

# O exame ginecológico para a prevenção do câncer cervico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela<sup>1</sup>

## *The gynaecological test done to prevent cervical cancer: gender relations expressed by the client<sup>1</sup>*

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Regina Lúcia Mendonça Lopes<sup>2</sup>, Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Normélia Maria Freire Diniz<sup>3</sup>, M.Sc. Solange Maria dos Anjos Gesteira<sup>4</sup>, Marcia Ediméia Costa de Matos<sup>5</sup>, Sônia Lorena Soeiro Argôllo<sup>6</sup>, Ana Shirley Maranhão dos Santos<sup>7</sup>, Orlane Ribeiro Reis<sup>8</sup>

### Resumo

A incidência do câncer cérvico-uterino tem aumentado em todos os grupos sociais. Nos últimos 20 anos, essa neoplasia foi responsável pelos maiores índices de mortalidade entre as mulheres brasileiras. Para 1998, foi feita uma estimativa de 21.725 novos casos e 6.815 óbitos. O objeto deste estudo são as relações de gênero expressas pela cliente submetida ao Papanicolaou, cuja demanda foi espontânea. O objetivo é compreender o impacto da construção das relações de gênero e sua influência na demanda voluntária ao exame. A entrevista semi-estruturada, foi feita com mulheres que buscaram o 15º Centro de Saúde, localizado em Salvador-BA. Utilizando para análise o referencial de gênero e de prevenção do câncer, foi possível identificar cinco categorias, que expressam características da relação de poder entre o profissional e a cliente durante a dinâmica do exame. Concluiu-se que os programas assistenciais não consideram a dimensão que valoriza as questões de gênero e que, apesar da importância dada pelas mulheres ao exame, as mesmas não o incorporam como de rotina em suas vidas adultas.

**Palavras-chave:** exame ginecológico; câncer cérvico-uterino; relações de gênero

<sup>1</sup> Pesquisa concluída e apresentada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal da Bahia (PIBIC - CNPq) e no 8 th International Congress on Women's Health Issues (Saskatoon-Canadá, 1997).

<sup>2</sup> Prof<sup>ª</sup>. Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia -EEUFBA.- Dr<sup>ª</sup> em Enfermagem - UFRJ. Coord. da Pesquisa e do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM. Coordenadora do Projeto Integrado de Pesquisa "Programa Integrado de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino e de Mama - UFBA e Centro Integrado de Controle do Câncer" - CNPq

<sup>3</sup> Prof<sup>ª</sup>. Adjunta da EEUFBA.- Dr<sup>ª</sup> em Enfermagem - EPM. Pesquisadora do GEM. Integrante do Projeto Integrado

<sup>4</sup> Prof<sup>ª</sup>. Adjunta da EEUFBA. Mestra em Enfermagem. Pesquisadora do GEM. Integrante do Projeto Integrado

<sup>5</sup> Enfermeira. Aluna da Residência em Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Bolsista de Aperfeiçoamento do CNPq. Integrante do GEM

<sup>6</sup> Prof<sup>ª</sup> Auxiliar da EEUFBA. Mestranda de Enfermagem da EEUFBA. Integrante do Projeto

<sup>7</sup> Enfermeira. Aluna da Residência em Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Integrante do Projeto

<sup>8</sup> Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Enf. Obstétrica da EEUFBA. Integrante do Projeto.

Endereço para Correspondência: Márcia Edimeia Costa - Rua Henrique Dias, 323 CS: 10 - Cep: 40423-000 - Bonfim - Salvador/Bahia.

## Abstract

Cervical cancer's incidence has been increasing in all social groups. In the last 20 years, it has been responsible for the highest death rates among Brazilian women. There was an estimate of 21.725 new occurrences with 6.815 deaths for 1998. The projection for 1997 forelaw an increase of 3% in relation to 1996. The object of this study are the gender relations expressed by the client who has a spontaneous demand for Pap smear. The objective is to understand the impact of the construction of gender relations and its influence in the spontaneous demand to Pap Smear. The semi-structural interview was used to clients who went to the 15<sup>th</sup> Health Center, located in Salvador – Bahia. Using for analysis the referential of gender and cancer prevention was possible to identify five categories which express characteristics of the powerful relation between the professional and the client during the test and its dynamic. Assistencial programs don't ponder on a dimension that values gender aspects, and despite the importance given to the exam by the clients, women don't considered the test in the routine of cancer prevention.

