

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA REJANE ROSA DOS SANTOS**

**CONSULTA GINECOLÓGICA: O QUE OS SERVIÇOS OFERECEM E O QUE AS  
USUÁRIAS PROCURAM?**

**Porto Alegre  
2014**

**MARIA REJANE ROSA DOS SANTOS**

**CONSULTA GINECOLÓGICA: O QUE OS SERVIÇOS OFERECEM E O QUE AS  
USUÁRIAS PROCURAM?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dora Lúcia Leidens  
Corrêa de Oliveira

**Porto Alegre  
2014**

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Maria Rejane Rosa dos

Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram? / Maria Rejane Rosa dos Santos. -- 2014.

148 f.

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Ginecologia. 2. Saúde da mulher. 3. Integralidade em saúde. 4. Promoção da saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de, orient. II. Título.

## MARIA REJANE ROSA DOS SANTOS

### Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de dezembro de 2014

### BANCA EXAMINADORA

*Dora Lúcia L. C. de Oliveira*

---

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS

*Débora Fernandes Coelho*

---

Profa. Dra. Débora Fernandes Coelho

Membro da banca

UFCSPA

*Denise Antunes de Azambuja Zocche*

---

Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Membro da banca

UDESC

*Ana Lucia de Lourenzi Bonilha*

---

Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que confiaram em mim e que com o seu apoio, estímulo, escuta, diálogo, sabedoria e experiência contribuíram para a conclusão dessa etapa de minha vida, pois:

*Aprendi que se depende sempre de tanta, muita diferente gente.  
Toda pessoa sempre é a marca das lições diárias de outras pessoas.  
É tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde  
quer que a gente vá.  
É tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais  
que pense estar*

