



DESAFIOS DA INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

CHALLENGES OF NURSE'S INSERTION IN WOMEN'S HEALTH

DESAFÍOS DE LA INSERCIÓN DEL ENFERMERO EN LA SALUD DE LA MUJER

*Luan Fontenele Nogueira*¹

*Roberlandia Lopes Evangelista*²

*Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo*³

*Suênia Évelyn Simplicio Teixeira*⁴

RESUMO

.....

Este estudo objetivou revelar os motivos que dificultam a inserção do enfermeiro na consulta ginecológica e no planejamento reprodutivo no Centro de Saúde da Família (CSF) Estação, em Sobral-CE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ocorrida entre setembro de 2014 e fevereiro de 2016. As participantes foram 10 mulheres acompanhadas por esse CSF. Os critérios de inclusão foram: mulheres que passam por consultas ginecológicas e planejamento reprodutivo; maiores de 18 anos; usuárias dos serviços do CSF no mínimo 2 vezes ao longo de 2 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA), sob o Parecer n. 1346-520. Constatou-se que as mulheres sentem desconforto ao realizar os exames ginecológicos com enfermeiros; esse fator pode afetar a busca pelos serviços do CSF. O enfermeiro deve atuar de modo diferenciado nos serviços de saúde da mulher, proporcionando qualidade no atendimento, aliada ao respeito à intimidade e à privacidade desta clientela.

.....

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Enfermeiros; Assistência à Saúde.

1. Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE).

2. Aluna de doutorado em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Sobral (CE), Brasil.

3. Aluno de graduação em Enfermagem na UVA. Sobral (CE), Brasil.

4. Aluna de graduação em Enfermagem na UVA. Sobral (CE), Brasil.

ABSTRACT

This study aimed to reveal the reasons that hinder nurse's insertion in the gynecological appointment and in the reproductive planning at the Family Health Center (FHC) Estação, in Sobral, Ceará, Brazil. This is a qualitative research, which took place between September 2014 and February 2016. The participants were 10 women followed up by this FHC. The inclusion criteria were: women attending gynecological appointments and seeking reproductive planning; older than 18 years; using FHC services at least twice over two years. The study has been approved by the Research Ethics Committee of the Ceará State University Vale do Acaraú (REC/UVA), under the Opinion n. 1346-520. It was found that women feel discomfort when undergoing gynecological exams with nurses; this factor may affect the search for FHC services. A nurse should act in a differential way in women's health services, providing quality of care, along with respecting the intimacy and privacy of this clientele.

Keywords: Women's Health; Nurses; Health Care.

.....

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue revelar las razones que dificultan la inserción del enfermero en la consulta ginecológica y en la planificación reproductiva del Centro de Salud de la Familia (CSF) 'Estação', en Sobral, Ceará, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, que tuvo lugar entre septiembre de 2014 y febrero de 2016. Las participantes fueron 10 mujeres seguidas por este CSF. Los criterios de inclusión fueron: mujeres que pasan por consultas ginecológicas y planificación reproductiva; mayores de 18 años; usuarias de los servicios del CSF al menos 2 veces a lo largo de 2 años. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Estado de Ceará Vale do Acaraú (CEP/UVA), bajo la Opinión n. 1346-520. Se constató que las mujeres sienten malestar cuando se someten a exámenes ginecológicos con enfermeros; este factor puede afectar la búsqueda de servicios del CSF. Un enfermero debe actuar de manera diferenciada en los servicios de salud de la mujer, brindando calidad de atención, junto al respeto por la intimidad y la privacidad de esta clientela.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Enfermeros; Atención de Salud.

.....