**Key words:** gynaecological test; cervical cancer; gender relations

## Introdução

O câncer cérvico-uterino constitui-se em um sério problema de saúde pública em nosso país, pois segundo levantamentos estatísticos realizados pelo Ministério da Saúde, apesar da tecnologia disponível para diagnóstico precoce, sua incidência tem demonstrado aumento significativo em todas as camadas sociais e regiões geo-econômicas. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, representa a neoplasia de maior índice de mortalidade entre as mulheres com idade superior a 15 anos. Segundo a estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, há para 1998 um registro de 21.725 novos casos e de 6.815 óbitos. <sup>(1)</sup>

O Hospital Aristides Maltez, principal órgão assistencial da Liga Bahiana Contra o Câncer, localizado em Salvador / Bahia, com base nos dados do registro hospitalar no período de 1991-1994, destaca que o percentual de 37.7 para o câncer cérvico-uterino, o coloca como o mais freqüente entre as mulheres atendidas. No referido período, foram diagnosticados 2.194 casos, destes 55.8% em estadiamento clínico III. <sup>(2)</sup>

Diante da gravidade dos fatos, a prevenção tornou-se um imperativo para os governos de vários países, inclusive o brasileiro, que, através de políticas sociais, propõe programas assistenciais para a saúde da população feminina.

O Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI),

implantado nos anos 70, segundo COSTA<sup>(3)</sup> e o CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA MULHER<sup>(4)</sup> objetivava a proteção à saúde e o bem-estar do conceito, reforçando, assim, a valorização da função reprodutora da mulher. O Ministério da Saúde, em resposta a reivindicações de vários segmentos da sociedade, repensou sua política na área materno-infantil e apresentou, em 1983, como proposta a ser discutida com profissionais de saúde e com organizações feministas, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que buscava atender as demandas das mulheres em todas as fases da vida. Assim, objetivando reduzir a morbi-mortalidade feminina através da garantia de melhores condições de saúde, do aumento da cobertura e da resolutividade dos serviços, priorizou o desenvolvimento de quatro ações de saúde, dentre elas, a assistência clínico-ginecológica, com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino.

A prevenção do câncer cérvico-uterino baseia-se no rastreamento da população sintomática e assintomática, identificação das portadoras de lesões, diagnóstico dos graus dessas lesões e tratamento adequado. A colpocitologia, técnica possibilitada pelo exame ginecológico, como método de prevenção secundária e de diagnóstico, possibilita a descoberta do câncer cérvico-uterino em seus estágios iniciais, permitindo tratamento a baixo custo e elevado percentual de cura. Tem, portanto, quando realizado precocemente e incorporado como de rotina na vida adulta, eficácia na redução da incidência do câncer cérvico-uterino e da morbi-

mortalidade das suas portadoras. <sup>(5)</sup>

Estudos realizados por FERRIGNO & FARIA<sup>(6)</sup> prevêem que 7.7% das mulheres recebem a cobertura em programas governamentais no Brasil. Levantamentos realizados pela Coordenação de Programas de Controle de Câncer - INCa (1994) estimam que, em 1989, a cobertura não ultrapassou 8% das mulheres com idade acima de 20 anos. Assim, há um grande distanciamento do estabelecido pela Organização Mundial de Saúde para a obtenção de impacto epidemiológico na frequência e na distribuição do câncer cérvico-uterino, ou seja, uma cobertura de 85% da população feminina de risco. Caso essa cobertura fosse alcançada, a mortalidade por câncer cérvico-uterino seria reduzida em 90%.

TADDE<sup>(7)</sup> afirma que apenas 10% das unidades públicas de saúde desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino e critica pré-julgamentos, como o dos profissionais que afirmam que o não comparecimento para a realização do exame ou para a obtenção dos resultados é determinado pela ignorância da mulher.

Autores como BLESCH & PROHASKA<sup>(8)</sup> e FERRIGNO & FARIA<sup>(6)</sup> apontam como possíveis barreiras, fatores como: a vergonha; o sentimento de que o exame não lhe é adequado; o não reconhecimento como sendo integrante do grupo de risco; o medo do exame; o desconhecimento da importância do exame; a omissão dos profissionais; a objeção por parte do companheiro; o temor à doença; a inatividade sexual; e o nível sócio-econômico-cultural.