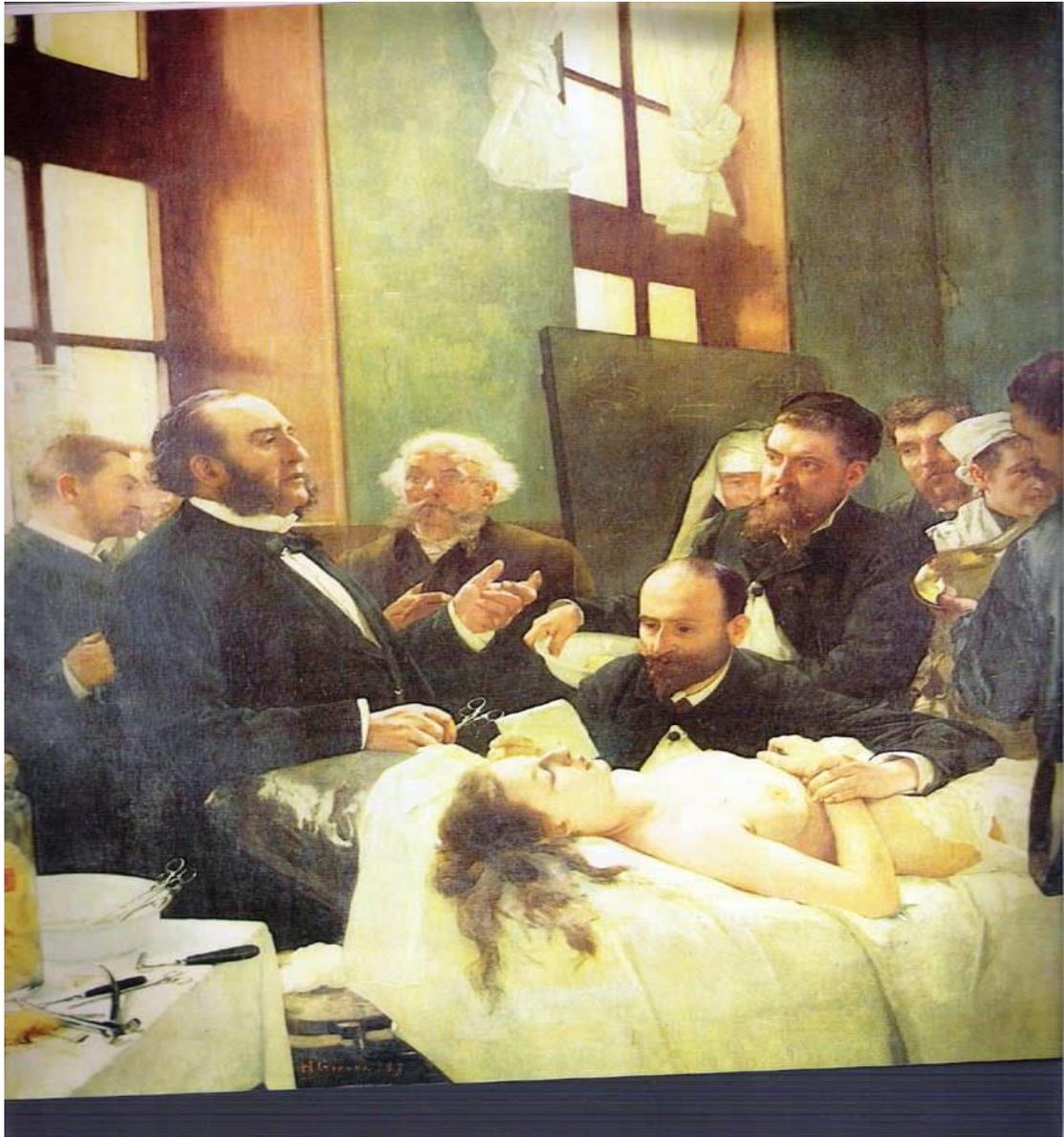
Caminhos do Coração - Gonzaguinha

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Devo um agradecimento especial ao meu amor, amigo e companheiro Claudio que, durante todo esse caminho, me acompanhou. Apoiando-me com sua tranquilidade, seu escutar atento, suas opiniões sinceras, seu auxílio quando eu me desentendia com a tecnologia.

Principalmente, aceitando a minha ausência em muitos e longos momentos.

Obrigada



Fonte: Péan avant l'opération. Henri Gervex, 1887. Hôpital Saint Louis (Paris, France).

*A história da mulher é a história da pior tirania que o mundo conheceu:  
a tirania do mais fraco sobre o mais forte.*  
Oscar Wilde

## RESUMO

SANTOS, Maria Rejane Rosa dos. **Consulta ginecológica**: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram. Porto Alegre, 2014. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

Essa dissertação resultou de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que objetivou analisar o atendimento ofertado em consultas ginecológicas no âmbito da atenção básica, considerando seu potencial para produzir integralidade em saúde e os marcadores de qualidade do cuidado, segundo os “modos de ver” de usuárias e de profissionais. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e entrevistas realizadas com usuárias e profissionais de Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre. A análise sugere que as usuárias procuram a consulta ginecológica prioritariamente para atender a interesses compatíveis com a dimensão biológica do cuidado, o que parece traduzir necessidades de acesso a tecnologias duras e valorização do saber especialista. No aprofundamento da análise emergiram, contudo, outros interesses e necessidades que acompanham a busca por um atendimento especificamente técnico, os quais foram interpretados como expressão de uma valorização das tecnologias leves de cuidado. A necessidade de serem escutadas em um cenário pautado pelo diálogo e pelo vínculo com o profissional que realiza a consulta ginecológica apareceu com destaque como evidência empírica desta valorização. Quanto ao atendimento ofertado, os dados sugerem que as necessidades identificadas pelos serviços como de natureza ginecológica são atendidas não apenas nas consultas ginecológicas, mas por meio da realização de grupos específicos e no que tem sido chamado de consulta de saúde da mulher. Esta última modalidade de atendimento se propõe a ampliar o escopo da consulta ginecológica, incluindo outras questões e necessidades para além do que pode ser atendido por tecnologias duras, como é o caso do exame ginecológico. Apesar da importância desta ampliação para a efetivação da integralidade da atenção, os benefícios da oferta de diferentes espaços de atendimento ginecológico numa mesma rede assistencial devem ser vistos com cautela. Isto pode fragmentar a atenção, dificultando sua necessária articulação com a gestão e comprometendo o potencial dos serviços para atender ao princípio da integralidade em saúde.

