 15% o número de mamografias na população feminina, entre 2008 e 2011; promover a adesão dos 27 estados brasileiros ao Plano de Enfrentamento da Feminização das IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e Aids; formar quatro referências técnicas, por estado, em atenção às mulheres no climatério; sensibilizar cinco referências técnicas, por estado, em atenção às queixas ginecológicas de mulheres e adolescentes; implementar quatorze centros de referência para assistência à infertilidade; apoiar a organização de um centro

colaborador por região para humanização da atenção ao parto, ao abortamento e às urgências e emergências obstétricas; implantar cinco experiências-piloto, uma por região, de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero (BRASIL, 2008c).

Por sua vez, as prioridades determinadas são: promover a atenção à saúde das mulheres no climatério; estimular a organização da atenção às mulheres, jovens e adolescentes com queixas ginecológicas; estimular a implantação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos; promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna; promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS, na população feminina; reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e a mortalidade por câncer de mama na população feminina; promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais, geracionais regionais, de orientação sexual e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua; fortalecer a participação e mobilização social em defesa da PNASM; propor alteração de legislação com a finalidade de ampliar a garantia do direito à saúde, contemplando os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e o fortalecimento do SUS. Inúmeras são as ações, os órgãos e parceiros responsáveis e os produtos esperados. Os prazos encontravam-se entre os anos de 2008 a 2011 (BRASIL, 2008c).

Nessa última década (2000 a 2010), os avanços na saúde feminina buscaram dar efetividade a leis e políticas públicas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, consolidando programas e ações, como o programa saúde na família, de assistência ao pré-natal, parto e nascimento, IST e Aids para as mulheres, a assistência ao aborto permitido por lei no SUS.

Além dessa consolidação necessária, uma agenda mais ampla de saúde sexual e reprodutiva foi iniciada, visando reduzir as fortes desigualdades presentes na realidade brasileira. Nessa perspectiva, destacam-se as ações de saúde que

visam atender à diversidade de orientação e condição sexual (mulheres lésbicas e transexuais) e a ampliação do acesso ao controle e tratamento de cânceres do colo do útero e mama (BARSTED; PITANGUY, 2011).

2.2 A consulta de enfermagem como alicerce para o cuidar

No Brasil, a evolução e construção histórica da Consulta de Enfermagem (CE) tem início na década de 20, quando enfermeiras americanas, em missão técnica no país, elaboraram um manual, contendo rotinas destinadas às enfermeiras, que atendiam na área de saúde pública, especificamente do atendimento às doenças sexualmente transmissíveis. Dentre as rotinas, evidenciavam-se a entrevista pós-clínica e a prevenção da doença. Posteriormente, esses procedimentos foram extensivos às gestantes e crianças saudáveis (LIMA, 2006).

A história mostra que a assistência individual realizada pela enfermeira vem se caracterizando, preliminarmente, tanto como um atendimento no âmbito da prevenção primária, quanto como pós-consulta, função delegada da consulta médica, consistindo em orientações complementares sobre o tratamento instituído pelo médico e outras orientações de educação para a saúde, usando, conforme Henriques (1993, p. 46), o mesmo discurso higienista e normatizador de condutas.

Caracterizado o início da CE como uma atividade intrínseca de prevenção primária, associada ao seu processo evolutivo, por meio da institucionalização das práticas de enfermagem em saúde pública, é percebido que as políticas públicas de saúde e suas propostas de modelo técnico-assistencial constituíram marcos importantes para o fortalecimento e a normatização dessa prática (PORTO, 2007).

Conforme aponta Castro (1975), a partir desse caráter de prevenção primária, a CE passou a fazer parte dos manuais técnicos de vários serviços, conquistando seu apogeu com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil.

Na trajetória da CE, podem ser visualizadas mudanças em diversos períodos, com fases de declínio e de ascensão. Em vista disso, serão abordados, a seguir, fatos que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação dessa atividade. De acordo com as informações do Relatório do Comitê de Consulta de Enfermagem – Associação Brasileira de Enfermagem (1979), para Basso e Veiga (1998) e Araújo

(2000), esse tipo de consulta no país evoluiu, acompanhando aspectos importantes do desenvolvimento da profissão, até tornar-se uma atividade assistencial da enfermeira no cotidiano das instituições de saúde pública e/ou privada.

Lima (2003) afirma que a CE, ao longo de sua evolução e implantação, sofreu várias alterações conceituais e metodológicas, até ser inserida nos serviços de saúde, buscando seu prestígio e aceitação e sempre acompanhando as mudanças conjunturais.

Para Castro:

[...] a história da consulta de enfermagem remonta aos meados do século passado, quando a assistência de enfermagem era realizada fora do âmbito hospitalar a uma clientela composta por recém-nascidos e tuberculosos, por meio de visitas domiciliares, utilizando como metodologia a entrevista pós-clínica (1975, p.76).

Para a referida autora, essa modalidade de consulta emergiu, em nosso país, com a criação da Escola de Enfermagem “Anna Nery”, adaptada do modelo *nightingaleano* e vinculada aos serviços de saúde pública, do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1923. A década de 30 marcou a criação das normas legais para o ensino e exercício da Enfermagem no Brasil. A instalação do Ministério da Educação e Saúde ampliou o espaço de atuação da Enfermagem para a área de Ensino e de Saúde Pública, prioritariamente (GEOVANINI et al., 1995, p. 25).

Na década de 40, a Escola “Anna Nery” foi incorporada à Universidade do Brasil e, em 1949, o Projeto de Lei nº. 775 controlou a expansão das escolas, exigindo que o ensino em Enfermagem fosse centralizado nos Centros Universitários. Castro (1975) destaca que, também nessa época, deu-se a consolidação da posição da Enfermagem voltada para a saúde pública no país, evidenciada com o surgimento dos Núcleos de Saúde Pública e principalmente, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que realizava ações de promoção e proteção à saúde e de educação sanitária, cujas atividades desempenhadas pelas enfermeiras, notadamente ocorriam nos locais de difícil acesso e eram desvinculadas da ação médica.

Na década de 50, começam a ocorrer amplas transformações no panorama econômico brasileiro, com a sua integração ao sistema capitalista ocidental,

favorecendo, assim, o crescimento industrial. A abertura ao capital estrangeiro contribuiu para a ampliação de frentes de trabalho em áreas interioranas, com o conseqüente aumento do espaço de atuação da enfermeira na assistência individual ao trabalhador e à sua família. Esse período identifica-se, ainda, com a reorganização da Previdência Social, favorecendo a política de saúde médico-hospitalar e relegando a saúde pública a uma posição secundária, o que resultou no enfoque da prática curativa especializada e na ampliação do campo de trabalho hospitalar para a enfermagem (LIMA, 2006).

No contexto desse novo modelo de política, o SESP, que, desde a sua criação, apresentava como principal estratégia a assistência à família, passa a focalizar o atendimento no indivíduo com problemas de saúde e suspende as visitas domiciliares realizadas pelas enfermeiras, restringindo a atuação às famílias sob controle de tratamento, na unidade de saúde. Segundo Araújo (2000, p. 8), “apesar da mudança de estratégia do SESP, a enfermagem continuou considerando a família como o centro da atenção e a visita domiciliar como sendo a principal fonte de identificação de problemas de Saúde Pública”.

A década de 60 foi um período que se destacou pelo fortalecimento dos serviços de Enfermagem e formação das primeiras equipes de planejamento em saúde. Em São Paulo, a reforma administrativa e a criação do quadro de enfermeira, na área de saúde pública consolidam a ascensão da profissão.

Para Araújo:

Estes fatos contribuíram para a consolidação da consulta de enfermagem, porque com as enfermeiras desenvolvendo função de assessoramento, os assuntos de enfermagem puderam ser mais bem estudados e a consulta de enfermagem foi considerada, assim como a visita domiciliar e a imunização, uma atividade resolutive (2000, p.20).

Historicamente, a CE começou a ser realizada com essa denominação em nosso país na década de 60, pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), sendo o atendimento voltado exclusivamente para gestantes e crianças sadias, consolidando as consultas de enfermagem no pré-natal, em meio a vária

mudanças estruturais, em especial, a transferência da capital, do Rio de Janeiro para o Distrito Federal (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

O Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, regulamentou o exercício profissional da enfermagem e de suas funções auxiliares em todo o território nacional. Além disso, a enfermeira passou a contar com o respaldo em prescrições nas atividades preventivas, preconizadas pelo MS.

Em 1968, por ocasião do segundo Curso de Planejamento de Saúde da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (hoje Instituto “Presidente Castelo Branco”), os profissionais participantes entenderam ser o atendimento de Enfermagem uma das atividades finais da unidade sanitária de maior importância e exclusiva da enfermeira. Essa atividade era considerada, até então, como um dos componentes da consulta médica que, a partir desse entendimento, passa a denominar-se “consulta de enfermagem”, difundindo-se, particularmente, em gestantes e crianças saudáveis.

Para Castro (1975), esse tipo de consulta no pré-natal nasce associado à entrevista da mulher gestante para a coleta de dados, agendamento para consulta médica, encaminhamento para serviços especializados, coleta de material para exames e aplicação do tratamento prescrito; ou seja, em uma relação direta com a pós-consulta.

Autores como Lima (1975) e Guedes (1982) consideram que a implementação da CE tem relação direta com a entrevista pós-clínica e com a divisão de trabalho entre o médico e a enfermeira. Entretanto, ao comentar sobre o assunto, Castro (1975, p. 84) considerou que tal implementação deveu-se à evolução das duas profissões, com uma expansão do papel da enfermeira, destacando que a consulta no pré-natal, antes de ser uma função inteiramente nova, na realidade, consiste na reunião de várias tarefas em uma só atividade.

Segundo Henriques:

[...] muito embora a consulta de enfermagem e seu potencial resolutivo diferissem do modelo atual, este momento significou um avanço em relação à autonomia profissional e isto abalou as relações sociais e de trabalho, os papéis de subordinação e dominação no interior da equipe de saúde (1993, p.51).

O Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, promovido em novembro de 1968 pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde, definiu, entre outros objetivos, difundir a CE como atividade final de maior importância e exclusiva da enfermeira, sem possibilidade de delegação. A seção “Técnica de Enfermagem”, do Serviço Especial de Saúde de Araraquara, em 1969, já havia implantado a prática de CE nas clínicas de saúde materna, saúde infantil e seguimento de algumas doenças crônicas de adultos.

Ainda sobre a difusão da CE, no ano de 1969, Coelho et al (1970) referenciaram a experiência da Universidade Federal da Bahia, em colaboração com a Secretaria de Higiene e Saúde Pública do Estado, em diferentes campos da prática da enfermeira.

Vale destacar que, na década de 70, a CE desenvolvia-se de acordo com as normas estabelecidas pela Fundação Serviço Essencial de Saúde Pública (FSESP), e, segundo Vanzin e Nery, essa modalidade de consulta consistia em orientar a gestante sobre:

[...] os recursos assistenciais da Unidade, na anamnese, na verificação dos sinais vitais, no pedido de exames de laboratório, nos agendamentos de consulta médicas ou de enfermagem, na orientação quanto a sua saúde e da criança ao controle das vacinas, do tratamento antissifilítico, do encaminhamento para visita domiciliar e da orientação sobre o parto (1996, p. 50).

Segundo Tyrrell e Carvalho (1993), as tarefas programadas para a enfermagem não sofreram modificações. A denominação de CE foi usada como sinônimo de atendimento de enfermagem, o que a autora considera lamentável pelos significados e implicações conceituais.

Apesar da CE ser uma prática na FSESP, Castro (1975) ressalta que, somente em 1973, quando a referida Fundação foi integrada ao MS, ela foi reconhecida e adotada, em seu Manual de Assistência Médico-Sanitária. No ano de 1975, com a publicação do trabalho de Wanda Horta “Sistematizando a atividade e traçando o paralelo com o processo de Enfermagem”, consolidou-se a incorporação da consulta.

Na década de 80, ocorreram alguns avanços para a Enfermagem, como a aprovação da Lei nº 7.498, em julho de 86, que, em substituição à defasada Lei nº 2.604 de 1955, trouxe novas disposições sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem {Alínea i, Inciso I, Artigo III}, publicada no DOU de 26/06/86 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, 08/06/87, legitimando a CE como atividade privativa da enfermeira (Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal - COREn –DF – 1994).

Campedelli, ao comentar sobre a questão legal, esclarece que:

[...] a legislação regulamentadora de uma atividade por si só não garante que ela seja legitimada. O que a legitima é o existir da atividade continuamente. Foi o que ocorreu com o processo da consulta de enfermagem; fez-se importante e legitimada em algumas Instituições de Saúde, antes da aprovação da lei do exercício profissional (2002, p. 17).

A partir dessa regulamentação, em 1986, é observada uma nova compreensão em relação ao desenvolvimento da CE. As enfermeiras passaram a executá-la como sendo uma ação independente e resolutiva, ou seja, deixa esse tipo de consulta de tomar como respaldo as funções delegadas e passa a ser um componente importante na assistência à saúde, exigindo, cada vez mais, habilidades do profissional, com vistas à representação junto ao usuário.

O crescimento populacional e a procura maior pelos serviços de saúde fizeram com que a assistência às mulheres e crianças necessitasse cada vez mais de pessoal capacitado. Por isso, na década de 80, muitos foram os eventos realizados em prol da formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos de enfermagem, como a determinação do Ministério da Educação (Parecer 163/72), que definia o novo currículo mínimo de Enfermagem no Brasil. Esse novo currículo contemplava três ciclos: pré-profissional, profissional e habilitação: enfermagem obstétrica, médica-cirúrgica e saúde pública (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

As autoras citadas anteriormente afirmam que a Enfermagem, desde o primeiro programa materno-infantil, permaneceu subutilizada até que no PAISM “se atribuíssem responsabilidades à equipe multiprofissional, não mais reforçando a hegemonia médica no fazer ou executar as atividades de proteção à saúde da

mulher” (TYRRELL; CARVALHO, 1993, p. 227). Todavia, o auxiliar de enfermagem tinha permissão para executar muitas das atribuições que seriam legalmente da competência das enfermeiras, como o seguimento de usuárias em uso de anticoncepcionais, o que coloca em risco a saúde e a vida de muitas mulheres frente à insuficiência do preparo formal desse profissional para tal atividade. A enfermeira é citada especificamente em duas situações: consultas clínicas e ginecológicas, onde deverá fazer indicação terapêutica e, no planejamento familiar, a enfermeira treinada poderia colocar e retirar o DIU, embora a Lei do Exercício Profissional (LEP) não permitisse tal ação (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

No final da década de 80, a CE passou a contribuir para a aplicação dos princípios finais da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, impulsionada, principalmente, pela Reforma Sanitária, que estabelecia a “saúde como um direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, cabendo ao Estado o dever de zelar por ela” (BRASIL, 1988, p. 133).

