



**A CONSULTA GINECOLÓGICA E SEU POTENCIAL PARA PRODUZIR A
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE**
**GYNECOLOGICAL CONSULTATION AND ITS POTENTIAL TO PRODUCE COMPLETENESS OF
ATTENTION IN HEALTH**
**LA CONSULTA GINECOLÓGICA Y SU POTENCIAL PARA PRODUCIR LA INTEGRALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD**

Jucimar Frigo¹, Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira², Renata Mendonça Rodrigues³, Denise Antunes
Azambuja Zocche⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a consulta ginecológica ofertada nos serviços de saúde e seu potencial para produzir a integralidade da atenção. **Método:** estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizada com mulheres usuárias da rede de atenção básica, com enfoque na consulta ginecológica, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados deu-se por meio de Grupo Focal, utilizando-se um roteiro semiestruturado. Após a leitura dos depoimentos, os dados foram inseridos no programa NVivo 10 e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática. **Resultados:** a consulta ginecológica atende, em parte, o princípio da integralidade da atenção devido à precariedade e descontinuidade das ações entre especialidades e serviços. **Conclusão:** é necessário redirecionar a organização das práticas, especialmente a consulta ginecológica, em seu modo operante, valorizada pelos constructos da saúde ampliada, vínculo e escuta sensível. **Descritores:** Integralidade em Saúde; Enfermagem; Ginecologia

ABSTRACT

Objective: to analyze the gynecological consultation offered in health services and its potential to produce comprehensive care. **Method:** exploratory and descriptive study with qualitative approach conducted with women users of primary care network, with a focus on gynecological consultation in two Basic Health Units (BHU) in two counties of Rio Grande do Sul State. Data collection took place through Focal Group, using a semi-structured script. After reading the testimonials, data was entered into the program NVivo 10 and subjected to Content Analysis Technique in the Thematic modality. **Results:** the gynecological consultation meets, to some extent, the principle of comprehensive care and this is due to precariousness and discontinuity of actions between specialties and services. **Conclusion:** We must redirect the organization of practices, especially the gynecological consultation in its operating mode, valued by the concepts of the perspective of comprehensive health, relationship and sensitive listening. **Descriptors:** Completeness in Health; Nursing; Gynecology.

RESUMEN

Objetivo: analizar la consulta ginecológica ofertada en los servicios de salud y su potencial para producir la integralidad de la atención. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con mujeres usuarias de la red de atención básica, con enfoque en la consulta ginecológica, en dos Unidades Básicas de Salud (UBS) de dos municipios del Estado de Rio Grande do Sul. La recolección de datos fue por medio de Grupo Focal, utilizándose una guía semi-estructurada. Después de la lectura de los testimonios, los datos fueron inseridos en el programa NVivo 10 y sometidos a la Técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Temática. **Resultados:** la consulta ginecológica atiende, en parte, el principio de la integralidad de la atención debido a la precariedad y discontinuidad de las acciones entre especialidades y servicios. **Conclusión:** es necesario redirigir la organización de las prácticas, especialmente la consulta ginecológica, en su modo operante, valorizada por los constructos de la salud ampliada, vínculo y escucha sensible. **Descriptores:** Integralidad en Salud; Enfermería; Ginecología.

¹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: jucifrigo@hotmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Educação, Docente Adjunta, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: dora@enf.ufrgs.br; ³Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: renatamprof@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina (UEDESC). Chapecó (SC), Brasil. E-mail: denise9704@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral dirigida para a saúde da população.¹

No decorrer da última década, houve grandes investimentos por parte do Ministério da Saúde (MS) na consolidação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de garantir seus princípios, especialmente o da integralidade da atenção à saúde. Neste contexto, a atenção básica vem sendo avaliada, reorientada e organizada por várias normativas, portarias e decretos no sentido de fortalecer sua consolidação.²

Neste cenário, em junho de 2011, é emitido o Decreto nº 7.508, que vem regulamentar a Lei nº 8.080 sobre a disposição e organização do SUS, propondo, assim, um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.³ Este decreto prevê a constituição das Redes de Atenção à Saúde, onde a AB, mais uma vez, ganha destaque.