Estudiosos e autores de renome nacional como CANELLA<sup>(9)</sup> e MALDONADO & CANELLA<sup>(10)</sup> abordam o mundo da mulher. Este que a mobiliza quando determinada circunstância expõe aspectos íntimos de sua sexualidade e, que denotam fortes influências de educação familiar, formal e religiosa, assim, como de nossa cultura patriarcal, como o que ocorre na dinâmica da consulta ginecológica.

Tais influências favorecem para que as mulheres expressem sentimentos negativos relativos aos seus genitais. O mesmo ocorre em relação aos odores dessa área, que são por muitas mulheres considerados vergonhosos e repugnantes. Assim, todas as secreções passam a ser sinais de infecção, e a mulher considera-se, muitas vezes, como portadora de leucorréia.

A dinâmica da consulta envolve fatores que interferem na relação profissional-mulher, quais sejam: a horizontalidade e a nudez; o desconforto pelo uso do instrumental; a cobrança do relaxamento; o medo do desconhecido; e a falta de orientação antecipatória. Tais fatores foram explorados por MAGEE<sup>(11)</sup>, ginecologista americana, que traz relatos de suas vivências enquanto cliente.

FARIAS & REIS<sup>(12)</sup> e MALDONADO & CANELLA<sup>(10)</sup> abordam a consulta ginecológica e o aspecto da sexualidade. A situação de ter exposta a genitália e de tê-la observada e manipulada por profissional, em geral, do sexo masculino, a ansiedade e as fantasias fazem com que o simbolismo sexual exista por parte da cliente e do profissional. Esse fato é, via de regra, suavizado pelo uso do lençol e do biombo, pela permanência de profissional do sexo feminino na sala, pelo rodízio de médico ou pela realização de exames em conjunto, assim como, também, pela presença da mãe, amiga ou do companheiro.

Ocorre, assim, situação que envolve sexo e gênero, e entenda-se que o sexo refere-se, segundo RIOS & GÓMEZ<sup>(13)</sup>, aos atributos que são determinados pelas características biológicas do homem e da mulher, e que gênero, as qualidades de masculinidade e de feminilidade que têm uma gênese cultural. De acordo com Scott,<sup>(14)</sup> “gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado”. O conceito valoriza a construção social de feminino/masculino e a dimensão do poder existente nas relações entre homens e mulheres.

Relações de gênero é uma construção cultural e social, e, como tal representa um processo contínuo da produção dos lugares de poderes do homem e da mulher em cada cultura e sociedade. <sup>(15)</sup>

A condição de poder e de subordinação é percebida por XAVIER et al.<sup>(16)</sup> como inerente a campos da existência da mulher: legislação e costumes, política, educação, saúde ... Temos como exemplo disso o sistema de assistência à saúde da mulher, que, influenciado pela cultura patriarcal, apresenta relações difíceis e conflitantes entre uma clientela passiva, subordinada e a figura autoritária do médico.

CANELLA et al. <sup>(17)</sup>, ao abordarem a situação do médico como controlador da sexualidade, trazem a imagem do profissional, dono do saber, sendo essa posição facilmente aceita por

