

## CONHECIMENTO DOS MOTIVOS QUE LEVARAM A MULHER DE VARGEM GRANDE PAULISTA A REALIZAR O PAPANICOLAU – PARTE I

Maria Teresa Cícero Laganá \*\*  
Sueli Aparecida Frani Galera \*  
Tamara Iwanow Cianciarullo \*\*\*

LAGANA, M.T.C.; GALERA, S.A.F.; CIANCIARULLO, T.I. Conhecimento dos motivos que levaram a mulher de Vargem Grande Paulista a realizar o papanicolau - parte I. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(1):169-176, abr. 1990.

*Nesta primeira abordagem as autoras discutem a situação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo e enfatizam o déficit de informação acerca da epidemiologia social dos comportamentos das mulheres em relação a práticas de saúde. Focalizam o exame preventivo de Papanicolau e relacionam os motivos que levaram as mulheres de Vargem Grande Paulista a fazê-lo. Analisam este conhecimento à luz dos critérios propostos por KULBOK<sup>5</sup> para, posteriormente, aplicá-los na prática (Parte II).*

UNITERMOS: *Saúde da mulher. Educação para saúde. Doença ginecológica, prevenção.*

### I. INTRODUÇÃO E PROBLEMÁTICA

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi implantado em 1983 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de dotar os serviços de saúde da rede básica com atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, dirigidas à adolescência até a terceira idade. Em São Paulo esse programa foi iniciado em 1986 concentrando suas ações na prevenção do câncer ginecológico e no planejamento familiar, com o cerne das atenções voltado para os métodos anticoncepcionais e o processo reprodutivo.

A avaliação<sup>1</sup> deste programa em seu 1º biênio, 86/88, em termos quantitativos, mostrou que, na Grande São Paulo, das 312 unidades coordenadas pelos 15 Escritórios Regionais da Saúde (ERSAS): 47 (15%) dispõem de todos os métodos anticoncepcionais, 29 (9,2%) dispõem de treinamento para capacitação de pessoal para o programa, 22 (7,5%) dispõem de atividades de grupo e 15 (4,8%) dispõem de regis-

\* Enfermeira.

\*\* Professor Assistente do Depto. de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

\*\*\* Professor Associado do Depto. de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

tros específicos para o programa, totalizando 113 (36,2%) unidades com o programa, de algum modo, efetivamente implantado. Nestas Unidades Básicas de Saúde, com Programa de Saúde da Mulher, houve, de fato, diversificações de práticas de saúde, ou seja, não há quase mulheres, acima de 40 anos, usando anticoncepcionais orais, maior número de mulheres da área geográfica da unidade estão vinculadas ao programa, maior número de mulheres fazem exame colpocitológico. Mas, questionadas as mulheres que passaram pelo programa, nas unidades, acerca de:

— Que forma o método anticoncepcional que você usa evita a gravidez? e

— Que período do seu ciclo menstrual é mais fácil engravidar?

Obteve-se respostas não corretas mas que indicavam “algum nível de informação” em torno de 11%. Fica difícil, então, avaliar, em termos qualitativos, quantas famílias foram beneficiadas pelo programa e de que forma tendo em vista a base doutrinária que norteia o Programa.

Esta parte do conceito de assistência integral que envolve a oferta de ações globais onde, além do planejamento familiar objetiva-se, entre outras, a implantação ou ampliação das atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino. Conforme o Ministério da Saúde<sup>2</sup> “o câncer do colo uterino tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços em termos de identificação precoce da patologia e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade. Embora exista uma tecnologia simples para diagnóstico dos estados pré-cancerosos, menos de 2% da população feminina é atendida nessa necessidade”.

Da mesma forma que o planejamento familiar, na prevenção do câncer uterino, há grande déficit de informações, no Brasil, acerca dos “comportamentos” de saúde-doença das populações, ou seja, dados acerca da epidemiologia social de grupos particulares da população, além da epidemiologia clássica, que permitam montar e validar tecnologias de cuidados de saúde que atendam às necessidades peculiares de planejamento e capacitação de serviços de saúde. Estes déficits de referenciais teórico-práticos dificultam a formação de recursos humanos capazes de interfacear as áreas teóricas e assistenciais de enfermagem no que diz respeito às novas abordagens para com os comportamentos da população feminina em relação a sua própria saúde.

Fica claro, então, ao se colocar a questão dos “comportamentos femininos”, que os programas de saúde dirigidos à mulher devem extrapolar o nível biológico da atenção à saúde, a partir dos conhecimentos das mulheres sobre seu próprio corpo, dentro ou fora do ciclo gravídico puerperal, conforme o repertório cultural que lhes é característico. Estes dados são fundamentais para servirem de base para o planejamento da caracterização sócio-econômico-cultural das mulheres da área de atuação dos serviços, objetivando a formação de grupos específicos de seguimento e de educação à saúde.