Em 2011, com a Portaria nº 2.488, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e, neste contexto, as ações ofertadas à saúde da mulher são uma prioridade do governo que, por sua vez, desde 2004, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), vem induzindo, por meio de ações programáticas, a ampliação do acesso aos meios e serviços para a promoção da saúde integral.⁴ Entre as iniciativas, estão aquelas que visam diminuir as iniquidades e desigualdades na atenção à saúde das mulheres.⁵

No tocante à integralidade da assistência à saúde da mulher, a atenção básica caracterizava-se por ser pouco resolutiva, apresentar descontinuidade no percurso terapêutico das mulheres e ter uma regulação assistencial limitada, comprometendo a integralidade da atenção à saúde.⁶

No contexto da AB, entendemos a consulta ginecológica como um espaço amplo de produção de cuidado integral à saúde das mulheres. Isto implica em assumir a noção de integralidade em saúde como uma aposta na

potencialidade de alavancar e produzir a organização da rede de atenção à saúde das mulheres de forma a fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

Diante do exposto, despertou-nos o interesse em aprofundar nossos conhecimentos sobre a consulta ginecológica e seu potencial em produzir a integralidade da atenção.

OBJETIVO

- Analisar a consulta ginecológica ofertada nos serviços de saúde e seu potencial para produzir a integralidade da atenção

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com mulheres usuárias da rede de atenção básica, com enfoque na consulta ginecológica, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul, identificados como Município A e Município B. Eles foram selecionados após análise de indicadores de acesso e qualidade da atenção à saúde das mulheres, por estudo epidemiológico descritivo ecológico, que compõe uma das etapas do estudo do macroprojeto: “Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica”, com recursos da Rede Governo Colaborativo em Saúde (REDE UNIDA) e em colaboração com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A população do município A é de 130.988 habitantes, IDH de 0,726, pertencendo à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS e organizando sua assistência com ESFs e UBSs. A assistência na atenção secundária e terciária é realizada no próprio município.⁷⁻⁸

O município B tem uma população de 2.503 de habitantes, IDH de 0,77, pertencendo à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS. O município organiza sua assistência de saúde pela AB e, nos casos de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica, utiliza-se do Consórcio Regional de Saúde.⁷⁻⁸

Após a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Parecer nº 685.673), procedeu-se o contato com as gerentes das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) selecionadas para o estudo. Após a autorização, solicitou-se aos agentes comunitários de saúde que fizessem um convite às mulheres no território de abrangência para posteriormente formalizar-se o seu consentimento de participação, o que

Frigo J, Oliveira DLLC de, Rodrigues RM et al.

se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de seleção para o estudo foram: mulheres, que utilizavam o serviço de atenção básica, com idade superior a 18 anos e que realizassem consulta ginecológica na unidade de saúde selecionada. Foram excluídas as mulheres que não utilizavam somente o serviço de atenção básica, com idade inferior a 18 anos, e que realizavam consulta ginecológica em serviços de saúde suplementar. Inicialmente, solicitou-se autorização da gerente da unidade de cada município e, posteriormente, realizou-se a coleta de dados nas UBSs eleitas, entre agosto de 2013 e abril de 2014, sendo que participaram do estudo 22 mulheres.

A coleta dos dados foi por Grupo Focal (GF). A opção por esse método deu-se em função das potencialidades da técnica para explorar ideias, opiniões e diferentes pontos de vista gerados em grupos de discussão, mobilizando a consciência crítico-reflexiva dos participantes.⁹

Utilizou-se um roteiro semiestruturado para condução das discussões do grupo de mulheres, que abordava o acesso ao serviço de saúde, a qualidade da consulta ginecológica e as necessidades de saúde das mulheres. Os grupos tiveram a duração média de duas horas, sendo realizados três encontros, um no município A e dois no município B. As falas foram registradas por meio de um *tablet* e transcritas na íntegra, com o objetivo de manter a fidedignidade dos depoimentos.

Após a leitura dos depoimentos, estes foram inseridos no programa NVivo 10, um software que suporta métodos de pesquisa qualitativos e mistos, para dar apoio à organização dos dados e, após esta etapa, deu-se início à análise à luz dos referenciais teóricos de necessidades de saúde; integralidade da atenção; tecnologias em saúde; e consulta ginecológica.¹⁰⁻¹³

Para garantia do anonimato, a identificação das mulheres foi iniciada pela letra M acrescida de um número, conforme a ordem das falas (M1, M2...) respectivamente.