A década de 90 marca, segundo Moreira (1995), grande retrocesso em relação à saúde pública no país. O sucateamento da rede de serviços públicos de saúde chegou ao auge e a iniciativa privada passou a responder por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no país, contrapondo-se fortemente aos preceitos constitucionais, que previam a complementaridade do setor público pelo setor privado. A medicina passa a ser mais um comércio, perde sua autonomia para os planos de saúde e fomenta o surgimento da medicina de grupo, cooperativas de assistência médica, entre outros.

Assim, em defesa do Serviço Público de Saúde, no ano de 1992, acontece a IX Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco de mudanças políticas governamentais no campo das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a Enfermagem ocupa duas posições distintas em relação ao mercado que se apresenta: um grupo significativo de enfermeiras se especializa para atender às expectativas do mercado privado de saúde e outro, mais reduzido, investe no resgate da saúde pública no país, empreendendo esforços quase que individuais (MOREIRA, 1995. p, 30).

Dentre as investidas operacionalizadas por algumas dessas enfermeiras em prol da saúde coletiva, destacam-se aquelas em que a enfermeira assumiu seu

papel, através da CE, em uma determinada região ou comunidade, servindo de mediador entre essa e o sistema local de serviços de saúde, atuando com tecnologia simplificada e de baixo custo e tendo como foco principal a educação em saúde com ênfase no autocuidado. Nas instituições de saúde, passa a ser reconhecido o papel da enfermeira, a qual assume a CE mediante acordos formalizados com a equipe de saúde. Essa nova postura da Enfermagem, que defende e incentiva os serviços de saúde pública e a multidisciplinaridade, tendo como objetivo a manutenção da saúde humana, contribui para o fortalecimento da CE, no contexto da saúde coletiva (MOREIRA, 1995).

Outro marco para a CE ocorreu no dia 19/04/1993, quando o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da sua Resolução – 159/93, resolve no seu Art. 1º - “Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a CE deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem”.

Ainda nessa década, Campedelli, objetivando garantir as condições necessárias para o desenvolvimento da CE, verificou que, para sua consolidação, seriam necessários:

Reconhecimento pela Instituição da CE como atividade inerente à função da enfermeira; competência técnica da enfermeira quanto às condutas frente aos problemas detectados; respeito da equipe multiprofissional pelo papel da enfermeira nesta atividade; elaboração de um guia de orientação contendo as condutas, visando ao maior entendimento entre as equipes de saúde responsáveis por este tipo de atendimento e considerando as necessidades sentidas pelas enfermeiras executantes; adequação dos recursos humanos à realidade da Instituição; adequação na planta física de um espaço próprio para execução da CE: um consultório de enfermagem a fim de que a população possa identificar a profissional enfermeira; existência de um impresso específico que conste do prontuário do paciente; garantia de um sistema de avaliação que subsidie questionamentos, de forma a favorecer o desenvolvimento desta atividade; valorização do registro das intervenções com o objetivo de propiciar aos outros profissionais o uso deste para melhoria do atendimento; existência de um vocabulário próprio e uniforme, de forma a favorecer a comunicação entre as enfermeiras e outros profissionais da área de saúde; estabelecimento de critérios para selecionar os pacientes que necessitem de CE, bem como o agendamento de horários (CAMPEDELLI, 2002, p.25).

No ano de 2002, o MS, ao reestruturar os programas de atenção à tuberculose, à hanseníase e ao controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, não só garante a CE, como também elenca atribuições e competências da enfermeira, tais como: I. realizar CE, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando ao médico, quando necessário; II. solicitar, durante a CE, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; entre outros (BRASIL, 2006).

Ao realizarmos a busca bibliográfica sobre os antecedentes da consulta de enfermagem no controle do câncer cérvico-uterino e de mama, observamos que não há, explicitamente definido, como é realizado esse atendimento e também essa denominação.

Destaca-se o fato de que nos documentos oficiais publicados pelo MS não se tem clareza de que essa ação seja uma atividade da enfermeira, mas é citada como da equipe de saúde. Outro dado que nos chamou a atenção é que, na norma técnica publicada pelo MS (BRASIL, 1994), esse atendimento é caracterizado apenas como o exame da mama e a coleta do esfregaço cérvico-vaginal.

A partir da norma de 2006, surge a denominação de consulta de enfermagem como atribuição da enfermeira como podemos verificar abaixo:

Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2006, p. 21).

Destaca-se que esse atendimento é apresentado de forma sistematizada, porém incompleta, recomendando como etapas do atendimento: recomendações prévias à mulher para a realização da coleta do exame preventivo do colo do útero; organização do material, ambiente e capacitação da equipe de saúde; preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológicos – colo do útero; procedimento de coleta propriamente dito; conclusão do procedimento; envio do material ao laboratório; leitura do resultado/diagnóstico e tratamento. A avaliação das mamas por profissional treinado segue dois passos, a

inspeção visual e a palpação. Caso seja necessário, o profissional deve solicitar exames complementares, de acordo com as indicações (BRASIL, 2013).

Podemos afirmar que, a partir dessas normas, a denominação de CE no controle do câncer do colo do útero e mama apresentada é incompleta, fragmentada, com ênfase apenas nos órgãos sexuais femininos e na coleta do esfregaço cérvico-vaginal e solicitação de exames.

2.3 A consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Um novo modelo de atenção à saúde foi implantado com a regulamentação do SUS, realizada através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, na área de saúde. Esse modelo tem como princípios a descentralização dos serviços, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde e o controle social, ao mesmo tempo em que incorporou, em sua organização, o princípio da territorialidade, para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Seguindo essa linha de entendimento, o SUS, com objetivo de re-estruturar os serviços de saúde pública brasileira, implantou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, estratégia essa que seria estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família (PSF).

Em 1994, foi criado pelo MS, o PSF que foi inspirado em experiências de prevenção de doenças, por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, sendo essas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que são pessoas da própria comunidade, que atuam junto à população, sob a instrução e supervisão da enfermeira. O PSF surgiu como uma estratégia de implantação do SUS, com vistas à reorganização da atenção básica e teve como

aspecto marcante a possibilidade de agilizar, de forma efetiva, a descentralização dos serviços, para atender às reais necessidades de saúde da população. Assim, o PSF passa a assumir, pelo MS, um eixo estruturante da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2011).

O PSF, que hoje é conhecido como ESF, estimula a implantação de um novo modelo, em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são modificadas para o modelo de Unidades de Saúde da Família, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde, que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para tanto, utiliza o enfoque de risco como método de trabalho, o que tem favorecido o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação desses às necessidades apontadas pela população (BRASIL, 2011).

As Unidades de Saúde da Família, responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema, têm como equipe multiprofissional: um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e até doze ACS. Assim, têm como desafio o trabalho em equipe, com responsabilidade sobre o território, onde vivem ou trabalham em torno de 4.000 pessoas. A profissional enfermeira, integrante da equipe, no contexto da atenção básica de saúde, tem atribuições específicas que, entre outras, são: realizar CE, solicitar exames complementares, prescrevendo e transcrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e disposições legais da profissão (BRASIL, 2011).

Conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, são atribuições específicas da enfermeira das equipes de saúde da família realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo MS, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal. Assim, a realização dessas ações pela enfermeira deve estar inserida no contexto da CE, devendo essas ações serem respaldadas em protocolos assistenciais, aprovados pelas instituições de saúde, em consonância com os programas de saúde pública e normatizações das Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e MS (BRASIL, 2011).

Não podemos deixar de mencionar que, para a realização da CE, é necessário que o profissional utilize o processo de enfermagem. Esse é um

processo social intencional mediado pela linguagem (verbal e não verbal) e influenciado pelo tipo e qualidade das interações estabelecidas entre os exercentes da Enfermagem e o usuário. Durante essa interação humana, devem ser trocadas informações autênticas e pertinentes, que propiciem experiências perceptuais acuradas e significativas para ambos e que encaminhem, portanto, para um cuidado sensível, solidário e integrativo (COSTA, 2006).

Entender o processo de enfermagem como um processo social implica entendê-lo, também, como um processo de interação comunicativa. Assim sendo, a comunicação assume um papel vital no relacionamento entre a enfermeira e o usuário. Essa comunicação tanto pode ser expressiva, envolvendo os valores, crenças, atitudes, preocupações e necessidades dessa díade, quanto instrumental, envolvendo o conhecimento e a habilidade de ambos (ABRAHAM; SHANLEY, 1992).

Idealmente, para que o processo de enfermagem possa ocorrer, torna-se necessário que o usuário comunique (verbal e/ou corporalmente) disponibilidade para envolver-se, expressando suas expectativas, valores, crenças, atitudes, preocupações e ansiedades relativas à situação que vivencia e que participe ativamente na identificação de suas necessidades de cuidado, assim como na tomada de decisão acerca das metas pretendidas e dos caminhos para alcançá-las (NÓBREGA, 2009).

A consulta de enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, ela poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e se constituem nos determinantes dos perfis de saúde e doença (FRACOLLI; BERTAZOLLI, 2001).

Embora o programa de controle do câncer do colo do útero e mama envolva todos os níveis de atenção no seu cuidado, é importante ressaltar a relevância das ações preventivas e de detecção precoce concentradas na atenção básica. É na atenção primária, que se pode evitar o aparecimento da doença, por meio da intervenção em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco (GUIMARÃES et al., 2012).

Na detecção precoce do câncer do colo do útero, utiliza-se o exame citopatológico que é um método simples, que identifica lesões neoplásicas ou pré-

neoplásicas em mulheres assintomáticas, contribuindo para a detecção da doença em estágios iniciais. Esse tipo de exame também se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

As recomendações para detecção precoce do câncer de mama para mulheres assintomáticas são: o exame clínico das mamas anualmente para todas as mulheres acima de 40 anos de idade; mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames; exame clínico das mamas e mamografia anual para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos resultados (BRASIL, 2013).

De acordo com a agenda da mulher, o profissional – enfermeira ou médico – ao realizar a consulta de controle do câncer do colo do útero e da mama, deve utilizar um instrumento que contemple a história clínica e ginecológica da mulher (BRASIL, 2013). O registro dos dados coletados e das informações fornecidas permite o acompanhamento de saúde das usuárias e, ainda, fornece subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem de forma individualizada (OCHOA-VIGO et al., 2001; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

3 BASE TEÓRICA

3.1 O corpo da mulher como objeto de estudo

Nos últimos anos, a temática sobre o corpo vem despertando interesse no meio acadêmico, sobretudo, no domínio das ciências humanas. Historiadores, antropólogos, sociólogos, comunicólogos, filósofos, artistas e literatos têm mostrado como a diversidade de cultura e de contexto interfere na modelagem, criação e recriação de corpos. Percebe-se que o corpo é uma construção simbólica e não uma realidade em si, finita e natural (VIGARELLO, 2008).

As formas de ser homem e mulher têm-se incluído no que se pode denominar de uma construção social e histórica, devendo ser circunstanciada ao espaço e ao tempo, em que se manifestam.

Na Idade Média, a anatomia feminina era ignorada e interpretada como uma falha da natureza. O corpo da mulher era caracterizado como uma introversão do corpo masculino, inacabado e defeituoso (BERRIOT-SALVADORE, 1991; LAQUEUR, 2001):

A mulher, de humor mais frio e úmido, possui órgãos espermáticos mais frios e mais moles do que os do homem, e uma vez que o frio, como admitem os físicos, contrai e aperta, esses órgãos mantêm-se internos, como uma flor que, por falta de sol, jamais conseguiria desabrochar (BERRIOT-SALVADORE, 1991, p. 414).

Essa teoria dos humores serviu para justificar uma visão da natureza feminina, frágil e instável. A suposta fria umidade não permitiria, segundo o discurso científico, associá-la à razão, tal como era considerado o homem e que justificava o acesso desses às letras e às ciências (SUDO, 2004).

Durante o século XVI, esse pensamento sobre a mulher, enquanto um sexo inacabado, sofre uma mudança, a partir do questionamento de que, se elas foram criadas para gestar e parir, elas não poderiam ser entendidas como uma falha da natureza. A descrição anatômica do corpo interno e externo das mulheres faz com que elas passem a ser observadas. O discurso científico recorre à natureza para

justificar e legitimar o papel de cada sexo na sociedade, uma vez que ele estaria inscrito na própria natureza (SUDO, 2004).

Até meados do século XVII, as mulheres eram visualizadas pela medicina como portadoras de um mistério a ser desvendado, consideradas um tabu para os homens e para os médicos. A ciência buscava atrelar sua condição biológica a um conteúdo moral, que explicaria a natureza feminina e revelaria, tanto sua patologia quanto sua moral (DEL PRIORE, 1989).

Alguns autores, como Laqueur (2001) e Rohden (2001) esclarecem que foi a partir do desenvolvimento do estudo da anatomia, que esse conhecimento da “natureza” das mulheres e da função de cada sexo passou a influenciar o modo de pensar as suas diferenças, na ordem do mundo e da sociedade.

Especialidades médicas, como a ginecologia e a obstetrícia, surgem para explicar a “inferioridade” social da mulher, verificada e constatada com base na ciência. De acordo com Berriot-Salvadore (1991), a principal característica da preleção médica era a de servir a um discurso dominante da elite – jurídico, teológico, científico - para assegurar e justificar o papel social reservado às mulheres na família e na sociedade.