INTRODUÇÃO

As práticas de cuidado se articulam nos três níveis da atenção à saúde brasileira: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Este estudo enfocou a atenção primária à saúde (APS), mais precisamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), estruturada no cuidado por meio da prevenção de agravos e da promoção da saúde. A APS atua como coordenadora de uma ampla resposta a todos os níveis de atenção, partindo da necessidade de cada indivíduo para que se mostrem socialmente mais relevantes, garantam o acesso universal e a proteção social. Assim, trata-se de um modelo descentralizado que busca melhores resultados sanitários, dando preferência a atitudes responsivas e contribuindo para a justiça social e o fim da exclusão social¹.

A ênfase na implantação da ESF justifica-se pela necessidade de substituir o modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Nesse novo modelo, o sujeito deixaria de ser visto de modo fragmentado, isolado de seu contexto familiar, social e de seus valores próprios, o

que possibilitaria o desenvolvimento de "ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas"^{2:9}.

A ESF conta com inúmeros programas para atender às famílias, voltados à Saúde da Criança, à Saúde da Mulher, à Saúde da Pessoa Idosa, à Atenção Domiciliar, ao Controle da Hipertensão Arterial e do *Diabetes Mellitus*, ao Controle da Tuberculose e à Eliminação da Hanseníase, entre outros temas³. Dentre eles, vale destacar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica, em 1983. A discussão se pautava predominantemente no controle da natalidade. Este, por sua vez, introduz assistência aos direitos sexuais e reprodutivos, apontando um novo olhar à mulher. Um olhar para um ser integral, com necessidades de cuidados à saúde, dentro e fora da esfera reprodutiva, junto ao sistema de saúde pública por meio da rede assistencial⁴.

Dando sequência às diretrizes, às leis e aos programas que abarcam o cuidado da mulher, o MS determina, como competência dos profissionais de saúde, a assistência em concepção e contracepção, empenhando-se em informar os sujeitos sobre as opções para as duas finalidades, destacando

a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil. Em se tratando de planejamento reprodutivo, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006, evidenciou melhoras no acesso das mulheres brasileiras à contracepção e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, mas também mostrou a persistência de significativas disparidades entre grupos populacionais, segundo escolaridade, cor da pele, área de residência (urbana ou rural) e região do país, indicando a permanência de desigualdades sociais em saúde⁵.

O câncer de colo uterino constitui importante problema de saúde pública e está ranqueado como o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres no mundo, sendo responsável pelo óbito anual de aproximadamente 230 mil mulheres⁶. A relevância das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na assistência à saúde da mulher é fundamental para a qualidade de vida das usuárias dos serviços, pois vem atuando no exercício da prevenção e da promoção da saúde, principalmente na realização do teste de Papanicolau. Esse papel se propõe a orientar acerca do adequado planejamento reprodutivo e dos cuidados necessários para a prevenção dos principais tipos de câncer que atingem as mulheres, o de colo uterino e o de mama. Dentre as principais orientações e condutas, pode-se citar: cuidados de higiene, uso correto de contraceptivos, principais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e modos de prevenção, exame citopatológico e exame das mamas^{7,8}.

Desse modo, revelam-se as condições necessárias para ampliar a atuação do enfermeiro na assistência à saúde da mulher, mais especificamente na consulta ginecológica e no planejamento reprodutivo, aumentando a qualidade do aprendizado. Assim, os espaços de ensino devem proporcionar incentivos à busca de ferramentas de inclusão e participação nesses serviços, de modo a ampliar o olhar voltado aos aspectos sociais e culturais que levam mulheres a não aceitação de enfermeiros nessa atividade. Nesse contexto, objetivou-se revelar os motivos que dificultam a inserção do enfermeiro na consulta ginecológica e no planejamento reprodutivo na ESF "Estação", em Sobral-CE.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, concebida por meio da interpretação como foco, tendo em vista o interesse em significar a situação estudada sob a perspectiva dos participantes; subjetividade, pois o foco de interesse é a perspectiva dos informantes; flexibilidade na condução do estudo (não há uma definição *a priori* das situações); interesse no processo e não no resultado (entendimento da situação em análise); contexto intimamente ligado ao comportamento dos participantes na formação da experiência;

O câncer de colo uterino constitui importante problema de saúde pública...

e reconhecimento de que existe influência da pesquisa sobre a situação, ao se admitir que o pesquisador também sofre influência da situação pesquisada⁹.