Os dados foram submetidos à Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Temática, a qual permite contemplar os dados empíricos em suas singularidades, em seu contexto social e histórico.¹⁴

RESULTADOS

O mapa analítico que emergiu da análise dos dados compreendeu quatro grandes eixos: necessidades de saúde das mulheres que

A consulta ginecológica e seu potencial para...

resultam em demandas; Percepção das mulheres sobre a capacidade resolutiva de suas necessidades de saúde; Fluxos das ações ofertadas; e Acesso das mulheres aos serviços de saúde. Neste artigo, será analisado o eixo analítico: Percepção das mulheres sobre a capacidade resolutiva de suas necessidades de saúde por meio de suas subcategorias: *a consulta ginecológica: onde estão as necessidades de saúde e demandas das mulheres? e acesso e poder para consumir tecnologias de cuidado.*

DISCUSSÃO

♦ A consulta ginecológica: onde estão as necessidades de saúde e as demandas das mulheres?

Esta categoria aborda a abrangência das respostas governamentais às demandas e necessidades de saúde das mulheres, bem como a capacidade dos profissionais do serviço em utilizar o conceito ampliado de saúde na consulta ginecológica. Entende-se, aqui, saúde ampliada como um fenômeno abstrato, que envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Nessa perspectiva, é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades.¹⁵

Para incorporar, contudo, esse conceito nas práticas de saúde, fazem-se necessárias a busca e a integração das abordagens que levem em consideração as necessidades de saúde numa perspectiva histórico-social. Neste sentido, a clínica ampliada pode ser uma ferramenta eficaz no manejo da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e que propõe evitar a fragmentação do processo de trabalho.¹⁶

Nesta esteira de pensamento, utilizaremos, neste estudo, a definição de “consulta ginecológica” como um encontro entre usuária e profissionais de saúde que, além de contemplar uma abordagem clínica ampliada e atender às demandas previstas pelos programas e políticas de saúde dirigidas às mulheres, valoriza suas necessidades e singularidades de saúde para além das queixas, sinais e sintomas relacionados à sexualidade, à reprodução e à dimensão biofisiológica de sua saúde.¹³

Os dados revelam outras necessidades e demandas que não aquelas relacionadas aos

Frigo J, Oliveira DLLC de, Rodrigues RM et al.

aspectos biológicos, tais como: o acesso, o tempo de espera pelas consultas especializadas, entre outros, como apontam os depoimentos abaixo:

Também eu acho que se tivesse aqui um lugar para fazer mamografia, ultrassom aqui também seria bem melhor[...] mas como não faz aqui a gente é encaminhada e é atendida igual. (M12)

O que acontece é que você tem que se deslocar duas vezes... por exemplo, no ultrassom com o ginecologista, uma vez para fazer o exame e outra para mostrar, então isso tinha que mudar... daí tem que ir um dia pra consulta e um dia pra fazer o ultrassom. (M16)

Além do tempo de espera pelo atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, outros temas foram destacados pelas mulheres, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto e ambiência dos serviços. Destaca-se que as mulheres gostariam que a consulta e exames fossem realizados, sempre, no mesmo local e pelo mesmo profissional.

Outro dado relevante foi o desejo de ter acesso à informação sobre o resultado e encaminhamentos para especialidades com maior agilidade:

Eu só faço consulta aqui, mas o atendimento, eu fiz em Rodeio Bonito quando eu estava grávida, lá com a médica, mas senão o meu atendimento é só aqui no posto de saúde, a não ser a mamografia que eu fiz no município de [...]. O que tem aqui eu desfruto aqui mesmo, aproveito, né? Tem a oportunidade aqui e, o que não tem aqui a gente vai para o lugar onde tem. (M08)

Com relação às necessidades de saúde apontadas pelas mulheres, identificamos algumas relacionadas à taxonomia proposta por Cecílio: ter vínculo com profissional ou equipe, autonomia e autoescolha do modo de andar da vida.¹⁰ Cabe destacar que, a necessidade de boas condições de vida, neste estudo, não foi identificada pelas mulheres.