## II. SOBRE O COMPORTAMENTO FEMININO

Etimologicamente, comportamento significa “maneira de se comportar, procedimento, conduta. Conjunto de atitudes e reações do indivíduo em face do meio social”<sup>3</sup>.

Ampliando o conceito, numa abordagem social e psicológica, os comportamentos das pessoas são representações objetivas de suas concepções acerca do mundo a partir da interação com os processos que nele se dão<sup>8</sup>. Essa interação gera questionamentos individuais e particulares devido às sensações emocionais e físicas que a interação proporciona. Dos questionamentos, por sua vez, surgem as motivações que originam os comportamentos e, daí, os estilos de vida. Portanto, os comportamentos humanos são motivacionais e há múltiplas variáveis que predisõem as pessoas a agirem de determinados modos (estilos de vida) como: expectativa de valor, tipo de integração social, educação, personalidade, influências culturais, influência do evento na vida da pessoa, suporte social, entre outras.

No ambiente da saúde, a motivação para agir é influenciada por uma assistemática multiplicidade de variáveis, às vezes contraditórias, que torna difícil identificar a razão dos comportamentos de saúde, ou seja, os “porquês” de determinados comportamentos das pessoas em relação à própria saúde.

Algumas dimensões da motivação para agir, apontadas por autores<sup>4, 5, 7, 8</sup> podem ser assim resumidas:

- necessidades pessoais de procurar serviços de saúde;
- percepção pessoal da suscetibilidade de saúde/doença;
- percepção individual de benefícios ou riscos associados com as ações propostas;
- crenças ligadas a determinadas classes de estímulos;
- sentimento de habilidade para controlar a saúde;
- conhecimento do grau de agravo que a doença pode causar;
- percepção pessoal da acuracidade do diagnóstico feito;
- percepção da utilidade dos tratamentos e condutas propostas;
- crença na moderna prática médica;
- tipo de assistência à saúde que as pessoas recebem e tipo de programa de educação à saúde de que fazem parte;
- conceito individual e dos grupos de pertencimento acerca da saúde-doença; e
- elementos de reciprocidade entre as dimensões acima.

Especificamente com relação ao comportamento feminino vale lembrar que a disposição para agir da mulher deve ser analisada também

sob o ponto de vista de sua inserção na sociedade (ideologias sexuais, estereótipos femininos), pois o modo de inserção altera o conteúdo dos conceitos incluídos no repertório de conhecimentos acerca de seu corpo, seu papel social e sua saúde. A quantificação deste problema se reflete de maneira significativa na qualidade de vida das famílias, uma vez que o stress sobre a saúde da mulher influencia a sua aceitação no compromisso de auto cuidar-se, com reflexos inevitáveis sobre si mesma e seu grupo familiar, particularmente as crianças.

Neste contexto, trabalhando com mulheres de determinadas características de vida e trabalho na Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande Paulista, temos levantado o conhecimento delas a respeito das práticas de saúde a que se submetem no serviço, com a finalidade de estruturar um sistema de vigilância epidemiológica da saúde da mulher em Vargem Grande Paulista (SP).

### III. MOTIVAÇÃO DAS MULHERES PARA FAZER O EXAME PREVENTIVO DE CA UTERINO

Com o objetivo de conhecer os motivos que levaram as mulheres que freqüentam o CS II de Vargem Grande Paulista a realizarem exames de prevenção de ca ginecológico, foram levantadas as respostas das mulheres que compareceram ao serviço para saberem o resultado da colpocitologia através dos exames de Papanicolau.

Nesta primeira fase identificamos apenas uma dimensão da motivação para agir, ou seja, a da necessidade pessoal de procurar serviços de saúde, para, numa segunda etapa, identificar outras dimensões (que o instrumento permite) discutindo a reciprocidade entre elas.

#### *Metodologia*

Foram relacionados os motivos dados por 121 mulheres que consultaram o Centro de Saúde no período de novembro e dezembro de 1987 para exame ginecológico preventivo de rotina com coleta de colpocitologia para Papanicolau. Durante as reuniões de grupo para entrega dos resultados, foi introduzido o tema básico que era a pergunta, devidamente decodificada: — Quais as razões que as levaram a fazer Papanicolau. Os motivos relatados pelas mulheres à introdução do tema básico eram conversados antes das discussões sobre o conceito, as finalidades e o modo de se proceder aos exames de Papanicolau.