O estudo foi iniciado em setembro de 2014; a coleta das informações foi realizada de outubro a dezembro de 2015; e a análise dos dados obtidos ocorreu em janeiro e fevereiro de 2016.

Os sujeitos do estudo foram 10 mulheres acompanhadas pelo ESF "Estação". Os critérios de inclusão foram: mulheres que realizam consultas ginecológicas e planejamento reprodutivo; maiores de idade; usuárias dos serviços da ESF no mínimo 2 vezes ao longo de 2 anos.

O local de pesquisa, a ESF "Estação", atende a uma população de 7.589 habitantes, moradores do centro da cidade. Os profissionais dessa ESF dividem-se em 2 equipes; cada uma dispõe de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista e 1 atendente de consultório bucal. Tais equipes contam com o apoio de residentes em Saúde da Família (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e farmacêutico) e, também, com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo e educador físico.

As mulheres que aceitaram participar deste estudo foram entrevistadas. Essas entrevistas duraram cerca de 30 minutos, com perguntas mediadas pelo pesquisador principal, gravadas com autorização das entrevistadas, sem indução por parte do pesquisador e preservando as falas de cada participante na íntegra.

A pesquisa seguiu os princípios da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que assegura os direitos e deveres dos participantes e garante os princípios da bioética, quais sejam: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/UVA), sob o Parecer n. 1346-520.

Os resultados são apresentados em categorias temáticas, construídas a partir das informações obtidas durante a coleta de dados. As categorias são utilizadas para explicar, justificar e representar os achados da pesquisa¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo aponta o problema e o caminho trilhado para a obtenção das falas das 10 mulheres entrevistadas. Por meio da categorização de Minayo¹⁰, apresentam-se as partes que compõem os resultados desta pesquisa. A princípio, esboça-se a caracterização das mulheres entrevistadas. Em seguida, explanam-se as seguintes categorias temáticas: Os motivos desvelados – vergonha, incômodo e medo; e Eu prefiro a mulher – o gênero escolhido. Para preservar sua identidade, as mulheres são identificadas pela codificação “M”, acompanhada pela numeração cardinal (M1, M2, M3...).

Em relação ao perfil dessas mulheres, 3 das 10 entrevistadas se encontravam na faixa etária dos 50 anos. A mais nova (M1) tinha 27 anos e a mais velha (M10) tinha 66 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados da entrevista semiestruturada

Participante	Idade	Escolaridade	Renda familiar
M1	27 anos	Ensino Médio completo	1/2 salário-mínimo
M2	28 anos	Ensino Médio completo	2 salários-mínimos
M3	30 anos	Ensino Médio completo	2 salários-mínimos
M4	32 anos	Ensino Fundamental incompleto	1 salário-mínimo
M5	43 anos	Ensino Fundamental incompleto	1/2 salário-mínimo
M6	44 anos	Ensino Fundamental incompleto	1 salário-mínimo
M7	53 anos	Ensino Superior completo	3 salários-mínimos
M8	56 anos	Ensino Fundamental incompleto	1 salário-mínimo
M9	58 anos	Ensino Médio completo	2 salários-mínimos
M10	66 anos	Ensino Fundamental incompleto	1 salário-mínimo

Fonte: Elaborada pelos autores.

Todas as 10 entrevistadas fazem suas consultas periodicamente (anuais); além disso, relataram conhecer a importância do exame para a prevenção de outras doenças e manutenção da saúde.