O tema do desenvolvimento de estratégias de disciplinarização do sexo aparece, de forma recorrente, em trabalhos como de Foucault (2003), Laqueur (2001), Rohden (2001), Vieira (2002), tendo como eixo norteador a normatização do corpo da mulher, através de códigos de comportamentos vigentes, estabelecidos por preceitos morais, sob a forma de normas médicas, jurídicas e religiosas subordinadas aos interesses do Estado.

Esse processo de medicalizar o corpo feminino teve sua origem no século XVI, com o surgimento do que viria a ser uma nova disciplina médica, a obstetrícia, cuja finalidade era legitimar o poder médico, a partir da expansão da assistência médica à gravidez e ao parto (SUDO, 2004).

Contudo, foi no século XIX, que o processo de medicalização do corpo feminino se consolidou embasado pelo discurso científico, que exalta a maternidade (VIEIRA, 2002). Aumentou-se, assim, a pressão para a necessidade de se ditar normas morais e públicas, a respeito das condutas e caráter, que a mulher deveria ter para ser uma boa mãe e preservar a harmonia do casal. Eram necessários os

conselhos dos especialistas, para ditar o que consideravam certo ou errado em relação às atitudes das mulheres (BERRIOT-SALVADORE, 1991).

Segundo Vieira (2002), a concepção de medicalização está particularmente associada a aspectos biológicos relacionados à reprodução humana, que ocorrem nos corpos das mulheres, desde sua capacidade de gestar, parir, culminando com a amamentação. A autora prossegue afirmando que, sob o pretexto de controlar a natalidade e a mortalidade, a medicina passou a se apropriar daqueles corpos, a partir da noção da existência de uma natureza biológica predominante na condição feminina “ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social” (VIEIRA, 2002, p. 49).

Por considerar a “natureza” feminina essencialmente maternal e reprodutiva, o discurso, que fundamenta a medicalização, entende a sexualidade da mulher como determinada por essas qualificações. Clavreul (1984) anuncia como o discurso médico é normativo, cuja ordem se impõe por si mesma. Essa ordem estaria presente em todos os aspectos da vida das mulheres, começando pelo nascimento, exames pré-natais e terminando com a morte.

Em relação ao processo de medicalização, que ocorreu no Brasil, Sudo (2004) atesta que esse teve seus contornos definidos no século XIX, quando os médicos-higienistas, influenciados, sobretudo, pelas medicinas francesa e portuguesa, passaram a gerir a vida dos homens, das mulheres e das crianças, criando normas e condutas de comportamento sociais e de ações.

3.2 O corpo como um espaço de intervenção dos profissionais de saúde

A medicina utilizou-se de uma tentativa de relativizar e discriminar os saberes e conhecimentos das “comadres” em relação aos seus corpos e suas doenças, que segundo Boltanski (1984), significa dizer que os médicos acreditavam serem os únicos representantes legais da medicina e os únicos investidos de direito para a sua prática.

O autor (1984) prossegue afirmando que os médicos estão constantemente se defrontando com essas práticas leigas da medicina. A medicina oficial estava

sempre em oposição à “medicina popular”. Boltanski (1984) demonstra que a história da medicina é realçada de confrontos constantes contra os preconceitos médicos do público, das práticas médicas populares, com o intuito de reforçar a autoridade médica e assim assegurar o seu monopólio diante desse conhecimento.

Apoiado num saber de caráter de cientificidade, a medicina formula normas para que a sociedade obedeça, nascendo, então “uma crescente oficialização da medicina pelo Estado” (ROHDEN, 2001, p. 24), tornando-se os especialistas da sociedade, diagnosticando os problemas sociais e suas soluções que consideram mais adequadas.

Dessa maneira, a medicina está inserida num contexto histórico-social próprio e que se constituiu num saber de poder, que atua diretamente sobre os indivíduos, ao regular, gerir suas vidas, seus costumes e seus hábitos e controlar suas ações “para que seja possível utilizá-los ao máximo, através de um sistema de aprimoramento gradual e contínuo de suas capacidades” (NUNES, 1982, p. 11). Autores como Vieira (2002) e Camargo Jr (1997), também, trabalham o conceito de medicalização como uma forma de transformar características da vida cotidiana do indivíduo em objetos da medicina, garantindo uma conformidade às normas sociais, intervindo na cultura e negando qualquer característica subjetiva (SUDO, 2004).

Esse saber médico, supostamente neutro e sinônimo de verdade, passa a ser decisivo nesse campo da sexualidade e da reprodução, principalmente no que se refere aos corpos das mulheres, que se tornam subordinados ao controle médico, acabando por produzir um controle disciplinador a um tipo necessário, para que não se perceba e se mantenha tal controle (FOUCAULT, 2003b).

Desse modo, conforme salientou Camargo Jr. (1997), o corpo surge como um espaço de intervenção e um monopólio médico. A ciência se impõe como um produto da veracidade e, assim, a produção de sentido acerca da saúde, em nossa cultura, passa a se ancorar nas concepções médico-científicas.

A ciência adquire, portanto, um valor de universalidade com um caráter de discurso de autoridade que pode supostamente elaborar enunciados sobre “a natureza, o universo e a ordem humana” (BIRMAN, 1997, p. 8), acima de qualquer suspeita, de questionamentos e servindo de fundamento aos argumentos políticos e

sociais para quem fala dele ou que se apoiam nesse discurso, a partir do momento que passam a circular no campo social.

Esse discurso médico, através de uma disciplinarização, de uma naturalização do corpo feminino, é o que Foucault (1985) denominou de “poder normalizador”, cuja função é adestrar e criar formas de comportamento e de indivíduos, regulando sua sexualidade e os aspectos morais. É esse “bio-poder”, que intervém e controla o corpo, de modo a torná-lo produtivo, propondo-se a gerir a vida da população, em particular das mulheres, a partir da construção de um discurso legítimo sobre a identidade feminina, baseada em suas características biológicas.

Esse caminho de reflexão foi percorrido por Foucault (2003b), ao ressaltar que o sexo e o corpo, hoje, como centro de dominação e poder, podem ser reelaborados como contra poder e emitir respostas “em forma de desafio”, no caso das mulheres, à dominação masculina, que resultou da tentativa de “fixar as mulheres à sua sexualidade”: “*Vocês são apenas o seu sexo*”, dizia-se a elas, há séculos. E este sexo, acrescentam os médicos, é frágil, quase sempre doente e sempre indutor de doença. ‘*Vocês são a doença do homem*’. E esse movimento muito antigo se acelerou no século XVIII, chegando à patologização da mulher: o corpo da mulher torna-se objeto médico por excelência” (FOUCAULT, 2003b, p. 234).

Essa nova especificidade médica (ginecologia), legitimada no século XIX, como “um campo de intervenção sobre a mulher, que ultrapassa em muito o simples cuidado dos órgãos reprodutivos” (ROHDEN, 2001, p. 48), tem, como objeto de estudo, a sexualidade e a reprodução feminina. O interesse no estudo das mulheres só foi possível graças às inovações técnicas como a assepsia, a antisepsia, a anestesia no campo da área médica e desenvolvimentos científicos, como a descoberta do raio X , princípios da pasteurização e outros, ocasionando uma nova mudança na mentalidade dos médicos. A ginecologia baseava-se nas experiências clínicas e da capacidade do médico em analisar e deduzir os problemas, nasceu como um campo específico da área cirúrgica, com uma visão particular da natureza feminina e como uma prática especializada nessa natureza (ROHDEN, 2001).

Rohden (2001) aponta que o nascimento da ginecologia veio legitimar ainda mais o papel social das mulheres voltado para as atividades no âmbito privado da

família, como mães e esposas e “na crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentais para a natureza da mulher do que para a do homem” (p. 38). A ginecologia tinha como principais características guardar a honra feminina e regular as manifestações, que ocorressem em seus corpos, a fim de preservar a maternidade.

No final do século XIX, houve um avanço significativo das mulheres no acesso à profissão médica, nos Estados Unidos e na Europa. Apesar de serem combatidas por médicos, que as consideravam inadequadas, para exercerem funções do mundo público, devido à fragilidade de seus corpos e de suas mentes, houve médicas que se destacaram, como Elizabeth Blackwell, Elisabeth G. Anderson, Sophia Jex Blake. Em contrapartida, alegavam que os médicos eram incapazes de tratar das doenças femininas, pela falta de conhecimento dos corpos das mulheres e que tinham uma atitude pouco humana no seu tratamento (ROHDEN, 2001).

Assim, essas mulheres-médicas passaram a questionar a noção de uma natureza feminina. Esse questionamento levou os homens a reverem seus discursos, investindo, ainda mais fundo, na definição da diferença entre os sexos e no determinismo biológico que traçaria o destino das mulheres (ROHDEN, 2001).

Em relação à entrada das mulheres na medicina no Brasil, Rohden (2001) confirma que essa também ocorreu no final do século XIX e salienta a importância desse movimento e de suas conquistas para as mulheres, apesar de ter acontecido com menos questionamentos do que ocorrera em outros países. Outra característica diferente, em relação a essa inserção, foi a concepção que se tinha “de que as mulheres seriam as profissionais adequadas para atender as outras mulheres e as crianças” (ROHDEN, 2001, p. 8), onde estivesse presente a questão sobre reprodução e infância.

Mas foi, sobretudo, no século XIX, que a medicina viu seu campo se expandir e adentrar o tema da higienização da sexualidade, tornando-se assunto de Estado. Datam do fim do século anterior e o início do século XIX, os livros dedicados a difundirem as técnicas elaboradas pela medicina sobre o cuidado com a educação das crianças, guias e dicionários. Temas como o nanismo, a divulgação da amamentação materna e a medicação das crianças eram recorrentes. Mudou-se o

objetivo da medicina: ela queria legislar também sobre as uniões, para melhor regular os corpos (SUDO, 2004).

A partir da segunda metade do século XIX, começaram a surgir impasses e mudanças nos papéis sociais conferidos aos homens e às mulheres, como observa Rohden (2001). A entrada das mulheres de classe menos favorecida, empregadas nas fábricas e a vontade, por parte das mulheres das classes abastadas de exercerem atividades fora do lar, abandonando o lugar, que até então lhes era assegurado com exclusividade: o lar e sua função social de mãe e esposa fizeram surgir uma voz, cada vez mais presente no espaço público, até então pertencente, praticamente aos homens, exigindo acesso à educação, engajamento nos debates públicos, reivindicando mais oportunidades e experiência sexual e maior autonomia (ROHDEN, 2001).

Esse movimento, como Fraise e Perrot (1991) descrevem, estava ligado à modernidade e às suas exigências intrínsecas de mudança e relacionado, também, aos comportamentos das próprias mulheres e ao seu desejo de ultrapassar os limites impostos ao seu sexo. Elas dedicam-se aos movimentos fora do espaço privado: viagens, ações sociais, sindicais ou grevistas. Essas mudanças começam, então, a ameaçar a ordem social estabelecida, desde o século XVIII, quando as mulheres estavam associadas e definidas pelos seus órgãos reprodutivos.

3.3 Tecnologia do cuidado

A palavra tecnologia deriva do substantivo grego *téchne* que significa arte e habilidade. Essa derivação revela que a tecnologia é uma atividade essencialmente prática, tendo o objetivo de alterar mais do que compreender o mundo. A tecnologia utiliza as formulações criadas pela ciência para criar implementos e aparelhos que façam a natureza obedecer ao homem (KOERICH et al, 2006).

A idéia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao 'saber fazer' e a um 'ir fazendo'. As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos que, necessariamente, não são materiais, duros, palpáveis, mas podem ser simbólicos (SILVA et al, 2008).

A industrialização trouxe consigo, além da modernização, o avanço tecnológico e a valorização da ciência em detrimento do homem e de seus valores. Os avanços tecnológicos também ocorreram na área da saúde, com a introdução da informática e do aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados que trouxeram muitos benefícios e rapidez na luta contra as doenças. Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para a solução de problemas antes insolúveis e que pode reverter em melhores condições de vida e saúde para o paciente (KOERICH et al, 2006).

Vivemos numa era tecnológica onde muitas vezes a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém equivocada na nossa prática diária, uma vez que tem sido concebida, corriqueiramente, somente como um produto ou equipamento. A temática tecnologia não deve ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente às máquinas. Entende-se que a tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas (MEHRY et al, 2002).

A tecnologia pode influenciar e modificar nosso modo de vida e determinar influências em diversos campos tais como o social, o econômico e o ambiental. “A tecnologia é empregada para controlar, transformar ou criar coisas ou processos naturais ou sociais”. Neste sentido, é capaz de determinar o estilo de vida de toda a sociedade, podendo, pois, ser entendida como um parlamento de coisas no qual formas de civilização alternativas são debatidas e decididas (SILVA; FERREIRA, 2009).

A tecnologia pode ser classificada de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego. Portanto, pode ser incorporada a mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo (tecnologia de processo). Assim, é um procedimento que envolve diferentes dimensões, do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos.

Desse modo, o conceito de tecnologia envolve saberes e habilidades que são distintas de equipamento ou aparelho. Na saúde a tecnologia pode ser compreendida como um saber estruturado aplicado com intencionalidade e

justificativa e que é capaz de produzir um resultado que satisfaça as necessidades individuais dos seres humanos.

As tecnologias na área da saúde foram agrupadas por MEHRY et al (2002) em três categorias a saber: a) **Tecnologia dura**: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) **Tecnologia leve-dura**: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) **Tecnologia leve**: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. Essas três categorias tecnológicas estão estreitamente inter-relacionadas de modo que o trabalho vivo em ato, ou seja, aquele produzido pelo profissional a partir do seu conhecimento, além de produzir tecnologias leves pode se desdobrar em tecnologias duras e/ou leve-duras (SILVA et al, 2008).

Nessa compreensão, a tecnologia não poder ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde. A tecnologia, portanto, permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo na construção do saber (e em sua própria expressão), ela se apresenta desde o momento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também, é resultado dessa mesma construção. Assim a tecnologia é ao mesmo tempo processo e produto. Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações entre os agentes, no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção.