**Palavras-chave:** Ginecologia. Saúde da mulher. Integralidade em saúde. Promoção da saúde. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

SANTOS, Maria Rejane Rosa dos. **Gynecological consultation:** what services offer and what users seek. Porto Alegre, 2014. 148 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

This dissertation is the result of a qualitative, exploratory and descriptive research, which aimed to analyze the care offered in gynecological consultations in primary care, considering their potential for full health and quality of care markers, according to the users and professionals look. Data were collected through focus groups and interviews with users and professionals of Health Family Strategies of Porto Alegre. The analysis suggests that users seek gynecological priority to meet the interests compatible with the biological dimension of care, which seems to translate needs access to hard technologies and enhancement of knowledge expert. In the analysis of the deepening emerged, however, other interests and needs that accompany the search for a specifically technical support, which were interpreted as an expression of appreciation of soft technologies of the care. The need to be heard in a scenario based on dialogue and the relationship with the professional who performs the gynecologist has been spotlighted as empirical evidence of this valuation. About the service offered, the data suggest that the needs identified by services such as gynecological are met not only in gynecological consultations, but through the realization of specific groups and in what has been called the health consultation of women. The latter type of service is proposed to widen the scope of gynecological care, including other issues and needs beyond what can be met by hard technologies, such as the gynecological examination. Despite the importance of this increase to the effectiveness of integrated care the benefits of offering different spaces of gynecological care in the same care network should be viewed with caution. This can fragment the attention, hindering their necessary link with the management and undermining the potential of services to meet the principle of integrality in health

**Keywords:** Gynecology. Women's health. Integrality in health. Health promotion. Primary health care.

## RESUMEN

SANTOS, María Rejane Rosa dos. **Consulta ginecológica: lo que los servicios ofrecen y lo que los usuarios buscan.** Porto Alegre, 2014. 148 f. Tesina (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

Esta tesis es resultado de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, que tenía como objetivo analizar la atención que se ofrece en las consultas ginecológicas en la atención primaria, teniendo en cuenta sus posibilidades de integralidad en salud y los marcadores de la calidad de atención, de acuerdo a las formas de ver de los usuarios y profesionales. Los datos fueron recolectados a través de grupos focales y entrevistas con los usuarios y los profesionales de las estrategias de salud de la familia de Porto Alegre. El análisis sugiere que los usuarios buscan prioridad ginecológica para satisfacer los intereses compatibles con la dimensión biológica de la atención, lo que parece traducir las necesidades de acceso a las tecnologías duras valorando el conocimiento experto. En la profundización del análisis surgió, sin embargo, otros intereses y necesidades que acompañan a la búsqueda de un tratamiento específicamente técnico, que fueron interpretados como una expresión de aprecio por tecnologías blandas de cuidado. La necesidad de ser escuchadas en un escenario basado en el diálogo y la relación con el profesional que realiza la consulta ginecológica se ha puesto de relieve como evidencia empírica de esta recuperación. Del servicio ofrecido, los datos sugieren que las necesidades identificadas por los servicios como de naturaleza ginecológica se cumplan no sólo en las consultas ginecológicas, sino a través de la realización de grupos específicos y en lo que se ha llamado de consulta de salud de las mujeres. Este último tipo de servicio, se propone ampliar el alcance de la consulta ginecológica, incluyendo otras cuestiones y necesidades más allá de lo que pueden ser atendidas por las tecnologías duras, tales como el examen ginecológico. A pesar de la importancia de este aumento de la eficacia de la integralidad de la atención, los beneficios de ofrecer diferentes espacios de atención ginecológica en la misma red de atención deben tomarse con cautela. Esto puede fragmentar la atención, lo que dificulta su necesaria vinculación con la gestión y comprometiendo así el potencial de los servicios para cumplir con el principio de la integralidad en salud.

**Palabras clave:** Ginecología. Salud de la mujer. Integralidad en salud. Promoción de la salud. Atención primaria en salud

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Mapa dos Distritos Sanitários de Porto Alegre.....	54
<b>Figura 2</b> – Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo faixa etária.....	57
<b>Figura 3</b> – Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo raça.....	57
<b>Figura 4</b> – Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo faixa escolaridade.....	58
<b>Figura 5</b> – Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo ocupação .....	58
<b>Figura 6</b> – Mapa analítico que orientou a análise.....	65
<b>Figura 7</b> – Mapa analítico da consulta ginecológica .....	66
<b>Figura 8</b> – Mapa analítico da consulta ginecológica e consulta de saúde da mulher .....	69