Quanto à escolaridade, 5 das 10 entrevistadas tinham Ensino Fundamental incompleto. Essa informação é relevante, pois o grau de instrução está diretamente relacionado à assimilação dos cuidados com a saúde, principalmente com o autocuidado. Pesquisadores ressaltam que o autocuidado pode ser compreendido como a prática de atividades em benefício próprio, com o objetivo de preservar a vida, a saúde e o bem-estar e seu propósito é a efetivação de ações que contribuem com a integridade da atenção à saúde e o desenvolvimento humano¹¹. Além disso, há evidências

científicas, no contexto brasileiro, de que a situação socioeconômica e/ou a escolaridade são determinantes em relação ao uso dos serviços de saúde¹².

A renda das 10 participantes variou entre 1/2 salário-mínimo e 3 salários-mínimos. Apesar de diversos estudos indicarem a renda como importante marcador do acesso à saúde, como a população mais pobre precisa dos serviços de saúde pública em maior quantidade, a proporção de sujeitos que procuram ser atendidos por eles tende a variar em função da distribuição de renda¹³.

Apesar da brevidade de variantes em torno das características das mulheres, ou seja, idade, escolaridade e renda familiar, foi possível colher elementos com relação direta no processo saúde-cuidado-doença dessas mulheres, que pode viabilizar maior adesão ao planejamento reprodutivo e à consulta ginecológica, assim como maior clareza de que um exame adequado pode ser proporcionado tanto por uma mulher como por um homem.

Os motivos desvelados – vergonha, incômodo e medo

A consulta ginecológica e o planejamento reprodutivo constituem espaços em que a mulher pode assegurar a promoção, a prevenção e o tratamento de doenças específicas do gênero. Essa categoria se mostrou importante, na medida em que apontou os desafios que o enfermeiro enfrenta para assistir a mulher, em especial o examinador do sexo masculino. As 10 participantes relataram sentimentos/percepções diante desses atendimentos. As falas abaixo ilustram esse fato:

Eu venho no posto com frequência, pois sou uma mulher que tem a pressão alta e sei que tenho que me cuidar cada vez mais. Quando é pra fazer o exame da prevenção, já fico com medo e vergonha. Medo do resultado e vergonha em ficar nua. Ainda bem que é uma mulher que faz o exame. (M10)

Olhe! O exame é muito invasivo, você sabe disso. Eu tenho vergonha, e isso me causa um grande incômodo, mas sei que tenho que fazer para o meu próprio bem. (M7)

Cada mulher é um ser humano único e apresenta sua própria singularidade e compreensão do contexto do exame citopatológico. Um procedimento simples, aos olhos do profissional, pode ser visto pela mulher como uma agressão (física ou psicológica), devido à bagagem

social, cultural, familiar e religiosa de cada mulher. Um estudo relata que parte dessas mulheres têm conhecimentos sobre a prevenção e a importância do exame, no entanto, desconhecem sua verdadeira utilidade¹⁴.

Algumas mulheres podem reconhecer o exame de prevenção do câncer de colo uterino como um procedimento simples, mas outras podem não ter a mesma opinião, aflorando diferentes sentimentos. Em nossa sociedade, a educação da mulher sempre foi permeada por palavras que implicam proibições e inibições, compondo um quadro de total anulação dos órgãos genitais.

Assim, mostra-se importante identificar esses pensamentos e sentimentos relacionados à exposição do corpo durante o exame de prevenção do câncer de colo uterino, para que sejam elaboradas estratégias educativas a fim de diminuir as barreiras enfrentadas durante esse exame. Apesar do conhecimento adquirido sobre o exame, a atitude das mulheres quanto ao próprio corpo não está livre de influências sociais, culturais e econômicas. Um estudo indica que o conhecimento da importância do exame não implica obrigatoriamente sua realização, mas conhecer seus benefícios representa um fator positivo para a adesão a esse procedimento¹⁵.

EU PREFIRO A MULHER – O GÊNERO ESCOLHIDO

Outro desafio desvelado para assistir às mulheres na consulta ginecológica e no planejamento reprodutivo foi a preferência pelo sexo feminino (escolhido pelas 10 participantes). Destas, 7 optaram pela presença da mulher em suas consultas e houve relatos de que a presença de outra mulher no exame torna o ambiente mais tranquilo e a consulta menos inconveniente.