Desse modo, é um espaço aberto à exploração de potências nele inscritas, em imanência com a ação de dispositivos disparadores de desvios para novas subjetivações e reinvenções do agir em saúde. (MERHY, 2002).

Neves e Vargens (2003) definem tecnologias de cuidado como sendo todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo profissional de saúde durante o processo de cuidado do paciente.

Segundo Bastos (2002), a tecnologia atua como legitimadora do ato do profissional de saúde e da instituição que a adota, passando até mesmo a ser utilizada como critério de avaliação de qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde. Há ainda a busca pela aquisição e incorporação de novas tecnologias exige avaliação minuciosa, considerando além dos custos e da eficácia do equipamento, a qualidade na assistência e adequação desta às necessidades dos usuários.

A tecnologia de cuidado na enfermagem assume características próprias, pois cuidar do ser humano é um processo dinâmico, não é possível generalizar e padronizar condutas, mas adaptá-las às singularidades e particularidades de cada indivíduo, respeitando-o em sua complexidade para que a assistência venha de encontro às necessidades dos usuários.

O cuidado humano é uma atitude ética em que se percebem e se reconhecem os direitos uns dos outros, e isto perpassa na forma de relacionar-se das pessoas, promovendo o crescimento e o bem-estar umas das outras. Assim, no cuidado humano existe compromisso, responsabilidade em estar no mundo e isto não significa deixar de intervir, significa apenas renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Exige inventar relações que propiciem a manifestação das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riqueza da única e complexa substância humana (ZOBOLI, 2004).

As tecnologias de cuidado de enfermagem são aquelas atitudes que permitem ao ser humano viver o seu processo de forma natural, sem a invasão de fatores estressantes ou pensamentos racionais ou sentimentos ruins, que significam um grande esforço (PROGIANTI; VARGENS, 2004).

Para o cuidado em enfermagem no controle do câncer do colo do útero e mama destacam-se as tecnologias leves, ou seja, tecnologias de relação, de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando a autonomização. O acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão e os técnicos da saúde deverão lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para diminuir o sofrimento da população.

O acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que as enfermeiras devem estabelecer com os usuárias. Sendo o acolhimento indispensável no processo de criação de vínculo e no próprio processo terapêutico, que deve visar a autonomização da usuária.

Por fim destaca-se o saber da enfermagem como tecnologia, associando esta ao modo moderno de viver, uma vez que vivemos em um mundo tecnológico. A concepção de tecnologia inclui os processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Elas podem ser veiculadas como artefatos ou como saberes e conhecimentos, sistematizados e com controle de cada passo do processo. A tecnologia, portanto, serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica. Pela tecnologia também se apresenta uma proposição ou explicação de um modo de fazer enfermagem (KOERICH et al, 2006).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da investigação

A pesquisa sobre a **“Proposta de uma tecnologia de cuidado de enfermagem solidário no controle do câncer do colo do útero e mama”** adotou procedimentos de investigação de natureza qualitativa, para abranger a complexidade do objeto de estudo.

Segundo Bardin (2011), a abordagem qualitativa funda-se na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem. Assim, essa abordagem permitiu alcançar os objetivos deste estudo por ser esta estratégia necessária aos propósitos de explicitar as situações vivenciadas pelas mulheres, durante a CE. A adoção do método qualitativo foi pertinente, uma vez que o foco de sua atenção está centrado no particular, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados.

Como destaca Turato (2005), a pesquisa qualitativa caracteriza-se, entre outras coisas, pelo foco nos processos, pelo caráter descritivo e explicativo de suas análises e pela centralidade do pesquisador na construção e análise das informações.

Segundo Flick (2009), a pesquisa qualitativa contém várias características específicas, assim, este tipo de pesquisa:

“parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano em relação ao estudo” (2009. p.16).

A pesquisa qualitativa facilita a interpretação e posterior análise temática dos dados a serem coletados, envolve a “abertura de horizontes e a apresentação de diretrizes fundamentais, que podem contribuir para o desenvolvimento do conhecimento”. (OLIVEIRA, 2002, p. 62).

4.2 O cenário

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que atua com a ESF, na qual duas enfermeiras realizam a consulta de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e de mama, em um município da Zona da Mata Mineira. Ele é considerado o quarto maior do estado, com uma população calculada de 526.706. Possui 276 estabelecimentos de saúde, sendo 94 públicos. Dentre os estabelecimentos públicos, 84 são municipais e desses, 58 são unidades de atenção primária à saúde distribuída nas oito regiões administrativas da cidade. Há 43 UBS, na região urbana e 15 na região rural, e 34 atuam com a estratégia de saúde da família, totalizando 86 equipes (em média três mil habitantes por equipe), equivalentes a 56% da população coberta pela ESF e 79% pela APS (IBGE, 2013).

A Unidade de Atenção Primária à Saúde onde foi realizada a pesquisa foi inaugurada no dia 20 de março do ano de 2012, devido à estruturação desta Unidade ser uma demanda antiga da comunidade. Conta com a assistência de duas equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF) onde possuem (5) consultórios para atendimentos diversos, como odontológico, ginecológico, médico e de enfermagem. O espaço contém uma sala de procedimentos básicos como, nebulização, aferição de pressão arterial, injeção e glicemia, há também uma sala para a realização de curativos, uma para coleta de sangue, sala de vacina, central de marcação de consultas, farmácia, sala para os ACS, centro de material esterilizado, expurgo, depósito de material de limpeza, sala de espera, um anexo onde são realizados grupos educativos, três almoxarifados (medicamentos, impressos e materiais), dois vestiários e dois banheiros adaptados para portadores de deficiência, além de estacionamento para os funcionários.

A equipe é composta por vários profissionais de saúde, dentre eles, (2) médicas, (2) dentistas, (2) enfermeiras, (2) auxiliares de enfermagem, (11) ACS. Para auxiliar na manutenção das atividades a prefeitura tem um convênio com uma empresa que fornece para a unidade os serviços de: (2) vigia, (1) recepcionista, (1) telefonista (central de marcação de consultas) e (1) serviços gerais.

4.3 As participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa foram mulheres maiores de 18 anos, que procuraram o atendimento na UBS, para a consulta de enfermagem no controle do câncer do colo do útero e da mama. Um dos critérios de inclusão foi ter realizado anteriormente no mínimo uma consulta com uma enfermeira e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, no momento em que estavam aguardando a consulta na UBS e foram esclarecidas sobre seus objetivos e sobre a estratégia da consulta. Das mulheres abordadas, apenas uma se recusou a realizar a consulta por indisponibilidade em aguardar o atendimento. Após a concordância, foi realizada, juntamente com a pesquisadora, a leitura do TCLE (Apêndice B) e oferecido para a sua assinatura.

Participaram do estudo foram mulheres com idade de 20 a 67 anos, com média de 43 anos. O tempo de estudo variou de 4 a 11 anos, com maior incidência em onze anos de estudo (35%) o que equivale ao segundo grau completo. Todas as outras mulheres estudaram, no máximo, até 8 anos de estudo, sendo a maioria destas (5 mulheres) estudaram 4 anos, o que equivale a 4ª série primária.

A ocupação/profissão das participantes da pesquisa foi diversificada, sendo 05 do lar e 05 relataram ser atendentes/balconistas. Outras profissões foram identificadas como: domésticas (2), babá, costureira, manicure, comerciante e secretária. Havia ainda 01 aposentada e 02 desempregadas.

A maioria das mulheres (60%) era casada ou possuíam união estável, seis eram solteiras e duas eram divorciada e separada.

De acordo com as informações coletadas no instrumento para coleta de dados (Apêndice C) e pelo diário de campo preenchido pela auxiliar da pesquisa, foi verificado que todas as mulheres preencheram os dados contidos no prontuário sobre sua história sexual e reprodutiva. Quando a participante sentia necessidade ou não compreendia como deveria ser preenchida a ficha ela perguntava a enfermeira auxiliar de pesquisa que a orientava de acordo com a necessidade de cada uma.

Na estratégia de atendimento utilizada na pesquisa, inicialmente foi idealizado que a participante desenhasse seu próprio corpo após o preenchimento da ficha.

Esta proposta se deve ao objetivo de avaliar a percepção da mulher sobre o corpo e também a pensar e a aprofundar o conhecimento e a reflexão sobre si mesma (MERIGHI et al., 2002). Porém, apenas seis participantes concordaram em fazer o desenho do corpo demonstrando que esta proposição não foi adequada enquanto uma das etapas da estratégia em estudo.

Todas as mulheres utilizaram o avental descartável para realizar o exame da mama e cervicovaginal.

O exame clínico das mamas foi efetivado pela grande maioria das mulheres (95%) que se prontificaram a realizar a inspeção dinâmica e a palpação de suas mamas.

A posição adotada no momento do exame ginecológico foi sentada e elas relataram ter se sentido confortável nesta posição.

Do total das participantes apenas 02 mulheres (10%) colocaram o espéculo em seu canal vaginal e nenhuma quis retirá-lo.

A maioria das mulheres (80%) aceitou olhar sua vagina e seu colo de útero no espelho, porém nem todas que aceitaram se olhar neste espelho fizeram o toque vaginal na consulta (50%).

4.4 Instrumentos e coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2012 e de março a maio de 2013, em dois momentos distintos. O primeiro momento consistiu na realização da CE com a colaboração de uma enfermeira auxiliar de pesquisa. A referida auxiliar ministra o ensino prático de CE na prevenção do câncer do colo do útero e mama há 18 anos em uma Faculdade de Enfermagem, na disciplina de Saúde da Mulher de uma Universidade Federal. Além da enfermeira auxiliar de pesquisa, contamos com a presença durante a consulta de uma estagiária de enfermagem, a fim de que não houvesse nenhum tipo de constrangimento para a mulher ou para a auxiliar da pesquisa. A enfermeira realizou a consulta na estratégia proposta para essa investigação e, após a consulta, preencheu o instrumento (Apêndice C), que registrou a participação da mulher em cada etapa do atendimento. Foi utilizado também um diário de campo preenchido pela auxiliar da pesquisa, que relatava,

após a realização da consulta, os aspectos relacionados à participação e reações da mulher, durante o atendimento. Dessa forma, as reflexões, observações, impressões e sentimentos dos pesquisadores tornaram-se dados, constituindo parte da interpretação (FLICK, 2004).

O segundo momento da pesquisa consistiu na entrevista semiestruturada (Apêndice D) realizada pela pesquisadora na qual o roteiro era composto por perguntas abertas, permitindo ao informante explicitar opiniões e argumentos, além de ter proposto o desdobramento de questões que possibilitaram descobertas e a compreensão do objeto de estudo sob a ótica do informante (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram realizadas com as mulheres participantes, após a consulta de enfermagem, na própria UBS, em uma sala silenciosa e tranquila e era oferecido um lanche fornecido pela pesquisadora e, logo em seguida, eram entrevistadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas com a anuência das participantes. O material produzido na pesquisa será arquivado pela pesquisadora, por cinco anos e após esse tempo serão incinerados.

4.5 Análise de dados

Os dados foram provenientes das vinte entrevistas, do instrumento que registrou a participação da mulher em cada etapa do atendimento e das anotações do diário de campo. A fala das mulheres, enquanto participantes do processo de atendimento, foi decisiva para o avanço e aprofundamento da investigação. A análise das informações ocorreu concomitantemente à fase de coleta e foi realizada após a transcrição das entrevistas.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e agrupadas por convergência de conteúdo. Assim, elas foram lidas várias vezes, resultando em 02 unidades temáticas, que apareceram, através da repetição de conteúdos nas falas das mulheres entrevistadas, sendo agrupadas e analisadas, através da análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011).

Para a referida autora, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa social utilizada para realizarmos uma descrição objetiva das informações das participantes, tendo como meta a interpretação desses discursos. Para tanto, a

análise de conteúdo foi desenvolvida em três fases: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento e interpretação dos dados.

A pré-análise, segundo Bardin (2011), corresponde à organização dos materiais. Nesse momento, foram operacionalizadas e sistematizadas as ideias iniciais dos materiais coletados; momento esse em que foi realizada uma leitura flutuante e, em seguida, escolhidas falas mais impactantes/importantes, após exaustiva leitura das entrevistas transcritas.

Na fase de exploração do material, foram decodificadas e enumeradas as unidades temáticas. Essa fase consistiu na operação de codificação. Foram necessárias, portanto, a classificação e agregação dos dados, ou seja, a transformação de dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Após essa etapa, passou-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011).

E, por último, no tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados, foi realizada a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, que serviu de base para a escolha das unidades temáticas.

Minayo (2008) considera que “[...] uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.” (p. 209). Foram destacadas as recorrências, tendências e pontos de convergência nos discursos das mulheres para formar as categorias e subcategorias temáticas.

4.6 Aspectos éticos

Esta investigação seguiu rigorosamente os preceitos da Resolução nº 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres, que dizem respeito à comunidade científica, às participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2011b). Dessa forma, foram assegurados os direitos e deveres do pesquisador e das participantes da pesquisa.

Conforme essa resolução, na pesquisa direta ou indireta envolvendo seres humanos, sempre haverá algum risco. Esta pesquisa está classificada como de risco mínimo, pois envolve, como modalidade de apreensão dos dados, a entrevista, o questionário e o diário de campo.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob o parecer nº325/2011, em 24 de abril de 2012 (ANEXO A).

Foi garantido o anonimato das mulheres participantes do atendimento e a recusa, além da interrupção de sua participação a qualquer momento, assim como foram respeitados valores e costumes das participantes da pesquisa. Para garantir o anonimato, foram escolhidos o pseudônimo de flores, a critério das participantes. No caso da escolha repetitiva de uma flor, era solicitada a escolha de outra, evitando-se a repetição. A escolha pelo pseudônimo de “flores”, para nominar as participantes foi sugerida por considerar a beleza de cada flor e o desabrochar das entrevistadas, demonstrado pela alegria ao se deparar com o conhecimento do próprio corpo ao participar da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Adotando a análise de conteúdo de Bardin (2011), apresentamos 02 unidades temáticas que evidenciamos na presente investigação: a) A desapropriação do corpo feminino e b) A enfermagem solidária através da estratégia de consulta.