ambas as partes. Essa dominação do homem é reforçada quando, na relação médico-cliente, ela assiste a seu corpo ser manipulado de forma, muitas vezes, inescrupulosa e desrespeitosa. Com o propósito de compreender a vivência da mulher no cotidiano assistencial da realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino, LOPES<sup>(18)</sup> defendeu a tese de doutorado em enfermagem intitulada “O avesso da prevenção do câncer cérvico-uterino: o ex-sistir feminino sob a ótica da enfermagem”, tendo a fenomenologia como referencial metodológico e o pensamento filosófico de Martin Heidegger, fato este que justifica a utilização da hifenação de palavras. A autora pôde apreender que o profissional, advogando que o exame é indolor, de baixo custo, rápido, gratuito..., considera-o como obrigatoriedade e não compreende que a ação de prevenir não envolve somente a sua vontade. Assim, exerce a assistência preventiva de modo autoritário. Pode, também, considerar que a mulher não tem a compreensão da prevenção como uma antecipação positiva e isso implica na dificuldade de ver o exame como necessário. Nesse movimento, teme o procedimento e não compreende que a prevenção envolve a compreensão do que pode vir a surgir como problema ginecológico e não apenas, o câncer como doença grave e fatal. PAÍVA<sup>(19)</sup> apresentou relatório de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica intitulado “Relações de gênero nas práticas de atenção à saúde da população feminina de Salvador”, como parte integrante do “Projeto Norte-Nordeste de Estudo e Capacitação em Saúde da Mulher, Menina e Adolescente”. Na tentativa de analisar como as relações sociais de gênero se esboçam nas práticas de atenção à saúde da mulher, a autora procurou identificar se as mulheres notavam alguma diferença entre homens e mulheres profissionais de saúde. Em análise dos depoimentos, foi observado que as mulheres preferem ser atendidas por outras mulheres. Justificam a necessidade de serem ouvidas e a possibilidade de diálogo, visto que sentem-se mais a vontade para questionar e aprender com alguém da sua identificação. O presente estudo tem como objeto as relações de gênero expressas pela cliente submetida a exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Objetivou compreender o impacto da construção das relações de

gênero e sua influência na demanda espontânea ao exame de caráter preventivo. Neste sentido, aprofundou estudos anteriores que ressaltavam as relações de gênero e o poder nas práticas assistenciais à saúde da mulher.

## Metodologia

Estudo de natureza qualitativa, utilizou a técnica de entrevista semi-estruturada, dirigida à clientela feminina do 15º Centro de Saúde Eduardo Araújo, localizado em Salvador-BA, cuja demanda espontânea envolveu a realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Cabe ressaltar que a escolha do local para a coleta dos depoimentos, foi determinada por ser essa unidade, campo de estágio de alunas de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que cursam a disciplina “Enfermagem na Atenção a Saúde da Mulher I”, fato este que facilita e fortalece a relação entre a Universidade e o Serviço.

O desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa deu-se no Distrito Sanitário Docente-Assistencial Barra/Rio Vermelho. Este distrito tem como característica ser docente-assistencial, ou seja, é um tipo especial de sistema local de saúde que conta com a participação ativa da Universidade nas atividades de integração, ensino, pesquisa e prestação de serviços vinculada ao Sistema Único de Saúde. Geograficamente, abrange desde o bairro do Campo Grande até trechos da Orla Marítima (Pituba), contando com uma população de 311.608 habitantes, segundo o Censo de 1991 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

Segundo LÜDKE & ANDRÉ<sup>(20)</sup> a pesquisa qualitativa nasce das ciências sociais por trabalhar com diversas opiniões, valores, crenças, atitudes e emoções, de acordo com a realidade social vivida pelos indivíduos pesquisados. As informações obtidas não podem ser quantificadas, pois se tratam de ações e relações humanas com seus próprios significados. De acordo com os esses autores, a entrevista foi utilizada devido à interação que ela proporciona entre o(a) entrevistado(a) e o(a) pesquisador(a), podendo este(a) perceber as expressões, hesitações e sinais não-verbais demonstrados pelo(a) entrevistado(a). Defendem que a modalidade semi-estruturada se desenrola a partir de um roteiro básico, mas que

não precisa ser rigidamente seguido, o que permite que o(a) entrevistador(a) faça, no desenvolver da entrevista, as alterações necessárias de acordo com o depoimento.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho de 1997. O critério para seleção das depoentes foi já ter realizado exame preventivo com profissional do sexo masculino e feminino. A entrevista foi dirigida solicitando os seguintes aspectos / questionamentos:

**1.** Relate livremente suas experiências em exame ginecológico para a prevenção do câncer cervico-uterino.

**2.** Informe se ocorreu a realização do exame com profissionais de diferentes formações (médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem).

**3.** Como foi a realização do exame com profissionais do sexo feminino e masculino?

**4.** Há diferença em relação ao sexo do profissional, no que diz respeito ao tratamento oferecido?

**5.** Como se sente quando atendida por profissionais de sexos distintos?

As entrevistas foram gravadas, após autorização das depoentes. Em outro momento, os relatos foram ouvidos e transcritos na íntegra. Foram selecionados trechos das entrevistas e, a partir daí, construídas as categorias de análise, baseadas no referencial teórico de gênero e de prevenção do câncer.