Não gosto de fazer esse exame com o enfermeiro. Prefiro com a enfermeira aqui do posto. Me sinto mais à vontade e até o medo vai embora. (E3)
Só faço aqui com a minha enfermeira, porque se fosse homem eu até trocava de posto. Acho melhor do que ir pro médico. Com uma mulher, eu me sinto mais aliviada. (E9)

O modo como algumas mulheres se manifestam ao ter de expor seu corpo e vê-lo manipulado e examinado por um profissional revela o quanto a sexualidade influencia a vida da mulher; afinal, trata-se de tocar, manusear e expor órgãos e zonas erógenas. Percebeu-se que a exposição do corpo, principalmente a um profissional de saúde do sexo oposto, constitui fator de constrangimento para as mulheres. Um estudo indica que, mesmo constituindo constrangimento para algumas mulheres, elas têm consciência da importância

...a exposição do corpo, principalmente a um profissional de saúde do sexo oposto, constitui fator de constrangimento para as mulheres.

do exame e de que o vínculo de confiança estabelecido entre profissional da saúde e usuária minimiza sentimentos negativos envolvidos nessa exposição¹⁵.

Segundo o Programa Nacional de Humanização da Saúde (PNH, 2004), tematizar a humanização da assistência traz questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar significa ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos ao acolhimento e à melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais¹⁶.

Além disso, a relação profissional/paciente pautada por um clima de empatia e confiança mostra-se fundamental para garantir uma adesão tranquila aos programas de prevenção de doenças, pois o acolhimento e o vínculo promovem o respeito à dignidade humana¹⁷. As enfermeiras dispõem de maior aceitação por parte das usuárias, independentemente de sua idade ou seu nível de escolaridade. Os sentimentos de vergonha decorrem da constante associação entre exposição da genitália e sexualidade.

No entanto, há de se destacar que 3 das 10 mulheres entrevistadas não apontaram preferência por enfermeiro ou enfermeira na realização de suas consultas:

Não me incomoda em realizar meu exame de prevenção ou minhas consultas com enfermeiro. Se no aqui no posto tivesse homem pra atender, eu aceitaria sem nenhum problema. (M1)
Não me incomoda de jeito nenhum me consultar com homem. Não tenho preferência de escolher quanto ao sexo do profissional que irá me atender. O que importa mesmo é o profissionalismo. Acho válida a presença dos acadêmicos, às vezes a consulta é até melhor. (M2)
Quando a gente precisa, não importa se vai ser homem ou mulher que vai atender. O que vale é a minha saúde. (M4)

O enfermeiro é peça-chave para atrair e incentivar as mulheres a realizar o exame preventivo. A partir do momento em que esse profissional aborda as mulheres de

modo eficiente e com qualidade, cria-se um vínculo e uma relação de confiança. Logo, todos os profissionais da equipe devem conscientizar-se quanto aos benefícios de oferecer um atendimento humanizado à mulher¹⁸.

Para evitar que o profissional do sexo masculino veja sua prática prejudicada, uma opção é formar grupos mistos, minimizando o incômodo que a diferença de sexo pode causar entre profissional e usuária. O atendimento misto pode garantir a inserção do enfermeiro na promoção à saúde da mulher, pois a recusa por parte das usuárias tende a ser menor.

No exame ginecológico, cada mulher apresenta uma percepção própria sobre os procedimentos que envolvem a prevenção do câncer do colo uterino¹⁹. Para tanto, faz-se necessária a compreensão por parte dos profissionais que atuam com as mulheres, pois cada uma deve ser atendida de acordo com sua singularidade e sua história de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão com elevado número de mulheres, o que pode acarretar desvantagens para os homens; muitas vezes, isso se deve ao contexto cultural. Assim, em se tratando especificamente da saúde da mulher, na área ginecológica e de planejamento reprodutivo, o enfermeiro enfrenta certas dificuldades.