5.1 A desapropriação do corpo feminino

A estratégia da pesquisa consistiu em uma oportunidade de troca de informações entre o profissional de saúde e a usuária, através do conhecimento do corpo como elemento central para a saúde e no sentido de compartilhar a informação.

Identificamos nas entrevistas que a estratégia alcançou este objetivo e proporcionou às participantes uma descoberta sobre seu próprio corpo:

“Eu não conhecia propriamente o meu corpo, principalmente meu colo de útero, aonde sai o neném, aonde era o lugar de fazer xixi, porque pra mim era onde fica a vagina” Rosa de Sharon

“Eu gostei, porque assim eu não conhecia a vagina, porque para mim a vagina era só essa coisa por fora, para mim seria isso” Tulipa

As mulheres desconhecem o seu próprio corpo e a possibilidade de conhecê-lo no processo do atendimento ofereceu uma oportunidade que até então não havia experimentado. O papel da consulta foi de oferecer uma oportunidade para a compreensão conjunta daquele corpo em particular, com sua história e suas características (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Nas últimas décadas, o movimento de mulheres tem chamado a atenção às questões do corpo e da saúde e na luta pelo reconhecimento da condição da mulher enquanto cidadãs e capazes de decidir sobre suas próprias vidas. No Brasil, a partir do início da década de 80, o movimento tem tido um papel fundamental na crítica dos modelos de atenção à saúde e na proposição de alternativas, demonstrado na formulação e luta pela implementação do PAISM. O conceito de integralidade

proposto no PAISM reivindicava a atenção para todas as fases da vida da mulher e às dimensões sociais e psicológicas da saúde.

As propostas trazidas pelo movimento foram fundamentais no questionamento da prática médica convencional e no estímulo a uma reflexão crítica sobre o papel dos serviços de saúde na manutenção da subordinação das mulheres (BARSTED; PITANGUY, 2011). No entanto, o que se observa no cotidiano da atenção básica é a continuidade e prevalência do modelo tradicional de atendimento às mulheres.

Sob o pretexto de controlar a natalidade e a mortalidade, a medicina passou a se apropriar dos corpos femininos e a elaborar ideias que visem à intervenção neste corpo como estratégia social (VIEIRA, 2002). Como resultado, as atividades voltadas para o controle do câncer de colo de útero e de mama se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações e a falta de adesão das mulheres.

A estratégia utilizada na pesquisa demonstra que é possível romper com este modelo e que ele proporciona maior conhecimento da mulher sobre o próprio corpo que até então era desconhecido. Destaca-se o fato de que todas as entrevistadas não estavam sendo atendidas pela primeira vez e não tiveram antes a oportunidade de se conhecer. Deste modo, conforme salientou Camargo Jr. (1997), o corpo feminino permanece como um espaço de intervenção e um monopólio dos profissionais de saúde.

A enfermeira, ao realizar o exame para controle do câncer do colo do útero e mama oferece a devida explicação do procedimento, da sua importância, e ainda pode promover um maior conforto físico e psicológico. Porém esta realidade pode ser determinada e agravada pelas experiências vivenciadas em consultas anteriores em que não havia espaços suficientes de reflexão para as mulheres incorporarem e analisarem o seu mundo emocional e afetivo, bem como os processos de autoconhecimento e empoderamento.

Assim, percebemos nas falas das mulheres um desconhecimento capaz de, ao mesmo tempo, causar nojo e repugnância do seu próprio corpo:

“Horrível, horroroso, ridículo” Flor do Caribe

“Muito estranho, feio, ai muito estranho... troço nojento” Angélica

A forma como a enfermeira atende a mulher é determinante para proporcionar a apropriação do próprio corpo. Representa reapropriar a mulher deste corpo tornando-a sujeito e protagonista da assistência, socializar as informações, escutá-las em suas necessidades e interesses e aproximar a enfermeira da usuária. Desta forma, a enfermeira compreenderá as atitudes que as mulheres têm em relação à sua saúde e proporcionará à usuária conhecimentos que tradicionalmente tem sido negado às mulheres.

5.1.1 O corpo como propriedade da equipe de saúde

O processo de medicalização teve seus contornos definidos no Brasil no século XIX onde os médicos-higienistas, influenciados, sobretudo pelas medicinas francesa e portuguesa, passaram a gerir a vida dos homens, das mulheres e das crianças, criando normas e condutas de comportamento sociais e de ações.

Estas normas e condutas, apoiado num saber de caráter de cientificidade, faz com que a sociedade obedeça, nascendo, então a oficialização da medicina pelo Estado tornando-se os especialistas da sociedade, diagnosticando os problemas sociais e suas soluções que consideram mais adequadas.

Percebe-se nas falas das entrevistadas como estas normas e condutas ainda estão arraigadas na sociedade:

“Ela perguntou se eu queria colocar, mas eu falei que não” Palma

“Ai ela perguntou você não quer colocar? Ai eu falei não quero não! Ai ela mesma que colocou. Fique sem graça, porque eu tinha certeza que ia ficar nervosa e não ia conseguir, eu ia me travar entendeu? Eu não ia conseguir” Orquídea

A disciplinarização da naturalização do corpo feminino que Foucault (2003b) denomina como “poder normatizador” tem como função adestrar e criar formas de comportamento e de indivíduos, regulando sua sexualidade e os aspectos morais. Assim, quando se está em um ambiente de saúde os aspectos morais devem ser

respeitadas e obedecidas as normas através de uma disciplinarização. O corpo da mulher está nas mãos dos profissionais da saúde que não somente detêm o conhecimento sobre ele e ensina as normas que devem ser cumpridas.

A medicina utilizou-se de uma tentativa de relativizar e discriminar os saberes e conhecimentos das “comadres” em relação aos seus corpos e suas doenças, que segundo Boltanski (1984) significa dizer que os médicos acreditavam serem os únicos representantes legais da medicina e os únicos investidos de direito para a sua prática. Deste modo, a ciência se impõe como um produto da veracidade e, assim, a produção de sentido acerca da saúde em nossa cultura passa a se ancorar nas concepções médico-científicas.

A mulher vive um silêncio solitário e em casa escondida, abrigada, protegida, até teria coragem para se tocar. Resguardada no espaço privado, ela se permite conhecer:

“[...] eu tenho um espelhinho pequeno lá em casa, eu pego e abro bem as minhas pernas e olho para eu ver se está tudo normal, eu olho, igual o da mama, eu tenho um espelho no banheiro... eu levanto o braço e assim olhando lá no espelho... , ao menos uma vez por mês eu faço isso” Violeta

Apropriando de Laqueur (2001) quando afirma que tudo que se produz sobre o corpo e o sexo contém em si uma reivindicação sobre gênero, observamos que há um corpo construído que produz e reproduz significados. Desconstruir o desconhecimento do próprio corpo pelas mulheres é entender que o sujeito não é um simples “receptor de normatizações, mas ele participa ativamente” (VENSON, FÁVEN, 2007. p.27).

Desde modo, na estratégia de atendimento, identificamos que a enfermeira foi capaz de proporcionar à mulher um autoconhecimento a partir do toque e visualização do seu próprio corpo. Como percebemos nas falas a seguir:

“Foi muito diferente mais muito legal, porque ninguém nunca tinha oferecido, nem falava olha aqui como é que é não. Antes ela me mostrou fora, com a mão dela, ela falou agora faz você, ai eu fiz toquei, não assustei, não senti dor” Rosa

“[...] ela pediu que eu colocasse o dedo lá dentro para achar onde que é o útero..., ai eu levantei mais a perna enfiei o dedo lá dentro e

senti, muito bacana né. Senti lá dentro macio e redondinha. Pode de vez em quando olhar se tiver algum problema diferente lá dentro no colo do útero” Flor do Campo

O medo, a vergonha e o silêncio impedem a aproximação com o próprio corpo dessas mulheres. Tocar o corpo feminino é cercado de vergonha, medo e até mesmo de dor. Mas esta possibilidade no atendimento foi vivenciada como uma surpresa, uma “boa experiência”. Cada uma tem uma experiência singular em seus corpos que as fazem mulheres. Para Michel Foucault (2003), o discurso tem materialidade, produz efeitos. Essas mulheres aprenderam a desconhecer seu próprio corpo em um cotidiano de segredo e vergonha.

Uma situação que chamou a atenção foi o fato da maioria das mulheres entrevistadas não aceitarem colocar o espéculo, evidenciada nas seguintes falas:

“Sobre o bico de pato eu achei melhor a enfermeira colocar do que eu própria colocar porque eu me senti mais segura... ela colocando porque eu relaxo mais, eu me sinto mais confortável com outra pessoa colocando do que eu colocando” Rosa de Sharon

“Eu não coloquei não, fiquei com vergonha, ela colocou para mim. Porque eu fiquei com vergonha é porque eu faço mais eu não to acostumada porque ela foi diferente entende?” Flor do Campo

Foucault (2003) salienta que os corpos das mulheres, historicamente subordinados ao controle médico, tornam-se disciplinados, e se constituem em um espaço de intervenção e um monopólio do profissional da saúde. Colocar o espéculo significa para as mulheres usufruir da autoridade do profissional, assim as mesmas se sentiram incomodadas com esta mudança proposta.

Vieira (2002) afirma ainda que a concepção de medicalização está particularmente associada a aspectos biológicos relacionados à reprodução humana que ocorrem nos corpos das mulheres, desde sua capacidade de gestar, parir, culminando com a amamentação. A medicina apropria-se através de uma racionalidade moderna e científica, que visa ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social.

O saber construído sobre a mulher, um saber fragmentado, onde o corpo é concebido como objeto de manipulação e ganha importância na medida em que

pode ser devassado pelo olhar e pelo fazer de quem “sabe” como tratá-lo, bem como daqueles que o utilizam para “treinar” esse olhar e esse fazer. Entretanto, o processo de construção deste saber não se revela como algo maquineísta, uma vez que o trabalho do profissional de saúde se limita a realizar isto e não outra coisa, não é sua função fazer algo diferente, ou seja, se preocupar com a dor do cliente, seus conflitos, medo de ficar internado, suas angústias (FOUCAULT 2003b).

Assim, também durante a consulta de enfermagem para o controle do câncer do colo do útero e mama a maioria das participantes se comportou de forma passiva, obediente, assustada, sem entender o que realmente está acontecendo com sua saúde em virtude da não participação do atendimento, além da dificuldade de entendimento da linguagem utilizada, que na maioria das vezes, é predominante a utilização de termos técnicos.

Nesta pesquisa evidenciamos uma forma de cuidar na enfermagem, na qual o saber do profissional caminha ao lado do saber e da experiência da mulher adquiridas ao longo da vida. É valorizada a experiência das pessoas, abrindo mão de uma postura arrogante, de profissionais que pensam que detém o poder à partir de um único conhecimento (MERIGHI et al., 2002).

5.2 A enfermagem solidária através da estratégia de consulta

De acordo com Figueiredo et al (2007), a enfermeira que atua na ESF necessita ter uma formação política, humana, técnica e cultural que lhe permita desenvolver competências indispensáveis a um exercício profissional responsável, autônomo e ético. A enfermeira para atuar no sistema de saúde atual, desempenhando ações na ESF, precisa se tornar um profissional acima de tudo crítico, cidadão, preparado para aprender e criar, a propor e a construir (BRASIL, 2001). Neste sentido apresentamos como as mulheres reagiram frente ao atendimento recebido, o que denominamos de uma consulta de **enfermagem solidária**:

“Nem todo mundo trata a gente assim, deixa a gente super à vontade e conversa. Nem todo mundo conversa, deixa a gente à vontade, quer explicar para gente essas coisas que ela explicou. Ela ficou explicando sobre o colo, eu nunca tinha visto assim por baixo, eu nunca tinha tido a curiosidade aí ela colocou o espelho e tudo, explicou e tudo direitinho e mostrou” Bromélia

“...tá ótimo, se for da forma antiga a gente nem volta mais né” Copo de Leite

As falas demonstraram um contentamento das usuárias com o atendimento, com relatos de alegria e de desejo de fazer novamente da mesma forma, demonstrando a importância de uma atuação diferenciada da enfermeira com as mulheres no controle do câncer do colo do útero e mama. Uma atuação com envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar (FERREIRA, 2009).

O sentimento de tranquilidade na CE proporcionou às usuárias uma maior aproximação desta com a enfermeira, estabelecendo uma relação menos desigual, de confiança e conseqüentemente fortalecendo o vínculo para um atendimento de qualidade:

“Muito mais tranquilo... Agora me sinto mais tranquila” Rosa

“Fiz, toquei, não assustei, não senti dor” Begônia

Percebemos claramente como a medicina, inserida num contexto histórico-social próprio se constituiu num saber de poder que atua diretamente sobre os indivíduos, ao regular, gerir suas vidas, seus costumes e seus hábitos e controlar suas ações. Assim, através das falas das entrevistadas percebemos o desconhecimento do próprio corpo, delegando o domínio ao profissional da saúde, mantendo a subordinação das mulheres e a desapropriação do próprio corpo. Autores como Vieira (2002a) e Camargo Jr (1997) reafirmam o conceito de medicalização como uma forma de transformar características da vida cotidiana do indivíduo em objetos da medicina, garantindo uma conformidade às normas sociais, intervindo na cultura e negando qualquer característica subjetiva.

A medicina adotou essa concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao se

concentrar em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive (BRASIL, 2009).

É necessário incorporar ao atendimento o enfoque de que a mulher é um ser social, que “compreenda a sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violência, cujas marcas das desigualdades social, econômica, cultural, de gênero e de raça são reveladas no seu processo de viver, adoecer e morrer” (BARSTED; PITANGUY, 2011, p. 185). Há de se considerar a premência de rever a assistência típica que vem sendo prestada às mulheres na consulta de enfermagem no controle do câncer de colo de útero e de mama, pois o desempenho da enfermeira tem se guiado principalmente por orientações técnicas governamentais condensadas em manuais técnicos de orientação. Assumir uma assistência baseada na estratégia da investigação poderá contribuir para maior adesão e satisfação das mulheres com o atendimento, além de proporcionar um momento para o autoconhecimento e promoção da saúde da mulher.