#### *Instrumento*

Utilizou-se a Folha de Registro dos Encontros de Ajuda/Orientação não diretivos utilizada nos trabalhos do Núcleo de Assistência ao Auto-Cuidado da Mulher (NAAM) \*. As respostas das mulheres foram anotadas conforme a orientação para preenchimento do instrumento (anexo 1).

\* O NAAM, criado em 1986, desenvolve seus trabalhos de campo em Vargem Grande Paulista (SP) e tem a coordenação técnica sediada no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

## Resultados

Quais os motivos que as levaram a fazer o Papanicolau?

Respostas	Frequência
. Já tinha feito 1 (ou mais vezes) * e sabia que era para descobrir se tem câncer	38
. Tinha 1 bolinha em baixo e estava com medo	01
. Não conseguia engravidar	05
. Para fazer tratamento para engravidar	04
. Queria tomar pílula	11
. Tinha dor na relação sexual	04
. Tinha cólica menstrual	09
. Tinha «escorrimento»	10
. Tinha dor no «pé da barriga»	03
. Pra fazer laqueadura	02
. Porque tem muita infecção na urina	02
. Pra saber se tem câncer em algum lugar do corpo	01
. Porque tem medo que câncer «pega» (vizinha morreu com câncer de estômago) *	01
. Pra aprender que cuidados tem que ter com o corpo	01
. Porque é «frígida», não tem prazer no sexo	03
. Quer tomar remédio para a menstruação	01
. Estava com coceira em baixo	04
. Tinha uma ferida na «boca» do útero	02
. Porque estava com a bexiga solta	01
. Porque o marido a abandonou e está com outra	01
. Porque depois da regra fica com «arúme» no útero por 2 dias	01
. Porque o médico mandou (mas não sabiam exatamente a indicação) *	17
Total	121

\* esclarecimento dos autores.

#### IV. DISCUSSÃO

Os motivos ou as necessidades das mulheres estão indissociavelmente ligados às práticas de saúde que adotam. Portanto, o arranjo de todas as variáveis que afetam a disposição para agir é fundamental para motivá-las. O conhecimento, pelo enfermeiro, dos motivos de sua clientela, ainda como apenas uma das facetas da organização de um processo educativo que busque intervir expressamente no plano da consciência das pessoas, é parte fundamental da adequação de um instrumento de saúde aos objetivos de uma educação de base. Os resultados destes tipos de levantamentos devem ser marcadamente diferentes conforme se esteja num ou noutro contexto de intervenção.

Assim, para discutir os resultados obtidos pautamo-nos na análise conceitual dos comportamentos de saúde preventiva proposta por KULBOK<sup>6</sup>. Esta autora parte do pressuposto de que devido às várias dimensões que afetam a disposição para agir das pessoas, à dificuldade de se chegar a uma definição satisfatória de saúde e ao grau de abstração dos conceitos numa dada situação concreta, a questão fundamental do "porquê" (as pessoas agem de determinado modo) permanece, ainda, sem resposta.

Para tanto, descreve critérios para a análise de comportamentos preventivos de saúde e propõe uma abordagem adaptativa e de bem-estar do indivíduo, utilizando o máximo potencial de saúde dele e de seus grupos de pertencimento, que expomos, agora, de modo simplificado.

O primeiro critério é o da *intersubjetividade*, ou seja, é a análise da natureza e do significado dos conceitos para a população. É mais fácil ocorrer quando existe uma definição explícita do conceito. Esta envolve o dilema de se obter os significados sem no entanto restringir a extensão de estágios relacionados com o conceito explícito. A maior parte das nossas mulheres têm um significado explícito acerca do Papanicolau por já terem obtido algum tipo de informação anterior ao vivenciarem a realização do exame, verbalizando a natureza preventiva do procedimento. No entanto, vários outros motivos verbalizados pelas mulheres devem ser analisados à luz de como poder relacioná-los à definição explícita. Assim, "a frigidez" ou "a bolinha embaixo" como motivos para o Papanicolau devem ter uma ligação pelo menos relacional com a colpocitologia a fim de não se bloquear a percepção individual da mulher, pois faz parte de sua disposição para agir. Aquelas mulheres que não conheciam a indicação do Papanicolau mas o fizeram a critério médico tiveram como motivação a própria indicação médica que também deve ser valorizada. Pode ser que a partir do conhecimento da finalidade do Papanicolau este grupo de mulheres se aproxime mais dos conceitos explícitos na atividade prevenção de ca uterino e elabore outra natureza para aquele procedimento. Neste critério de intersubjetividade, nenhuma extensão dos estágios relacionais deve ser restringida à definição explícita do que se pretende.