Com relação ao vínculo com o profissional, fica evidenciado que a qualidade da atenção passa, também, pela qualidade das relações, ou seja, implica em reconhecer as mulheres como sujeitos de necessidades, que se apresentam de diversas formas, expressas pelo corpo e pelos discursos.¹⁷ Como indicam os dados abaixo:

Eu me sinto bem fazendo exame com ela porque a gente já entra conversando outros assuntos, uma perguntando pra outra como se fossem duas amigas, é muito interessante a gente ter esse vínculo. (M04)

A minha consulta demora bastante, faz exame de mama, faz coleta e fala sobre a alimentação, das 'gordurinhas', a gente

A consulta ginecológica e seu potencial para...

conversa bastante, é muito bom. (M02)

As expressões “*ela vai conversando, fazendo o atendimento*” e “*porque a gente já entra conversando outros assuntos*” indicam que as mulheres sentem-se atendidas e acolhidas nas suas demandas e necessidades, uma vez que a conversa e a escuta ampliada tornam-se elementos constitutivos da consulta ginecológica.

Considerando a escuta como quesito primordial para apreender as necessidades de saúde, discorre sobre as tecnologias leves (relacionais) do trabalho vivo em ato, onde há um encontro entre profissional e usuária, no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando, intersubjetivamente, momentos de falas, escutas, interpretações, nos quais há a produção de acolhida e cumplicidade, com relações de vínculo e aceitação.^{12,18}

Outro aspecto relevante mencionado pelas mulheres foi o tempo de duração da consulta e sua associação com a qualidade da atenção ofertada e acolhimento:

A minha consulta demora uns 20-25 minutos, ela pergunta sempre como eu estou, faz a coleta, examina as mamas. (M03)

[...] a minha consulta demora bastante, faz exame de mama, faz coleta e fala sobre a alimentação, das 'gordurinhas', a gente conversa bastante, é muito bom. (M02)

A sequência de depoimentos retrata que o cuidado é um acontecimento no qual há a presença de vários instrumentos tecnológicos, entre eles, as valises tecnológicas que representam uma caixa de ferramentas entre saberes materiais e não materiais e seus desdobramentos, fazendo sentido de acordo com o espaço que ocupam ou com a finalidade que se almeja.¹⁹

Nessa perspectiva, o modo operante da consulta, almejado pelas mulheres, vem corroborar o que é definido como consulta ginecológica, ou seja, como encontro entre usuária e profissionais de saúde onde a subjetividade e singularidade das mulheres são valorizadas.¹⁹

Ainda há, contudo, evidências que as consultas priorizam aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino:

[...] na consulta ela me pergunta só a parte ginecológica, pergunta se eu tomo medicamento. (M03)

A coleta faz uns dois anos que eu não faço mais [...] a consulta ginecológica demorou uns 10 a 15 minutos (M05).

O terceiro aspecto, que emergiu dos dados, foi a autonomia das usuárias para o “andar a vida”, o protagonismo das mulheres no acesso aos serviços e durante a consulta

Frigo J, Oliveira DLLC de, Rodrigues RM et al.

A consulta ginecológica e seu potencial para...

ginecológica, a corresponsabilidade, a autonomia.²⁰ Os dados sugerem que os procedimentos e as atitudes profissionais imprimem uma influência grande nas decisões das mulheres em consumir as tecnologias ofertadas:

O exame ginecológico é desconfortável, a posição é chata, o médico é de outro posto. (M03)

Diante do exposto, ficam evidenciados a pouca participação e o protagonismo das mulheres no processo terapêutico. A ausência da autonomia aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, promovendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos, o centro da vida.²¹

Outro aspecto identificado foi a corresponsabilidade das mulheres durante a consulta ginecológica, sinalizada pelas histórias de doença na família, que acabam também por influenciar na tomada de decisão das mulheres em utilizar o serviço e vincular-se aos serviços e profissionais de saúde:

[...] o posto agenda e eu vou, meu médico falou que é um exame importante pra gente fazer, eu nunca deixei de fazer. (M02)

Eu faço por causa da minha mãe e da minha irmã que tiveram câncer de mama, então eu sei que tem que fazer. (M05)

Como pode ser observado nesta categoria, observa-se que as mulheres dispõem de pouca autonomia para decidir quanto ao fluxo e práticas assistenciais. Esta realidade fica evidenciada nos relatos sobre os fluxos de atendimento, uma vez que o acesso é restrito e definido pelo processo de gestão da rede de atenção, que nem sempre leva em consideração as singularidades e subjetividades das mulheres.

♦ Acesso e poder para consumir tecnologias de cuidado

A categoria a seguir aborda o acesso à consulta ginecológica, os motivos pela busca aos serviços e a tomada de decisão em realizar os procedimentos ofertados na consulta.