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados das ESFs pesquisadas .....	56
----------------------------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CIARN</b>	Censo Indígena Autônomo do Rio Negro
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
<b>CP</b>	Exame Citológico do Colo do Útero
<b>DIEESE</b>	Departamento Intersindical de Estudos Socioeconômicos
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais de Saúde
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GD</b>	Gerência Distrital
<b>GEPS</b>	Grupo de Estudos para a Promoção da saúde
<b>GF</b>	Grupo Focal
<b>GFs</b>	Grupos Focais
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDB</b>	Indicadores de Dados Básicos para Saúde
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IVS</b>	Índice de Vulnerabilidade Social
<b>LGBT</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PBF</b>	Programa Bolsa Família
<b>PET SAÚDE</b>	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Domicílios
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PNPM</b>	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PRÓ SAÚDE</b>	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
<b>SMSPA</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
3.1 A atenção à saúde das mulheres: aproximações e distanciamentos às políticas e programas do SUS .....	18
3.2 Integralidade e necessidades de saúde das mulheres: contribuições da literatura.....	26
3.3 A Consulta ginecológica: aspectos históricos e situação atual.....	45
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	53
4.1 Tipo de estudo .....	53
4.2 Campo de pesquisa .....	53
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	56
4.4 Coleta dos dados .....	59
4.5 Análise dos dados.....	61
4.6 Considerações éticas .....	62
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	64
5.1 Construindo categorias e analisando os dados.....	64
5.2 O cenário da consulta ginecológica .....	65
5.2.1 As mulheres e suas necessidades.....	74
5.2.2 Integralidade: da imagem-objetivo à realidade .....	87
5.2.3 Avaliando o atendimento.....	98
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	108
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
<b>APÊNDICE A – Roteiro do Grupo Focal (GF) com as Usuárias</b> .....	133
<b>APÊNDICE B – Perfil das Usuárias</b> .....	135
<b>APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista para Usuárias</b> .....	137
<b>APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada para os Profissionais de Saúde</b> .....	138
<b>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: entrevista com Profissionais</b> .....	139
<b>APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Grupo Focal com Usuárias</b> .....	141
<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul</b> .....	143
<b>ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre</b> .....	145
<b>ANEXO C – Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre</b> .....	148

## 1 INTRODUÇÃO

Essa dissertação resultou de uma proposta de pesquisa que teve origem em questionamentos e vivências pessoais e profissionais sobre o modo de cuidar do “outro”, especialmente com relação ao cuidado de saúde ofertado às mulheres.

O caminho para chegar à elaboração dessa dissertação incluiu alguns passos importantes. O primeiro deles foi a participação no Grupo de Estudos e Promoção da Saúde (GEPS) que oportunizou aprofundar conhecimentos referentes aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma lacuna em minha formação. O interesse crescente no desenvolvimento de estudos sobre integralidade em saúde e a participação na elaboração do projeto **Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica**, do qual fiz parte desde sua concepção, me levou a aprofundar temas relativos à saúde das mulheres.

O passo seguinte foi tentar compreender como ocorre a atenção à saúde das mulheres, a partir dos conhecimentos referidos, pois até então, minha compreensão sobre este fenômeno era muito simplista devido à naturalização de questões relativas às mulheres, principalmente as questões reprodutivas, que sempre foram o foco da atenção à sua saúde.

Inicialmente, os questionamentos voltaram-se para percepções pessoais. A partir da minha experiência como mulher na condição de usuária, quais têm sido as minhas necessidades e expectativas ao buscar atendimento? Por outro lado, como profissional, quais são as minhas concepções sobre o que as mulheres, em geral, necessitam e esperam dos serviços que as atendem?

Na condição de pesquisadora, vislumbrei a possibilidade de aprofundar os conhecimentos sobre a atenção à saúde das mulheres, na rede básica do SUS, através da produção de conhecimentos sobre a relação entre a oferta e a demanda das usuárias ao buscarem atendimento em consultas ginecológicas. Também mobilizou meu interesse investigativo a importância de conhecer se o modelo de atenção vigente tem atendido às necessidades das mulheres que acessam a atenção básica e que marcadores embasam a percepção destas mulheres e a dos profissionais que as atendem sobre a qualidade dessa atenção.

O marco teórico que vem orientando minha trajetória de pesquisa é o princípio da integralidade da atenção em saúde. Todos os cenários de cuidado devem buscar produzir integralidade em saúde, ou seja, devem persegui-la como uma imagem-objetivo. De acordo

com Mattos (2004) a integralidade é um valor que pode estar entre o que desejamos como ideal e o real. É algo que estamos, sempre, em busca. Mas, nesse caminho da busca, vamos construindo e nos aproximando do ideal.

Especificamente no contexto da atenção à saúde das mulheres, a integralidade deve ser valorizada pelo seu potencial para atender suas necessidades singulares, para reconhecê-las como cidadãs de direitos e para estimular sua autonomia e capacidade para assumir seus modos de vida de forma saudável e responsável. Apesar da obviedade destas metas, elas precisam ser destacadas, visto que vivemos em um mundo que, apesar dos avanços nas condições de vida das mulheres, persistem situações de discriminação que podem tornar as mulheres vulneráveis e impactam na sua saúde.