### **Apresentação e Análise dos Resultados.**

A partir da análise das 31 (trinta e uma) entrevistas, foram selecionados trechos que ilustram as categorias apresentadas a seguir, que expressam características da relação entre o profissional e a cliente, na dinâmica do exame.

▶ **Quando a relação de poder se expressa através da onipotência do profissional, são delegadas pelas clientes, decisões sobre a própria saúde, ou ocorre a busca de outro profissional que possibilite o relacionamento de forma igualitária.**

“... Foi logo direta (expressão de raiva): “- Tire a roupa!”. Durona: “- Deita aí!”. Mandou eu botar a perna lá e, pronto...”

“... Eu pedi para fazer o exame preventivo, aí ele falou: - Aqui eu digo o que você tem

que fazer, e não você diz o que eu devo fazer! Mesmo assim, fiquei com muita raiva. Ele disse que ia perguntar primeiro o que eu estava sentindo, para depois passar o remédio. Aí ele passou, por que achava que eu estava com uma inflamação. Eu disse a ele que tinha tido menino e ainda não tinha feito o preventivo. Ele passou um remédio para mim e meu marido, depois mandou que eu voltasse para passar o preventivo...”

“... Nunca me falaram sobre o câncer de útero, mandam eu fazer o preventivo, mas, nunca me explicam. Às vezes eu quero saber qualquer coisa, mas ele não diz...”

“... Eu gosto de fazer o exame preventivo. Para mim é normal. O médico nunca me falou para que serve o exame preventivo... Vejo passar na televisão ou leio nos cartazes do posto...”

MALDONADO <sup>(21)</sup> enfatiza a existência de tipos distintos de dinâmicas utilizadas na relação com a clientela, que denunciam a onipotência do profissional. No primeiro tipo, o profissional fica cada vez mais engrandecido, idealizado e onipotentemente infalível. Por sua vez, a clientela fica cada vez mais insignificante e dependente, transferindo sua força, autonomia e capacidade de tomar decisões. Num outro tipo, a clientela tenta contornar o problema da onipotência, dicotomizando a percepção da figura do médico. Num terceiro tipo, rebela-se contra a *aura de mistério*, quando percebe que os questionamentos são autoritários e rigidamente rebatidos. Tem como resposta, a busca a outro profissional com quem possa se relacionar de forma mais igualitária. Sobre a situação da dominação, LAURO <sup>(22)</sup> ao abordar as redes do conceito de gênero tecidas no contexto da saúde, refere que o mundo social exerce poder sobre as mulheres, o que leva a registrar em seus corpos não apenas um modo de estar e de ser, mas todo um programa de percepção.

▶ **A realização do exame tem como motivação a obrigatoriedade de cuidar do corpo.**

“... Eu não me sinto a vontade em realizar o exame ginecológico. O bom seria que não pudesse fazer, mas como não tem outro jeito, a gente vai. Porque se tem um problema grave a gente fica se culpando, aí meu Deus eu

*devia ter ido...*"

*"... Eu não me sinto a vontade nem com homem nem com mulher quando vou fazer o exame preventivo e ginecológico. Eu vou fazer porque não tem jeito."*

É ressaltado por D'OLIVEIRA & LUIZ<sup>(23)</sup> a vergonha, como primeira restrição em relação ao exame ginecológico, seguida da dor e do medo, associados a situação de ter que "passar pelo médico". A vivência da mulher, inclui o cuidar do corpo mediante submissão à dor, ao medo e à vergonha. As autoras lembram que em caso de recusa, esta não é uma opção livre e consciente de aceitação do risco à não realização do exame, mas sim a única saída quando a vergonha é maior que o dever. O caráter "preventivo" do exame é encarado como uma revisão geral, que assegura a manutenção da saúde, sempre duvidosa. O exame ginecológico assume um papel de "juiz" do genital feminino, e a expectativa da descoberta de alguma patologia contrasta com a calma e a tranquilidade necessárias para enfrentar o procedimento.