As necessidades e demandas individuais são expressas pela procura espontânea de serviços de saúde, traduzidas por aspirações do coletivo, uma vez que espelham a busca pelos direitos sociais como uma vida saudável, ativa e prazerosa.²²

Neste contexto, embora a universalidade, garantida constitucionalmente, seja um dos princípios do SUS, que articula as ações e serviços de saúde na perspectiva da integralidade, na prática, ele expressa-se na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto.¹⁶

Neste estudo, compreendemos o acesso como sendo uma etapa a ser vencida pelo usuário quando busca a satisfação de uma necessidade de saúde, incluindo a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais de organização e gênero.²³

Os dados indicam que as mulheres buscam o acesso aos serviços de saúde por reconhecerem a importância do cuidado de si, assumindo, assim, autonomia na busca pelo serviço, independente da opinião de pessoas próximas, como a do companheiro/marido.

Fiz a minha mamografia, se o SUS me oferece, por que eu não vou fazer? Tenho mais que ir fazer e cuidar de mim. (M04)

O meu marido assim é sempre atento, ele pergunta se eu já marquei médico. Então se eu vou ao médico aí quando ele tá em casa ele vai comigo, me leva. (M02)

Essa do marido não permitir que a mulher faça exame, eu acho que é ignorância dele, porque eu também, na semana passada eu fui fazer a minha mamografia e o meu marido disse por que pobre quer fazer mamografia? (M05)

Essa autonomia, entretanto, vai se diluindo na medida em que as mulheres não encontram todas as tecnologias de saúde necessárias para atender às suas necessidades. Isto ocorre devido às poucas opções de escolhas relacionadas a profissionais, serviços e terapêuticas ofertadas pela rede de atenção à saúde para atender às demandas e necessidades das mulheres.

Neste sentido, os dados revelam alguns fatores intervenientes que justificam a busca pelo acesso às ações de saúde ofertadas às mulheres pelas redes de atenção à saúde, que vão ao encontro do que dizem os autores citados anteriormente. A proximidade da UBS do domicílio, a agilidade na devolutiva dos resultados dos exames, o acolhimento por parte do profissional que realiza a coleta de exames são fatores relevantes e de influência na tomada de decisão para a realização da consulta e/ou do exame preventivo, como indicam as falas a seguir:

[...] no posto o resultado do exame preventivo é uns dias 30 dias, mas a gente ouve falar que no convenio é uns quatro dias, é mais rápido. (M01)

Assim se fosse que nem no particular, que é mais fácil, tu liga, marca, agenda né, e tu sabe qual o dia aí tu vais lá e te atendem, aí os exames também é tudo marcado. (M02)

A minha mamografia eles mesmo que marcaram, aqui no posto, só ligaram pra minha casa para avisar. (M05)

Reforçando estudos anteriores, que trataram dos motivos que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde para realizar uma

consulta, este estudo evidenciou que além daqueles previstos pelas políticas públicas de saúde, relacionados às questões de gênero e poder; há outro motivo pelo qual as mulheres não acessam os serviços, como o medo de estar doente ou de receber um diagnóstico negativo.²⁴ Como indicam os depoimentos abaixo:

Eu vejo no caso da minha família, ficam dizendo, vou marcar ginecologista, mas não marcam, tem medo [...], depois se tem um problema tem que ir correndo para o médico arrancar as trompas e o útero. (M03)

Eu acho que é por causa do medo de saber que tem a doença [...]. (M01)

A falta de autonomia foi destacada pelas usuárias no que diz respeito à escolha das tecnologias de cuidado que, na visão das mulheres, acontece em parte, pois elas são dirigidas ou conduzidas pela rede de atenção à saúde a consumir determinadas tecnologias, estabelecidas pelos programas de saúde, na maioria das vezes definidas por uma decisão do gestor de saúde local, e não de acordo com os seus desejos, como indicam os dados a seguir:

[...] eu não fiz ainda a mamografia porque não tenho idade ainda, porque não pode fazer antes, se eu tenho fator de risco? (M01)

Alguns municípios aqui da região participam do consórcio, então demora um pouco a consulta porque você nunca vai conseguir uma consulta para amanhã, o consórcio atende mais de 26 municípios. (M16)