O MS recomenda um atendimento à mulher na consulta de rastreamento do câncer do colo de útero e da mama padronizado em manuais e normas que apresenta um enfoque voltado para um atendimento que se baseia no modelo biomédico, com maior valorização da técnica, em detrimento da autonomia da mulher neste momento.

Na estratégia proposta no estudo a enfermeira realiza consulta de enfermagem na qual a mulher tem autonomia sobre seu próprio corpo e a consulta se consolida de forma completa e não fragmentada como é preconizado pelo MS.

“Eu achei esse método de preventivo que eu fiz hoje bem melhor. Geralmente nos outros eu estava tensa, estava nervosa, eu já ia para aquela maca ali tremendo, com a mão suando Depois fui conversando ai. Eu nunca tinha feito um preventivo que eu cheguei a vê o colo do meu útero, o exame feito eu achei bem mais interessante... e hoje eu vi que dá pra gente vê” Orquídea

“Aprendi coisa que eu não sabia... É bom a gente se olhar no espelho, se conhecer” Violeta

É fundamental romper com a assistência típica e introduzir ações na perspectiva da integralidade, no sentido de focar, além dos aspectos físicos do

corpo, aspectos psicológicos e de compreensão do meio em que vive a mulher, da cultura, dos aspectos econômicos e sociais, o que pode remeter a uma relação mais igualitária. Inclusive, vale repensar práticas concernentes ao acolhimento, ao diálogo e à maneira como os profissionais tocam nessas mulheres na consulta de controle do câncer do colo do útero e mama, visto que muitas percebem a forma como o profissional as “toca” como um sinal de confiança (ou não), e com isso sentem-se mais tranquilas (ou não) para realizar a adequada prevenção (THUM et al., 2008).

Identificamos nesta pesquisa a aceitação das participantes quanto à estratégia proposta. Os sentimentos relatados frente ao atendimento corresponderam à sensação de calma, tranquilidade, menos dor, vergonha e medo:

“Hoje não!, estou tranquila, nem to tremendo. Geralmente eu fico nervosa, antes de entrar para sala eu estava, todo preventivo é assim... preventivo é um negócio assim muito incômodo” Orquídea.

“Ah me sentindo bem... eu estou me sentindo até mais leve, depois desse exame de hoje, porque foi um exame bem feito néh, não foi aquele exame que foi corrido, eh que só chegava e troca a roupa e ir lá colher material, e sabe esse foi legal porque foi uma coisa feita com calma com privacidade” Violeta.

É necessário para que o processo de enfermagem ocorra que a usuária comunique (verbal e/ou corporalmente) disponibilidade para envolver-se, expressando suas expectativas, valores, crenças, atitudes, preocupações e ansiedades relativas à situação que vivencia, e que participe ativamente na identificação de suas necessidades de cuidado, assim como na tomada de decisão acerca das metas pretendidas e dos caminhos para alcançá-las.

Na fala a seguir, percebe-se o quanto é necessário uma estratégia diferenciada para a identificação das necessidades da mulher. A dor aparece como uma maneira de manifestar a insatisfação da usuária com a forma de atendimento recebida no cotidiano:

“Não fiquei com aquela coisa de sair daqui com a perereca toda doendo, porque nossa nos outros preventivos, assim eu nem sentava igual eu fiquei agora, dóia mesmo” Girassol

Percebe-se nas falas das entrevistadas que a consulta de enfermagem solidária, foi capaz de oferecer um atendimento que considera as necessidades e especificidades da mulher, um atendimento delicado e até mesmo indolor, gerando tranquilidade, sem medo e vergonha. Um atendimento que pressupõe escuta, atenção à mulher como sujeito, que tem direito à informação, que pode e deve ser administradora de sua saúde.

5.2.1 O preenchimento da ficha pela mulher

A consulta de enfermagem é um momento de encontro entre o ser humano e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, ela poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e constituem-se nos determinantes dos perfis de saúde e doença (FRACOLLI; BERTAZOLLI, 2001).

De acordo com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), a relação profissional-cliente envolvida em um clima de empatia e confiança torna-se fundamental para garantir a adesão aos programas de prevenção de doenças de forma tranquila, uma vez que as relações de acolhimento e de vínculo promovem o respeito à dignidade humana.

A confiança é considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, que permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e relações, com consequências que afetam tanto a sua trajetória quanto a daqueles com os quais interagem. As emoções e os sentimentos existentes entre as pessoas se constituem em parte importante das relações entre elas e, conseqüentemente, influem diretamente na construção da confiança, visto que investimentos emocionais são feitos por ambas as partes (XAVIER; TERRENGUI, 2006).

Um das técnicas abordadas nesta consulta à mulher foi a utilização de uma ficha de atendimento auto preenchida com o objetivo de proporcionar conforto à mulher ao responder questões relacionadas aos antecedentes familiares, pessoais e obstétricos, história sexual e reprodutiva:

“Ah é bem melhor, é porque você não fica constrangida de responder as perguntas que está ali, você vai escrevendo e acabou já, é tipo assim, quantos parceiros você já teve?” Rosa

“A gente fica mais a vontade, porque a pessoa fica perguntando, perguntando, a gente fica com um pouco de vergonha aí a gente responde até mentira” Bromélia

As principais causas da resistência das mulheres ao realizar a consulta para o controle do câncer do colo de útero e de mama estão relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres realizem o exame (INCA, 2008). Através desta estratégia na qual todas as mulheres preencheram a ficha, percebemos que as mesmas relataram menor constrangimento, permitindo um momento de reflexão com ela mesma (BARSTED; PITANGUY, 2011). Este modelo de ficha proporcionou um levantamento das informações mais fidedignas, menor risco de omissões e também o compartilhamento de responsabilidade, com maior qualidade uma vez que deixou as mulheres menos constrangidas, nervosas e envergonhadas, além de se sentirem menos expostas quando eram questionadas.

A percepção de mundo de cada pessoa é influenciada por seus valores, sua cultura, sua raça, suas experiências vividas, suas crenças, suas expectativas de vida e ideias preconcebidas e construídas ao longo de sua vida. Este modo de ser, viver, sentir e perceber o mundo traduz-se nos comportamentos observáveis de um indivíduo ou de uma coletividade ante as diversas situações cotidianas, entre elas as que envolvem o processo saúde-doença (BARSTED; PITANGUY, 2011).

Jorge et al (2011) acrescentam que o profissional de saúde, ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, propicia melhores condições de trabalho para os profissionais e a conquista de melhor qualidade de atendimento à saúde da usuária, além de estimular a criação de vínculos e conseqüente adoção de medidas preventivas e de tratamento.

5.2.2 A estratégia de consulta: o empoderamento da mulher

A enfermeira ao assistir à mulher na consulta deve considerar os aspectos técnico, ético, articulando liberdade, responsabilidade e compromisso com as usuárias enquanto sujeito ativo da assistência e na dimensão dialógica visando à promoção da saúde.

As ações educativas propõe a adoção de uma nova atitude da enfermeira que deve estar atenta à percepção que a usuária tem do atendimento, pois enquanto para a profissional significa um procedimento de fácil realização, para muitas mulheres é sinônimo de medo, vergonha, ansiedade, sentimentos que podem ser minimizados com o estabelecimento de uma amistosa relação terapêutica durante a ação educativa prévia à coleta do exame papanicolaou (XAVIER; TERRENGUI, 2006).

Percebe-se ainda na fala das entrevistadas a importância da troca de conhecimento nesta consulta:

“Aprendi coisa que eu não sabia. Ela me explicou como detectar o caroço. É bom a gente se olhar no espelho, se conhecer” Violeta

O cuidado que é rotinizado, ou seja, que obedece a uma ordem, produz um corpo despersonalizado, autômato, massificado, docilizado, nega ao cliente a possibilidade de existência de singularidades e diferenças entre os sujeitos, facilitando o seu controle pela norma (THUM et al., 2008).

Corroboramos com Souza (2011) quando afirma que o trabalhador de saúde precisa reconhecer que as atividades educativas integram seu trabalho em diferentes espaços através de uma prática cuja participação da mulher torna-se imprescindível em uma prática dialógica na qual associa-se o saber do profissional de saúde com o da usuária.

O PAISM incorporou o ideário feminista enquanto proposição de atenção à saúde integral, além de ter recomendado formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, promoção da autonomia feminina, estímulo ao conhecimento e controle sobre o próprio corpo e sua saúde. A estratégia de consulta demonstrou a satisfação das mulheres ao se apropriarem de seu próprio corpo, mesmo “**depois de velha**” (grifo nosso):

“O que eu gostei mesmo foi à novidade, me descobrindo por dentro **depois de velha!**” Tulipa

“Satisfeita, muito satisfeita, ano que vem eu volto de novo, tomara que tenha de novo. Não sei se vai ter desse ai, mais quem sabe”
Girassol

A satisfação das mulheres ao realizar a consulta de enfermagem pela estratégia proposta evidencia a elevação da autoestima, além do desejo que existe nas mulheres de se conhecerem melhor:

“É muito interessante e eu acho que a gente deveria aprofundar mais nisso porque é algo que traz até uma realização pessoal para a mulher, (entendeu?) para ela se conhecer mais. Muitas vezes o homem conhece a gente mais que a gente mesmo porque não é da nossa parte a gente se conhecer porque a gente conhece o rosto, os olhos e tá bom. Não via da forma que eu vi hoje aqui” Rosa de Sharon

“Há eu achei muito bom, excelente, experiência interessante. Ensina a gente né. Se todas as esposas passasse por isso ai, ninguém estaria com os problemas que esta tendo agora” Girassol

Reis, Santos, Paschoal Júnior (2012) salienta que a forma de entender a saúde coloca numa situação de igualdade com o cliente, rompendo com o velho paradigma de que o profissional de saúde é o “detentor do saber e o paciente/cliente desprovido de qualquer conhecimento”. Ao reconhecer a existência de outras estratégias de atendimento, transcendemos velhos conceitos de saúde e doença e nos lançamos em uma “nova perspectiva de enfermagem que ultrapassa um modelo intervencionista/curativista” (p.134).

Neste contexto, Ferreira (2009) ainda salienta que em relação à mulher, pode-se inferir que, ao sair do serviço de atendimento bem orientada, ela não somente retornará para receber o seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade.

Nesta estratégia de consulta desenvolvida na pesquisa, o fato da mulher ter um maior conhecimento do seu corpo fez com que elas correlacionassem com as formas de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, do controle do câncer de colo de útero e de mama: e deste modo ela “**vai saber o que pode entrar nela**” (grifo nosso):

“Eu me toquei com o dedo! Então e tive uma oportunidade muito grande! Eu amei demais! A mulher vai se valorizar mais porque **ela vai saber o que pode entrar nela**, me toquei com o dedo!” Rosa de Sharon

“Às vezes acontece da gente pegar essas doenças às vezes, a gente até pega e eles é o responsável. Muitas mulheres as vezes está com a doença e não sabe, porque tem muitos maridos que faz lá fora, e vem fazer com a mulher e já tá com o problema. As vezes também ele nem tá sabendo que tá com problema e passa para gente, já tinha esta consciência de antes” Girassol

Percebemos que a estratégia possibilitou uma maior autonomia da mulher sobre sua história e seu próprio corpo e foi vivenciada pela mulher de forma menos invasiva.

Esta estratégia de consulta fomentou a criatividade das participantes e seu sentido crítico em relação ao auto cuidado e a ajudou a pensar e a aprofundar o conhecimento e a reflexão sobre si mesma.

Há grande proporção de mulheres, em particular as de maior vulnerabilidade social, que, por dificuldade de acesso aos insumos de prevenção e serviços, falta de conhecimento, questões de gênero e relacionamentos estáveis, não adotam medidas de proteção em relação às ISTs (BRASIL, 2009).

Atualmente há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas um fato que chama a atenção é que essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. “Em 1989 a proporção era de 06 casos de aids no sexo masculino para cada 01 caso no sexo feminino. Em 2011 chegou a 1,7 casos em homens para cada 01 em mulheres” (www.aids.gov.br – acesso 29/05/2013).

O aumento da prevalência e da infecção pelo HIV, a gravidade das consequências das ISTs e sua frequente ocorrência entre mulheres demonstram a necessidade de uma abordagem diferenciada da enfermeira no atendimento às mulheres. Convém ressaltar que a profissional de saúde ao proporcionar o conhecimento da mulher sobre seu corpo, a instrumentaliza e responsabiliza na proteção contra ISTs, aids e no controle do câncer do colo do útero e da mama, empoderando-a no controle do seu corpo e da sua sexualidade.

Destaca-se que esta estratégia pode colaborar no enfrentamento das “múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam

mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis.” (BRASIL, 2009 p.5).

Ao final desta categoria aventuramos propor uma “enfermagem solidária”. Esta pressupõe romper com o modelo biomédico para fazer releituras desse atendimento de uma forma própria. Trazemos como reflexão que a Enfermagem que cuida da mulher deve estar ciente de que o corpo desta não seja idealizado como objeto de manipulação e indagado pelo olhar e pelo fazer de quem realmente tem o saber sobre ele. Cuidar da mulher nesta perspectiva vai além daquilo que se vê, se escuta e se toca. Reafirmamos um exame físico diferenciado, compartilhado, direcionando o olhar para a anatomia feminina e a apropriação deste corpo pela mulher. Significa reapropriar a mulher deste corpo e reaproximar a enfermeira da mulher que está atendendo, priorizando outras dimensões do ser humano e de seus valores, como o respeito, a compaixão, a solidariedade e principalmente o diálogo.

Acreditamos que a enfermagem vive um momento na qual necessita desenvolver práticas diferenciadas, construir novas teorias sobre o corpo e maneiras de cuidar. No entanto, o assistir à mulher permanece envolvida no modelo biomédico, medicalizado, com quase nenhuma flexibilidade na forma de pensar e de agir. Nesta investigação pudemos adaptar um modelo baseado nas reflexões do coletivo feminista para a enfermagem e conseguimos um cuidado diferenciado, não ficando amarradas ao modelo vigente.