Este estudo procurou compreender a mulher inserida em determinada sociedade, histórica e culturalmente situada. A partir das entrevistas, constatou-se que, no exame de prevenção do câncer de colo do útero, algumas mulheres apresentaram sentimentos causadores de incômodo, medo e vergonha e outras relataram ansiedade quanto ao resultado. Compreender o modo como uma população situada percebe, sente e vive a saúde é o primeiro passo para definir estratégias de intervenção mais eficientes e adequadas às reais necessidades da comunidade, indo ao encontro do cuidado holístico e humanizado.

Contudo, mostra-se necessária uma atuação diferenciada por parte dos enfermeiros em relação às mulheres durante o exame preventivo. Esses profissionais devem seguir um processo de educação permanente para se manter atualizados quanto à citologia oncológica e outros temas relacionados à saúde da mulher, bem como se aperfeiçoar para proporcionar um acolhimento digno e humanizado e respeitar sua intimidade e privacidade.

Este estudo justifica-se por conta do número reduzido de publicações voltadas a essa temática e reforça a necessidade de novas pesquisas. Salienta-se que o bom relacionamento interpessoal entre usuárias dos serviços e profissionais da saúde é de extrema importância, pois contribui para a tranquilidade durante consultas ou exames ginecológicos. O

Compreender o modo como uma população situada percebe, sente e vive a saúde é o primeiro passo para definir estratégias de intervenção mais eficientes.

fortalecimento de vínculos tende a promover a saúde das coletividades humanas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luan Fontenele Nogueira contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Roberlandia Lopes Evangelista** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. **Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Suênia Évelyn Simplicio Teixeira** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Brasil. Treinamento introdutório. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. (Cadernos de Atenção Básica, n. 2).
3. Brasil. Portal da Saúde: Biblioteca/Estação Multimídia [homepage on the internet]. 2012 [cited 2017 Jun 4] . Available from: dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php
4. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
5. Brasil. Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
7. São Paulo (Município). Protocolo de enfermagem: atenção à saúde da mulher. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.
8. Mendes YLC, Mesquita KO, Lira RCM. Prevenção do câncer de colo uterino: analisando a atuação do enfermeiro da atenção primária à saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Jun 4];14(2):72-8. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/828/499>

9. Moreira DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson; 2002.

10. Minayo MCS, organizer. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.

11. Nicolli T, Gehlen MH, Ilha S, Diaz CMG, Machado KFC, Nietzsche E. A teoria do autocuidado na desintoxicação química de gestantes em uso do crack: contribuições da enfermagem. Escola Anna Nery Rev Enferm [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Jun 4];19(3):417-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0417.pdf>

12. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2008;17(4):247-57.

13. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2002 [cited 2017 Jun 4];18(Suppl):77-87. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>

14. Brandão GCG, Lima LV, Barbosa MKG, Alves LP, Peixoto JBS, Magalhães MEX. Câncer de colo de útero: adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico. Nursing (São Paulo) [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Jun 4];19(221):1428-31. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797225>

15. Neves KTQ, Oliveira AWN, Galvão TRAF, Ferreira IT, Mangane EM, Sousa LB. Percepção de usuárias acerca do exame de detecção precoce do câncer de colo uterino. Cogitare Enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Jun 4];21(4):1-7. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827279/45922-191553-1-pb.pdf>

16. Brasil. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

17. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2005 [cited 2017 Jun 4];10(3):585-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>

18. Santos MS, Macedo APN, Leite MAG. Percepção de usuárias de uma unidade de Saúde da Família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. Rev APS [serial on the internet]. 2010 [cited 2017 Jun 4];13(3):310-9. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/672>

19. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2007 [cited 2017 Jun 4];12(3):733-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/24.pdf>

Recebido em 20/01/2017 Aprovado em 12/05/2017