Contudo, há o reconhecimento, por parte das mulheres, que mesmo com pouca autonomia, elas sentem-se contempladas uma vez que o serviço procura de alguma forma buscar resolutividade às suas demandas, como no caso dos consórcios intermunicipais:

[...] a gente ou a família é sempre bem atendida, pode até demorar, esperar, mas tu nunca sai de mãos abanando [...] se for preciso levar para outro lugar para um atendimento maior, eles levam, não tem custo nenhum. (M08)

Eu pego o remédio da pressão aqui, eu também fiz cirurgia da coluna meu encaminhamento saiu daqui, fui pra vários municípios, todos encaminhamentos saíram daqui, eu faço preventivo, os exame do seio eu já fiz eletro do coração, tudo sai do posto de saúde. (M08)

Os dados, expostos até aqui, confirmam que, na maior parte das vezes, as ações ofertadas partem de projetos de gestão pré-programados, mesmo que pautados numa política nacional de saúde, onde não há participação das mulheres na definição de estratégias e ações que contemplem suas necessidades de saúde para além dos aspectos epidemiológicos e biológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se os objetivos do estudo, os dados revelaram que os serviços de saúde ofertam ações de saúde ainda muito pouco articuladas entre os níveis de atenção, priorizando, na maioria das vezes, as ações de especialistas, com o foco nas ações programáticas e de interesse epidemiológico. Fica evidenciada a importância do uso das tecnologias leves no cenário da consulta, como o dispositivo de fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais e a consequente adesão aos programas de saúde dirigidos às mulheres.

Neste sentido, a escuta, o acolhimento, e a autonomia para escolha e interação com os serviços foram destacados pelas mulheres, evidenciando, assim, a necessidade de redirecionamento do modo de organizar as práticas, entre elas, a consulta ginecológica.

A consulta ginecológica pode ter seu modo operante potencializado desde que fundamentada pelos constructos da clínica ampliada e escuta sensível.

REFERÊNCIAS

1. Bernardes AG, Guareschi NMF, Medeiros PF. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicol. teor. pesquis.* [Internet]. 2005 [cited 2015 June 10];21(3):263-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a02v21n3.pdf>
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. [Internet]. 2007 [cited 2015 June 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. [Internet]. 2009 [cited 2015 June 22]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 30 Dec 2010;Seção 1.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria da

Frigo J, Oliveira DLLC de, Rodrigues RM et al.

A consulta ginecológica e seu potencial para...

Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [Internet]. 2011 [cited 2015 June 20]. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

6. Ministério da Saúde (Br). Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2012 [cited 2015 June 21]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

7. Ministério da Saúde (Br). Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 16 May 2013;Seção 1.

8. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6th ed. São Paulo: Forense Universitária; 2009.

9. Cassiani SHDB. Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y la contribución de las Redes Internacionales de Enfermería. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 10];22(6): 891-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-22-06-00891.pdf

10. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p.113-126.

11. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, editors. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Caxias do Sul: Educ; 2006. p. 37-50.

12. Coelho EDAC, Silva CTO, Oliveira JFD, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2015 Feb 02];13(1):154-60. Available from: http://www.eean.ufrrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2019.pdf

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 03]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

14. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde

Pública [Internet]. 2004 [cited 2015 Feb 02];20(5):1411-16. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf>

15. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciência Saúde Coletiva [Internet]. 1999 [cited 2014 June 18];4(2):305-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>

16. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3th ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

17. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 47-84.

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

19. Oliveira DLLC. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 02];16(7): 3093-102. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/09.pdf>

20. Oliveira DLLC, Ferla AA. Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica. Projeto de Pesquisa [Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2013.

21. Pinheiro R, Mattos RA, editors. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2nd ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.

22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de Desenvolvimento Humano. [Internet]. 2010 [cited 2015 May 03]. Available from: http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios

23. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviço de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2002 [cited 2014 Oct 02];7(4):757-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/09.pdf>

24. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RDCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da

Frigo J, Oliveira DLLC de, Rodrigues RM et al.

A consulta ginecológica e seu potencial para...

percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 25]; 15(4):2145-54. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>

Submissão: 22/11/2015

Aceito: 06/03/2016

Publicado: 01/04/2016

Correspondência

Jucimar Frigo
Universidade do Estado de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
Rua Benjamim Constant, 84 E
CEP 89802-200 – Chapecó (SC), Brasil