A orientação profissional sobre o exame ginecológico como uma obrigatoriedade implícita nos modelos de atendimento, leva-nos a refletir sobre a afirmativa de OLIVEIRA<sup>(15)</sup> que comenta que controlar o corpo da mulher não significa eliminá-la, mas sim atentar para que nada escape ao controle.

► **O tabu e a vergonha referentes ao exame ginecológico, se expressam através de desconhecimento, estranheza e insatisfação em relação ao próprio corpo.**

*"... Eu tenho vergonha é do meu corpo que é cheio de estrias e celulite, não dele. Um profissional não vai olhar se é grande ou pequeno, não vai olhar nada, ele é um médico que está ali para lhe examinar, eu acho que não tem maldade nenhuma na mente dele..."*

A identidade feminina pode ser influenciada pela não exploração do próprio corpo pelas mulheres<sup>(16)</sup>. Certas mulheres por não gostarem de sua imagem corporal, aterrorizam suas vidas, em busca do corpo perfeito. CHIESA<sup>(24)</sup> (1996) considera que a mudança deste conceito está relacionada a minimização da influência ideológica de aceitação de um padrão idealizado, que contribui para a auto-desvalorização da personalidade.

WIJIMA & ARESKOG-WIJIMA<sup>(25)</sup> ressaltam que, popularmente, há o emprego de palavras

que denotam sentimentos negativos relativos aos genitais femininos. Quando esses são mencionados cientificamente, reduzem-se ao termo vagina, omitindo outras partes sensíveis, o que sugere uma repressão cultural à sexualidade feminina.

Observa-se que a inquietação higiênica leva muitas mulheres da região Nordeste a fazerem a raspagem freqüente dos pelos pubianos, como garantia diante da eventualidade de uma consulta ginecológica de urgência, evitando constrangimento a elas por uma possível recusa dos profissionais em atendê-las em virtude da não realização da tricotomia.<sup>(16)</sup>

Portanto, nesta categoria, o tabu e a vergonha relativos ao exame estão relacionados ao preconceito abordado por SAFFIOTI<sup>(26)</sup>. Este, não científico, veicula ideias falsas, ilegítimas, e discriminatórias, que preservam as relações de poder.

► **O comportamento do profissional ao saber ouvir e ao falar sem imposições e/ou mentiras, determina o estabelecimento de um relacionamento empático com as clientes.**

*"... é que todos os médicos têm que se tornarem amigáveis, eles têm que mostrar que me respeita, que me entende. Então, uma conversa, uma brincadeira, uma piada, tudo isso faz com que a pessoa se sinta mais relaxada, se sinta bem, à vontade..."*

*"... Às vezes a gente tava conversando com ela o problema e ela conversando com atendente, a mulher que chamava o paciente, não tava dando atenção ao que a gente estava falando. Tudo isso pesa na vida de um paciente, no que está sentindo, que às vezes quer explicar ao médico. Às vezes a gente fica até inibida em falar as coisas que está sentindo, porque sabe que não vai dar atenção, sabe que não vai adiantar, que é jogar tempo fora, jogar conversa fora! É isso."*

O processo de comunicação prima pela visão do outro como um todo, sem esquecer que os gestos, as expressões faciais, o modo de falar, o silêncio ... podem estar denunciando nervosismo, medo e ansiedade.

CANELA<sup>(9)</sup>, a partir de sua ampla experiência com a clientela ginecológica, afirma que o bom relacionamento médico-cliente impõe uma abertura que dá segurança a ambos, favorecendo para que as informações necessárias ao di-

álogo sejam verdadeiras e aprofundadas, observando-se as limitações existentes na prática médica.

O fato de se tratar de um ser humano deve bastar, segundo SAFFIOTI <sup>(26)</sup>, para que a ele se confira toda a dignidade. A autora afirma ainda que uma relação verdadeira, alimentada pela troca, pelo dar e pelo receber, só é estabelecida entre iguais, não cabendo os papéis de dominador e de dominado.