O segundo critério, o da *abstração*, implica numa ordenação hierárquica dos conceitos emitidos num contínuo que vai de um nível concreto,

ou seja, de um fenômeno observável para um nível da representação simbólica do mundo empírico. As mulheres que freqüentam a Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande Paulista têm suas representações culturais acerca da finalidade dos exames de Papanicolau. Essas representações constituem-se, concretamente, num corpo de informações observável através das verbalizações das mulheres e do comportamento delas de freqüentarem a UBS motivadas, justamente, pelas suas próprias necessidades (fato concreto). A partir deste fato abstrai-se que numa dada população, o comportamento de saúde preventivo é definido como uma gama de ações tomadas pela pessoa para auto cuidar-se conforme ela percebe a maneira de proteger seu bem-estar, ou seja, o comportamento de saúde adotado é auto-definido (ou auto-determinado). Por exemplo, a mulher que teve receio de ter sido "contagiada" pela vizinha que faleceu com ca de estômago ou aquela que julga poder encontrar a causa, através do Papanicolau, do abandono do marido, têm suas representações acerca do cuidado de si própria que determinaram a procura à Unidade Básica de Saúde.

O último critério adotado por KULBOK <sup>6</sup> é o da *relevância empírica*, ou seja, como estabelecer a correspondência entre a definição operacional de um conceito e sua articulação com situações concretas. Então se temos claro o conceito de que o comportamento de saúde adotado é auto-determinado (abstração) e a motivação para agir é baseada nos significados e na natureza dos conceitos de saúde que as mulheres elaboraram para si (intersubjetividade), a articulação entre o dado conceitual e o dado empírico objetivo está justamente no fato de que, independente dos objetivos dos programas de saúde pré-determinados, as mulheres vivenciam a oferta de serviços da maneira que elas próprias determinam e não ao contrário, como queremos acreditar, nós, os técnicos.

## V. CONCLUSÃO

Ao se levantar os conhecimentos destas mulheres acerca dos exames de Papanicolau, não é suficiente utilizá-los apenas como referencial para ponto de partida de um processo educativo, nem utilizá-los de maneira a, simplesmente, respeitá-lhes a cultura e a vivência, mas se trata de entender, com elas, o modo de elaboração destes conceitos, de maneira a torná-los os mais consistentes possíveis em relação às concepções desejáveis cientificamente.

### *Agradecimento*

Agradecemos aos integrantes do NAAM pela gentileza de nos permitir divulgar parte do trabalho desenvolvido por toda a equipe:

Dulce Maria Rosa Gualda  
Luiza Akiko Komura Hoga  
Martha Rumiko Kayo Hashimoto  
Rose Meire Imanichi  
Beatriz Almeida Ferreira  
Maria Cláudia Moreira da Silva

LAGANA, M.T.C.; GALERA, S.A.F.; CIANCIARULLO, T.I. Knowledge of motives that yield women on Vargem Grande Paulista to submit to Pap smear - part I. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(1):169-176, Apr. 1990.

*In this first approach the authors discuss the state of the Program for Integral Assistance for Women's Health in São Paulo and emphasize the deficit of information on social epidemiology of women's behaviors related to health practices. They focus on the preventive Pap smear and associate the motives that yield women of Vargem Grande Paulista to have it made. They analyse this knowledge from criteria proposed by KULBOK<sup>5</sup> for posteriorly apply it in practice.*

UNITERMS: *Women's health. Health education. Gynecologic diseases, prevention.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, R.M. et alii. Planejamento familiar em São Paulo: 2 anos de experiência. *Ci. e Cult.*, São Paulo, 40(supl. 7):101, jun. 1988.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p.
3. FERREIRA, A.B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. 1838p.
4. GREEN, L.W. Evaluation and measurement: some dilemmas for health education. *Am. J. Public. Health*, Washington, 67(2):155-61, Feb. 1977.
5. HUBBARD, P. et alii. The relationship between social support and self practices. *Nurs. Res.*, New York, 33(5):266-70, Sept./Out. 1984.
6. KULBOK, P. A concept analysis of preventive health behavior. In: CHINN, P.L. **Advances in nursing theory development**. Rockville, Asper, 1983, cap. 8. p.125-51.
7. STENZEL, A.C.B. Concepção de saúde/doenças na classe operária. *Arq. Med. Prev.*, (5):56-85, 1982.
8. SUCHMAN, E.A. Health attitudes and behavior. *Arch. Environ. Health*, Washington, 20(1):105-10, 1970.

Recebido em 26/09/89