É preciso lembrar que a clínica, os exames, a rotina têm o poder de constituir o outro e que a enfermagem vem se esforçando para reconstruir o corpo do cuidado de outra forma.

Encontrar força suficiente para “romper” este modelo, reconhecer a mulher como cidadã dotada de direitos e como uma pessoa inteira, onde a história do seu corpo e de sua vida tem importância fundamental, para que ela possa expressar o que sente e, a partir deste fundamento, possa ser ouvida e compreendida nas suas necessidades. Assegurar à clientela o conhecimento necessário para que ela tenha um maior controle sobre sua saúde faz parte da enfermagem solidária.

Quando falamos de mulher e enfermagem é indispensável que ela seja sujeito e agente ativo de sua saúde. Pois, ela tem um potencial de mudança social e instrumentalizá-la para uma nova consciência do modo que participa do próprio

cuidado da sua saúde. O cuidado da enfermagem deve ter como pilar a valorização do seu corpo e da sua saúde. E conseqüentemente mais autonomia e controle sobre suas vidas.

A enfermagem solidária é uma proposta de produzir benefícios palpáveis para as mulheres na busca de relações igualitárias e uma forma diferenciada de tratar o corpo e a saúde da mulher.

A estratégia empregada durante o transcurso da investigação e com a participação/aceitação ativa da mulher permitiu pensar em alternativas e criar ações diferenciadas do cuidado, uma vez que as relações estabelecidas das mulheres com a enfermeira foi muito mais participativa e compartilhada.

Outro fator a ser considerado nesta assistência foi os diferentes níveis de participação de cada mulher na consulta. Um único atendimento não foi suficiente para ela ter mais confiança e ser capaz de participar de todas as etapas do atendimento, como por exemplo a colocação do espécúlo.

No entanto, consideramos que esta estratégia é fundamental para poder eliminar a inibição da mulher em relação ao seu próprio corpo e à sua saúde. Através desta estratégia, a mulher pode compartilhar os seus medos, preocupações, dúvidas, e que muitas vezes não é possível colocá-los numa relação de poder e dominação com o profissional de saúde. Proporcionar à mulher cada vez mais o alcance de mais independência e poder de decisão autônoma.

A enfermagem solidária pressupõe adotar um estilo de relação horizontal na qual haja um ambiente de motivação para o auto-conhecimento e para que as mulheres tomem iniciativas em defesa da sua saúde. O importante é saber ouvir e valorizar expressões verbais e corporais.

A estratégia deve incluir o componente educativo e buscar formas criativas e pedagógicas para comunicar a informação técnica. Proporcionar um ambiente na qual a mulher possa compartilhar experiência, pautado na confiança, respeito e na solidariedade. O fato da mulher “se examinar” é verdadeiramente libertador para a vergonha que as mulheres sentem em relação aos seus corpos.

É preciso reconhecer e compreender o medo e a vergonha que muitas mulheres sentem ao realizar a consulta de rastreamento do câncer de colo e de mama.

A maioria dos profissionais de saúde crê que tem o poder de decisão sobre o corpo da mulher, porém, após esta investigação, avaliamos que a consulta de enfermagem no controle do câncer do colo de útero e mama com esta participação ativa da mulher é a melhor estratégia para proporcionar a enfermagem solidária que idealizamos!

Assim, a enfermagem solidária enquanto uma tecnologia de cuidado à mulher no controle do câncer do colo do útero e mama é definida nesta investigação como uma relação igualitária da profissional de saúde com a usuária, da técnica, dos procedimentos e o conhecimento da enfermeira durante o atendimento cuja concepção baseia-se na autonomia feminina, na reapropriação do corpo da mulher para ela mesma e no empoderamento feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da mulher em uma estratégia de consulta de enfermagem, com participação ativa, realizada com 20 mulheres, em uma unidade básica de saúde foi configurada, nos aspectos delineados, como essenciais e alcançaram as duas categorias analíticas, que expressam as intencionalidades apontadas nos objetivos e nas questões norteadoras. Recuperando essas categorias reitera-se que a vivência da mulher sustentou-se no autoconhecimento e na satisfação com o atendimento diferenciado, denominado “enfermagem solidária”. Retomando-se os objetivos da investigação, constatamos que a estratégia da assistência com a participação ativa da mulher e, tendo como eixo norteador a educação em saúde, sob a perspectiva da autonomia da mulher e da promoção da saúde, contempla uma assistência de enfermagem mais próxima da mulher, que a respeita e que acima de tudo, promove o autoconhecimento.

A pesquisa demonstra que direcionar a atuação da enfermeira para essa estratégia no controle do câncer de colo de útero e de mama proporciona a troca de saber entre usuária e profissionais, visando alcançar, de maneira conjunta, a apropriação do próprio corpo e a autonomia feminina e para que isso ocorra, é necessário que a profissional e a usuária se disponibilizem a vivenciarem um relacionamento de cumplicidade, reciprocidade e solidariedade.

Ressalta-se que a maioria das entrevistadas apontou indicadores dessa estratégia como mais satisfatória, capaz de diminuir o medo, vergonha e a dor. Identificamos, também, uma normatização de comportamentos, atitudes; preponderância do saber científico e técnico; cabendo à usuária a assimilação e introjeção do que lhe é prescrito e não o seu reconhecimento como sujeito.

Reitera-se que, nesta pesquisa, as ações educativas realizadas pela enfermeira, durante a consulta, pressupõem uma participação em que as usuárias são consideradas como protagonistas e são reconhecidas como detentoras do seu saber-fazer e agir. A enfermeira é capaz de instrumentalizar as usuárias para exercerem controle sobre sua saúde, visando melhorias da qualidade de vida e, até mesmo, capazes de diminuir vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres

brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras ISTs, assim como ao câncer de colo de útero e de mama.

A satisfação com o atendimento foi destacada pelas participantes e favorece a atuação da enfermeira, no sentido de assumir sua atribuição como agente educador. Nessa direção, demonstra o comprometimento com as mulheres, buscando, nas ações educativas, durante a consulta, evidenciar essa ação muito mais do que apenas a realização de procedimentos técnicos.

A tecnologia de cuidado de enfermagem solidário demonstrada nesta pesquisa constatou que essas mudanças poderão ser aplicadas na atuação da enfermeira na consulta de controle do câncer de colo de útero e de mama, na atenção primária à saúde, como orientadora para a atuação da enfermeira.

Esta investigação sedimenta e possibilita reiterar, também, que se faz necessário romper com o atual modelo de atendimento de enfermagem à mulher na consulta de controle do câncer de colo de útero e de mama, pois essa estratégia confirmou ser mais adequada e propiciadora do desenvolvimento do protagonismo das mulheres, do direito da mulher enquanto sujeito da assistência.

Espera-se que os resultados da presente investigação possam contribuir para a redução das lacunas de estudos na enfermagem, que focalizem as mulheres enquanto sujeitos da assistência nas diferentes fases da vida.

Acredita-se ainda que esta pesquisa não finde por aqui, pois os resultados nos estimula a investigar esta tecnologia de cuidado na perspectiva das profissionais enfermeiras em relação a aceitabilidade e a adesão da tecnologia proposta.

Ao final desta pesquisa cabe afirmar que é premente a necessidade de uma mudança na forma de cuidar da mulher, na qual ela tenha uma participação mais ativa, seja acolhida como sujeito, uma pessoa portadora de uma biografia, de uma cultura, de crenças, inserida num determinado contexto social e que apresenta uma demanda de saúde não apenas de sinais e sintomas ou para o controle do câncer de mama e do colo de útero, mas para um verdadeiro **encontro** da enfermeira, com seu saber técnico e especializado com a usuária do serviço e sua capacidade de agenciamento sobre a própria saúde. É a partir deste encontro que a **enfermagem solidária** poderá se concretizar. Um encontro que implica numa prática dialógica,

uma relação com um sujeito, que supõe uma escuta atenta, humildade e solidariedade e desestabiliza relações de poder.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Charles; SHANLEY, Eamon. **Social psychology for nurses: understanding interaction in health care.** London: Edward Arnold, 1992.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários: Conceção e Organização,** v. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- ALVES-MAZZOTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais.** Pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 203 p.
- ARAÚJO, Penha Regina V. L. **Necessidades assistenciais de cliente mulher ao procurar uma consulta de enfermagem: uma abordagem fenomenológica na perspectiva de Alfred Schutz.** 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- ASSIS, Ludmilla Taborda Moreira, FERNANDES, Betânia Maria. Saúde da Mulher: A Enfermagem nos Programas e Políticas Públicas Nacionais no Período de 1984 a 2009. **Reme – Rev. Min. Enferm.,** v. 15, n. 3, p. 356-364, jul./set. 2011.
- BARRA, D.C.C; NASCIMENTO, E.R.P; MARTINS, J.J; ALBUQUERQUE, G.L; ERDMANN, A.L. **Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):422-30
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARSTED, Leila Linhares (Org.). PITANGUY, Jacqueline **O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010.** Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436 p.
- BASSO, Eliana; VEIGA, Eugenia Velludo. Consulta de enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização: um programa de hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo,** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 7-14, mar./ abr. 1998.
- BASTOS, M.A.R. **O Saber e a Tecnologia: Mitos de um Centro de Tratamento Intensivo.** Rev. Latino-am. Enfermagem, 2002 março-abril, 10(2): 131-6
- BEIJING. Fourth World Conference on Women Beijing Declaration, 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/declar.htm>>. Acesso em: 05 de nov. 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Instituto de Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília, DF: 2001a.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer cérvico-uterino e de mama**. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

_____. Ministério da saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde**: Assistência de Enfermagem à Mulher, Criança e Adolescentes em Serviços Locais de Saúde. Brasília, 1994. 99 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Anticoncepção de emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Conversando com a gestante**. Brasília, 2008a, 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002a. 152 p.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001b. 202 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para Mulheres**. Brasília, 2008c. 205 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002b. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2002c. 67 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. **Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher - Bases Programáticas**. Brasília, 1984. 27 p.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro, 2008b. 624 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM n.º 779, de 31 de dezembro de 2008**, institui o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 jan. 2009b. Seção 1, p. 38.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/ MS. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 17 de set. 2011.

BERRIOT-SALVADORE, É. O discurso da medicina e da ciência. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Orgs.). **História das mulheres no ocidente 3**: do Renascimento à Idade Moderna. Porto, Portugal: Edições Afrontamento; São Paulo: Ebradil, 1991. p. 408-455.

BIRMAN, Joel. Apresentação: a clínica, entre saber e poder. In: **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-11. 1997.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 191p.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais. In: GOLDENBERG, P. et al. **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 157-183.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. In: LUZ, Madel

- Terezinha (Coord.). **Séries Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 149, p. 3-13. mar. 1997.
- CAMPEDELLI, Maria Coelli. **Processo de enfermagem na Prática**. 2ª ed. São Paulo. Editora Ática, 2002.
- CASTRO, Ieda Barreira. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 28, n. 4(?), p. 76-94, out./dez. 1975.
- CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983. 275 p.
- COELHO, C. G. D. et al. O papel da enfermeira na assistência materno-infantil. **Rev. Assoc. Bras. Esc. Méd.**, Salvador, p. 23-5, 1970.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**: [Decreto Nº 94.406, de 8 de Junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências]. Rio de Janeiro, 1993.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). **Resolução nº 466/12**, de 12 de dezembro de 2012. [acesso em: 28 jul.2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- COSTA, Alane Andréa Souza. Práticas discursivas na consulta de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2 , p. 359-60, abr./jun. 2006.
- COSTA, Sandra Patrícia; PAZ, Adriana Aparecida; SOUZA, Emiliane Nogueira. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame de enfermagem, quanto ao exame físico. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 31, n.1, p. 62-69, 2010.
- CRUZ, M. E. C. **Assistência pré-natal em Fortaleza**: estudo a partir da ótica da gestante e dos profissionais de saúde. 2000. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.
- CRUZ, Luciana Maria Britto; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 2, p. 120-31, 2008.
- DEL PRIORE, M. **A maternidade da mulher negra no período colonial brasileiro**. São Paulo: USP/ CEDHAL, 1989. 52 p.
- DINIZ, Simone G. **Fique amiga dela** : dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas. 2003. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/fiqueamigadela/direitos.html>>. Acesso em: 09 de nov. 2012.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa & organizadores. **SUS e PSF para Enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva, São Caetano do Sul: Editora YENDIS, 2007.

FLICK, Uwe. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber (I). 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____, Michel. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003b.

FRAISSE, Georges; PERROT, Michelle. Introdução. In: FRAISSE, Georges; PERROT, Michelle (Orgs.). **História das mulheres no Ocidente 4**: o século XIX. Porto: Edições Afrontamento; São Paulo: Ebradil, 1991. p. 498-501.

FREITAS, Henrique; OLIVEIRA, Mírian; SACCOL, Amarolinda Zanela; MOSCAROLA, Jean. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP, RAUSP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, jul./set., 2000.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida, BERTAZOLLI, Maria Rita. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Brasil. **Manual de enfermagem**/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde: Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. p. 4-8.

GEOVANINI, Telma et al.(Org.). Uma abordagem dialética da enfermagem. In: **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 3-16.

GUEDES, Dionéia Garcia de M. **Modelo de consulta de enfermagem à gestante**. 1982. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1982.

GUIMARÃES, Jaqueline Apolônio de Freitas; AQUINO, Priscila de Souza; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; MOURA, Juliane Girão de. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Rev Rene**. v. 13, n.1, p. 220-30, 2012.

GUNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, ago. 2006.