► **A preferência atual em ser atendida por profissional do sexo masculino ou feminino é determinada pelo prévio tratamento humanitário dispensado.**

*“... No meu caso é diferente. Acho que os homens têm mais paciência, se interessam mais em fazer o exame. Na maioria das vezes, acho as mulheres mais grossas, elas brigam muito ( deu uma risada ). Quando fiz exame com homem, me senti bem à vontade, sem constrangimento nenhum. Quando foi mulher, me senti um pouco incomodada, não tive total liberdade como tive com homem, senti desconforto total. A maioria das mulheres que eu fui, achei muito indelicada...”*

*“... Eu prefiro mais o homem do que a mulher. Porque ele, eu acho que o homem atende a mulher muito bem do que... do que a mulher atende a outra... Parece que a mulher é mais agressiva... Se eu for num médico, se eu for num hospital e tiver uma ginecologista... eu não me atendo...”*

FARIAS & REIS <sup>(12)</sup> entendem que *“ a relação médico-cliente não pode ser entendida de modo parcial. Médico e cliente. estão inseridos no contexto, assim, transferência e contra-transferência são fenômenos que ocorrem permanentemente nesse encontro independente do sexo do profissional, quando o mesmo se coloca tecnicamente competente, porém igualitariamente humano.”*

Nas relações estabelecidas no trabalho, como ressalva KERGOAT <sup>(27)</sup> a relação entre os sexos é ativa no local de trabalho, enquanto a relação de classe aí não se esgota, mas é ativa na relação com o corpo. A autora reforça que tanto as relações sociais de sexo como as relações de gênero indicam que a dimensão sexual é parte integrante do social, e deve ser assim levada em conta.

## Considerações Finais

Foi possível perceber como o relacionamento profissional - cliente é fundamental na demanda espontânea para a realização do exame para prevenção do câncer cérvico-uterino. Quando o profissional advoga que o exame é indolor, de baixo custo, rápido, gratuito..., considera-o obrigatório, não importando-se com os aspectos psicológicos e as questões de gênero envolvidas na consulta. Os aspectos individuais, quando considerados pelo profissional, favorecem a espontaneidade na relação. Quando este nível é atingido, forma-se um vínculo capaz de proporcionar uma melhor compreensão das queixas e dúvidas das clientes, bem como de outros aspectos emergentes na consulta. Foi observado que o diálogo é condição fundamental para trabalhar os tabus que negativam a prática do exame, pois, existem fortes influências da educação familiar, religiosa e da cultura patriarcal que condenam a sexualidade feminina e reprimem a descoberta e a exploração da genitália, fazendo com que as mulheres criem sentimentos negativos em relação ao seu corpo e a exposição do mesmo.

O PAISM propõe novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as usuárias, relacionamento este que deve estar baseado no respeito mútuo. Considerar as mulheres como cidadãs dotadas de direitos e como um ser integral, onde a história do corpo está ligada à história da vida, constitui a base para o estabelecimento dessa relação. Considerar-se que é necessário dar o tempo e a possibilidade para que as mulheres expressem com profundidade o que estão sentindo, possam fazer perguntas e esclarecer dúvidas. <sup>(28)</sup>

As investigações de gênero e de saúde não se reduzem ao conhecimento de indicadores de enfermidades que afetam única e totalmente a um gênero, nem tampouco se limita a buscar o nexo empírico da patologia feminina com fatores sociais correlacionados, mas devem explicitar como intervêm as condições e relações de gênero no processo de determinação da saúde-enfermidade. Cabe considerar que essas relações se modificam historicamente e que apresentam distintas expressões nos diversos grupos humanos de uma sociedade. <sup>(29)</sup>

Com base no estudo concluiu-se que as ações profissionais dirigidas à mulher não consideram a dimensão que valoriza as questões de gênero e que, apesar da importância dada pe-

las mulheres ao exame preventivo, as mesmas não estão conscientes de sua importância para a prevenção do câncer cérvico-uterino não o realizando com a periodicidade e frequência

correta, o que leva ao aumento da incidência e prevalência pois, na maioria das vezes, quando detectada a neoplasia, esta encontra-se em fases avançadas, impossibilitando assim, a cura.