HENRIQUES, Regina Lúcia Moreira. **A realidade e os mitos da consulta de enfermagem na rede básica do Município do Rio de Janeiro**. 1993. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores. Acesso em junho 2013.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Agencia de notícias**, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/cancer_do_colo_do_uterio_mama_sao_prioridade_no_plano_enfrentamento_doencas_cronicas_nao_transmissiveis>. Acesso em: 21 set. 2011.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero:** sumário executivo, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 40 p.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2011.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil), Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012. **Incidência de Câncer no Brasil**, Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2>. Acesso em: 05 maio. 2013.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). INCA, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancermama/site/home/apresentacao>>. Acesso em: 07 set. 2011.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). INCA, 2011. Disponível: <<http://www.inca.gov.br/cancer/uterio.html>>. Acesso em: 07 set. 2011.

JORGE, Roberta, Jeane, Bezzerra et al. **Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame** Ciência & Saúde Coletiva, 16(5):2443-2451, 2011.

KOERICH, M.S; BACKES, D.S; SCORTEGAGNA, H.M; WALL, M.L; VERONESE, A.M; ZEFERINO, M.T; et al. **Negociação do Cuidado Cultural de Enfermagem Obstétrica** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. 313 p.

LIMA, Maria Goreti de. **Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal**. 2006. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LIMA, Maria José. Gênero, poder e saber. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 93-100, maio 1995.

LIMA, Yara Macambira Santana. **Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação do cliente**. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p.

MERIGHI, Miriam, Aparecida, Barbosa; HAMANO, Lina; CAVALCANTE, Lubiana, Guilherme. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(3): 289-96.

MINAYO, Maria Cecília Souza; MINAYO-GÓMEZ, Carlos. Dífceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, Paulete; GOMES, Mara Helena de Andréa; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-139.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo, HUCITEC, 2008.

MOREIRA, Almerinda. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, Telma. (Org.). **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro : Revinter, 1995. p. 21-33.

NERY, Inez Sampaio. **Consulta de enfermagem à gestante: fatores intervenientes**. 1991. 145 f. Tese (Livre-Docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

NEVES, E.P; VARGENS, O.M.C. **La contribución de los programas de doctorado de enfermería ante los avances científicos e tecnológicos: el estudio de caso de Brasil – un análisis preliminar**. In: Wright MG, organizador. Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de drogas en America Latina: retos y perspectivas. Washington DC(USA), Monterrey-México: CICAD-UANI; 2003. p. 9-24.

- NOBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Kenya de Lima (Orgs.). **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. 2. ed, Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232 p.
- NUNES, Silvia Alexim. **A medicina social e a regulação do corpo feminino**. 1982. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/ UERJ, Rio de Janeiro, 1982.
- OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia; ROSSI, Lúdia Aparecida; HAYASHIDA, Miyeko. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 390-8, 2001.
- OLIVEIRA. Michele Mandagará; SILVA, Emília Nalva Ferreira da; PINTO, Ione Carvalho; COIMBRA, Valéria Cristina Christello. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. **Rev Gaúcha Enferm.**; v. 25, n. 2, p. 176-83, ago. 2004.
- OLIVEIRA, Sílvio Luiz de. **Metodologia científica aplicada ao direito**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1): p. 25-32, 1998.
- PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Méd Farm e Com**, Rio de Janeiro, v. 1, n.3, p. 72-80, out./dez. 2005.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PORTO, Graziela Beck. **Do corredor ao consultório**: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre-RS. 2007. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- PROGIANTI J.M, VARGENS O.M.C. **As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologia não invasiva de cuidado como estratégia na desmedicalização do parto**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004 ago; 8(2): 194-97.
- REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosangela da Silva; JUNIOR, Aloir Paschoal. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural **REME – Rev. Min. Enferm.**; 16(1): 129-135 jan./mar., 2012.
- ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 224 p.
- SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T; FIGUEIREDO, P.A. **Tecnologias leves e cuidado em enfermagem.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 - 8.

SILVA, R.C; FERREIRA, M.A. **A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 169-173

SOUZA, Maria das Dores de. **Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica.** 2011.169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/EEAN, Rio de Janeiro, 2011.

SUDO, Iana. **Medicalização do corpo das mulheres: o caso da amamentação.** 2004. 166 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Rio de Janeiro, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Ed. Ática, 1987.

THUM, Magali; HECK, Rita, Maria; SOARES, Marilu, Correa; DEPRÁ, Aline, Scolari. Câncer de colo uterino: percepção das Mulheres sobre prevenção. **Cienc Cuid Saude** 2008 Out/Dez; 7(4):509-516

TRENTINI, M; GONÇALVES, L.H.T. **Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias.** Texto Contexto Enferm. 2000 Jan-Abr; 9 (1): 63-78.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO Vilma. **Programas Nacionais e Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem.** Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1993.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Elena da Silva. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 84 p.

VIGARELLO, Georges. **História do corpo: da renascença às luzes.** Petrópolis: Vozes, 2008.

XAVIER, Sandra, Pinheiro; TERRENGUI, Lucilene, Coelho, Souza. Práticas, sentimentos e conhecimentos de mulheres sobre o Papanicolau. **Rev Enferm UNISA** 2006; 7: 53-6.

ZOBOLI, E.L.C.P. **A redescoberta da ética do cuidado:** o foco e a ênfase nas relações.
Rev Esc Enferm USP. 2004; 38: 21-27.

APÊNDICES

Apêndice A

DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

A mulher, que realizou o agendamento da consulta de controle do câncer do colo de útero e mama na UBS, será convidada a participar da consulta com sua participação ativa. Caso a mesma aceite, ela assinará o TCLE.

Após a assinatura do TCLE, a mulher será encaminhada para uma sala, onde será apresentada à enfermeira auxiliar da pesquisa, que irá realizar seu atendimento.

Após a apresentação, será iniciado o atendimento. A enfermeira irá trabalhar com a mulher em três momentos: no primeiro momento, levantará quais são as informações que ela tem sobre a consulta, o que sabe, para quê e como é feito, esclarecendo suas dúvidas e conversando sobre possível experiência de medo durante a consulta.

No segundo momento, será realizada uma dinâmica para levantar o conhecimento da mulher sobre o próprio corpo, pedindo-lhe que desenhe seu corpo. Em seguida, será explicado como é o corpo da mulher, seu funcionamento, utilizando recursos visuais, como o álbum seriado e pélvis, com a imagem do corpo da mulher e tirando suas dúvidas. Depois, serão explicados os procedimentos para a realização da consulta: como a mama deve ser examinada, para que serve o espéculo, como é feita a coleta e a possibilidade de realizá-la com a ajuda da profissional.

No terceiro momento, será entregue uma ficha de atendimento à mulher que, caso queira e saiba escrever, irá preencher, de acordo com seu conhecimento e desejo. Se apresentar dúvidas, a profissional estará à sua disposição.

A mulher será encaminhada ao consultório e serão aferidos, pela profissional, a temperatura, a pressão arterial, o peso e a estatura, orientando-a sobre os motivos da coleta desses dados.

Logo em seguida, será perguntado se prefere realizar a consulta com sua própria roupa ou com o avental disponibilizado. A enfermeira irá iniciar o exame físico, explicando cada passo para a mulher, realizando a observação das mucosas, palpação da cadeia ganglionar cervical, palpação da tireóide, ausculta respiratória e cardíaca, palpação abdominal e exame dos membros inferiores.

Depois, será oferecido um espelho, onde a mulher vai olhar sua própria mama e realizará movimentos, orientada pela enfermeira auxiliar de pesquisa (inspeção estática e dinâmica das

mamas). Prosseguindo, irá se tocar para a realização da palpação da cadeia ganglionar e orientada pela profissional irá deitar para realizar a palpação da mama. A enfermeira também irá fazer a palpação da cadeia ganglionar axilar, supra e intraclavicular e paraesternal, explicando-lhe como fazer.

Na próxima etapa, a mulher será indagada sobre a melhor posição para ela realizar o exame do aparelho genital. Após escolher sua melhor posição, será oferecido o espécúlo (a profissional ajustará o tamanho ideal para cada mulher) e, caso queira colocar em si mesma, será incentivada a fazê-lo. E se assim o desejar, a profissional irá ajudá-la a posicionar o espécúlo, com o intuito de encontrar o colo do útero e, ao encontrá-lo, será oferecido o espelho para que observe seu próprio colo. Após essa observação, será comunicado à mulher que a profissional irá coletar células da endocervice e da ectocervice, mostrando a escova de Ayres e a espátula utilizadas, além da lâmina (que estará identificada com o nome da mulher), onde serão sobrepostas as células coletadas. Terminada a coleta do material, que será encaminhado ao laboratório, serão oferecidas informações sobre o teste de Schiller e do ácido acético, explicando-lhe para que servem esses testes e como é o seu resultado. Depois da realização do teste, a enfermeira irá posicionar o espelho para que a mulher possa entender o resultado do Schiller.

Terminados os testes, será orientada e incentivada a retirar seu espécúlo, realizando, primeiramente, o fechamento do mesmo.

Em seguida, será realizado o toque pela profissional, orientando o motivo desse toque e, logo em seguida, pedindo-lhe, também, que se toque para sentir seu colo do útero.

Terminado o exame, a mulher irá colocar sua roupa, caso tenha optado por utilizar o avental e será orientada sobre o retorno, para pegar o resultado da lâmina, que foi coletada. No final da consulta, a profissional deixará a mulher à vontade, para responder alguma dúvida que ficou pendente durante o exame, além de esclarecer o que foi investigado durante a consulta.

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa com o título provisório **“Proposta de uma tecnologia de cuidado de enfermagem solidário no controle do câncer do colo do útero e mama”**. Neste estudo, pretendemos avaliar uma metodologia de consulta de enfermagem, com a participação ativa da mulher; analisar uma metodologia de assistência na consulta de enfermagem, a partir das mulheres participantes e verificar-lhes a aceitabilidade, a cada etapa do atendimento proposto.

O motivo que nos leva a fazer esta investigação consiste no desenvolvimento de uma estratégia, cujo objetivo é proporcionar à mulher um conhecimento de seu corpo e permitir que se sinta como um sujeito capaz de entender, decidir e cuidar do próprio corpo e da própria vida.

Para este estudo, realizaremos uma consulta de enfermagem com uma estratégia que conta com a sua participação, durante todo o atendimento e, também, após ser atendida, será convidada a responder um questionário, de acordo com sua disponibilidade.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo, em qualquer aspecto que desejar e estará livre para aceitar ou não a participação. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação, a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou modificação, na forma em que é atendida pela pesquisadora, que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação, que possa resultar deste estudo, que apresenta risco mínimo, isso é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização, no caso de quaisquer danos, eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição, quando finalizada. Seu nome ou o material, que indique sua participação, não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Você vai assinar o termo de consentimento, a seguir, que se encontra impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Dados Gerais	
1. Data da coleta de dados _ _ / _ _ / _ _	2. Horário de início da consulta _ _ : _ _
3. Iniciais da mulher: _____	
4. Idade: _____	
5. Anos de estudo: _____	
6. Profissão/Ocupação: _____	
7. Estado Civil: _____	
DESENVOLVIMENTO DO ATENDIMENTO	
8. A mulher participou ativamente da discussão sobre seu próprio corpo (fez perguntas, soube demonstrar as partes do corpo)?	_
0. Não 1. Sim	
9. Realizou o desenho do seu corpo que lhe foi solicitado?	_
0. Não 1. Sim	
10. Preencheu todos os dados contidos no prontuário sobre a sua história sexual e reprodutiva? Se não: 1. Parcialmente (respondeu mais de 50% das questões) 2. Parcialmente (respondeu menos de 50% das questões)	_
0. Não 1. Sim	

11. Utilizou o avental descartável?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
12. Realizou todas as etapas do exame clínico da mama, juntamente com o profissional? Se não: 1. Parcialmente (apenas a inspeção dinâmica) 2. Parcialmente (apenas a palpação)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
13. Conseguiu assumir uma posição confortável na mesa clínica para a realização da coleta?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
14. Observou sua própria vulva no espelho?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
15. Aceitou colocar em si mesma o espéculo vaginal?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
16. Aceitou olhar o seu colo de útero no espelho oferecido pelo profissional?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
17. Conseguiu retirar o espéculo vaginal?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
18. Fez o toque vaginal?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
19. Conseguiu identificar seu colo do útero?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

Apêndice D**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****Entrada:****Saída:**

1. Qual é a sua idade? _____
2. Durante quantos anos você estudou? _____
3. Qual é a sua profissão? _____

4. Como foi para você realizar o preventivo da forma que acabou de fazer?
5. A forma como você foi atendida muda alguma coisa para você?
6. Como foi para você fazer o desenho de seu corpo?
7. Como foi para você tocar a sua mama?
8. Como foi você colocar o espelho (bico de pato)? Se não colocou, por quê?
9. Você se tocou? Se sim, Como foi para você essa experiência?
10. Como você se sente depois de ter realizado esse atendimento?
11. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO

Anexo A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Folha de Aprovação Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 325/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2566.306.2011 **FR:** 476444 **CAAE:** 0299.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: "Aplicação de uma metodologia de consulta de enfermagem com participação ativa da mulher"

Area Temática: grupo III

Pesquisador Responsável: Betania Maria Fernandes

Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2013

Pesquisadores Participantes: "Sandra Carvalho de Freitas"

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem/UFJF

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo				
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Crítérios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
	Cuidados Éticos	X				
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento de TCLE	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
	Está em linguagem adequada, clara para	X				

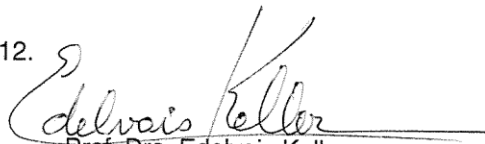


UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	compreensão do sujeito				
	Apresenta justificativa e objetivos	X			
	Descreve suficientemente os procedimentos	X			
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X			
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X			
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X			
	Garante sigilo e anonimato	X			
	Explicita				
	Riscos e desconfortos esperados	X			
	Ressarcimento de despesas	X			
	Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
	Forma de contato com o pesquisador	X			
	Forma de contato com o CEP	X			
	Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)				X
	O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X			
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
	Folha de Rosto preenchida	X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X			
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 24 de abril de 2012.


Prof. Dra. Edelvais Keller
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2012
ASS: _____