---

### Referências Bibliográficas

1. \_\_\_\_\_. - Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1998*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer / Coordenação de Programas de Controle de Câncer, 1998.
2. SILVA, E. S. et al. - *Registro Hospitalar de Câncer: Hospital Aristides Maltez 1991 a 1994*. Liga Bahiana Contra o Câncer, Salvador, 1995.
3. COSTA, A. M. - Saúde da mulher; estórias e inquietações. In: *A mulher e a saúde. Cadernos do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais*, 5: 7-82, 1988.
4. CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA MULHER. - *Os serviços de saúde: o que as mulheres querem*. Rio de Janeiro, 1986, p.1-12. (mimeo).
5. LOPES, R.L.M.; SOUZA, I.E.O. - Prevenção do câncer cérvico-uterino: desafio para todos. *Femina*, 23(5): 463-467, 1995.
6. FERRIGNO, R.; FARIA, S.L.C.O. - Prevenção do câncer cérvico-uterino: perfil das mulheres com câncer invasor. *Rev Bras Cancerol*, 38 (1): 29-23, 1992.
7. TADDE, E. - Estratégias de integração de assistência à saúde da mulher. Ações de controle do câncer cérvico-uterino e de mama no Brasil: situação atual e estratégias para a expansão. *Rev Bras Cancerol*, 31(3): 189-190, 1985.
8. BLESCH, K.S.; PROHASKA, T.R. - Cervical cancer screening in older women. *Cancer Nursing*, 14 (3): 141-147, 1991.
9. CANELLA, P.R.B. - Ensino e relação médico-cliente em enfermagem de ginecologia. *Rev Bras Ginecol e Obstet*, 1(4): 152-158, 1979.
10. MALDONADO, M. T.; CANELLA, P.R.B. - *A relação médico-cliente em ginecologia*. 2ª ed. São Paulo: Roca, 1988, p.35-36.
11. MAGEE, J. - O exame ginecológico visto do outro lado da mesa. *Femina*, 16(12): 1124-1128, 1988.
12. FARIAS, L.N.; REIS, I.C.F. - O ginecologista e a cliente. *Femina*. 13(3), 221-224, 1985.
13. RIOS, R.L.; GÓMEZ E. - *A mulher face à saúde e ao desenvolvimento: um enfoque alternativo*. Brasília: Theasurus. 1993.
14. SCOTT, J. - Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press. 1988-1991. (Trad. Por SOS-Corpo, Recife, p.5-6,14-17).
15. OLIVEIRA, E.M. de - Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: *Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização*. Eleonora Menicucci de Oliveira (org.). Goiânia: AB, 1997.
16. XAVIER, D. et al. - Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989, p.204-223.
17. CANELLA, P.R.B. - O médico como controlador da sexualidade. *Rev Bras Sexol Hum*, 2(2): 133-151, 1991.
18. LOPES, R.L.M. - *O avesso da prevenção do câncer cérvico-uterino: o ex-sistir feminino sob a ótica da enfermagem*. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

19. PAIVA, M.S. - *Relações de gênero nas práticas de atenção à saúde da população feminina em Salvador*. (cópia xerografada).
20. LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. A entrevista. In: *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
21. MALDONADO, M. T. - A ilusão de onipotência na relação médico-cliente. *Femina*, 6(4), 1978.
22. LAURO, G.L. - Nas redes do conceito de gênero. In: *Gênero e saúde*. Maria Júlia Lopes (org.). São Paulo: Artes Médicas, 1996.
23. D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; LUIZ, O.C. - Do outro lado do espelho: as mulheres e o exame ginecológico. In: Fonseca R.M.G.S., *Mulher e cidadania na nova ordem social*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero ( NEMGE/USP), 129 - 148, 1996.
24. CHIESA, A.M. - Mulher, corpo e agravo à saúde: do ingênuo ao crítico através do conhecimento. In Fonseca, R.M.G.S., *Mulher e cidadania na nova ordem social*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero ( NEMGE/USP), 129 - 150, 1996.
25. WIJIMA, K, ARESKOG-WIJIMA, B. Women's experiences of their genitals as an important aspect of their meetings with gynaecologists. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. Linköping, 6: 133-141, 1987.
26. SAFFIOTI, H.I.B. - *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.
27. KERGOAT, D. - Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: *Gênero e saúde*. Maria Júlia Lopes (org.). São Paulo: Artes Médicas, 1996.
28. ÁVILA, M.B. - *PAISM: um programa de saúde para o bem estar de gênero*. 2ªed. Recife: S.O.S. Corpo, 1995.
29. BREILH, J. - *El genero entrefuegos: inequidad y esperanza*. Quito: CEAS, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1996. (mimeo.)