Nesse contexto, a consulta ginecológica constitui-se em uma oferta de saúde às mulheres que procuram a atenção básica que tem o potencial para promover o princípio da integralidade.

Tendo em conta a perspectiva da integralidade, no presente trabalho, consulta ginecológica é definida de modo a ampliar sua compreensão mais usual de acordo com o que propõe o projeto **Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica**. Sendo assim, “Consulta ginecológica” é entendida aqui como o encontro entre usuária, profissionais de saúde e serviço que, além de contemplar uma abordagem da clínica ampliada e atender às demandas previstas pelos programas e políticas de saúde dirigidas às mulheres, valoriza suas necessidades singulares de saúde para além das queixas, sinais e sintomas relacionados à sexualidade, à reprodução e à dimensão biofisiológica de sua saúde. Considerando essa premissa, a consulta ginecológica pode atender o princípio da integralidade à saúde das mulheres desde que considere os determinantes sociais, a perspectiva de gênero e valorize suas decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva. Trata-se de um encontro mediado por tecnologias de tipo leve, realizado de forma articulada por uma equipe multiprofissional e que oferece um conjunto de procedimentos e ações voltados para a satisfação das necessidades das usuárias (MERHY, FRANCO; 2002). Além do exame físico, da anamnese e coleta de material para Exame Citológico do Colo do Útero (CP); a escuta, o vínculo e a oferta de outras ações e procedimentos que se façam necessários a partir da relação de cuidado estabelecida, também são considerados elementos constitutivos das consultas ginecológicas. Nessa lógica, a consulta ginecológica exige a interação entre atenção, gestão, formação e controle social, pois necessita da combinação de diferentes tecnologias para a sua produção de acordo com o proposto no projeto citado anteriormente.

Nesse contexto, a integralidade na atenção à saúde, expressa em programas, políticas e serviços de saúde, pode contribuir para gerar significativas mudanças na formação profissional, nas práticas profissionais e na organização dos serviços, ampliando olhares e focos sobre o cuidado às mulheres. O estudo dessas mudanças, por sua vez, pode agregar a sistematização de tecnologias de cuidado à saúde feminina, voltadas à integralidade, e constituir o próprio estudo como dispositivo de produção da integralidade na atenção à saúde das mulheres.

A partir daí, o caminho do Mestrado era a forma de sistematizar meus estudos e atender ao que considerava como interesses de conhecimento. Assim, a pesquisa **Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?** tem a ver com o interesse em estudar o potencial de consultas ginecológicas realizadas no âmbito da atenção básica para produzir ações e práticas de saúde que possam garantir o atendimento das necessidades das mulheres na perspectiva da integralidade. Nesse sentido, destaco a importância de ouvir as usuárias sobre seus motivos, necessidades, expectativas e demandas, ao procurarem o atendimento no serviço de saúde. E, também, ouvir os profissionais que realizam a consulta para conhecer suas percepções sobre tal atendimento.

Escolhido a consulta ginecológica na atenção básica como o cenário da pesquisa, foram definidos como focos investigativos as ações e os procedimentos que compõem a consulta ginecológica e sua contribuição para a promoção da saúde integral de mulheres, além dos motivos da busca das mulheres por acesso à consulta ginecológica e a identificação dos marcadores de qualidade do atendimento, na perspectiva das usuárias e dos profissionais que realizam a consulta ginecológica. Ações e procedimentos são entendidos aqui como resultantes de atos produzidos pelo trabalho em saúde e expressos nas intervenções de saúde sob a forma de cuidado (MERHY, 1999). Mais especificamente, toma-se “ações” como atos constituídos a partir do que Merhy (1999) chamou de tecnologias leves, expressas em abordagens relacionais no encontro entre os profissionais de saúde e a usuária. Procedimentos se diferenciam de ações, na medida em que se concretizam no contexto do cuidado por meio de tecnologias duras, como é o caso do exame físico, da anamnese e da coleta do CP.

A rede de atenção básica foi eleita por se tratar da “porta da entrada”, especialmente das mulheres ao sistema de saúde. Essa rede é responsável pela referência e contrarreferência das usuárias nos diversos níveis de complexidade do sistema, garantindo seu acesso e os princípios de universalidade, equidade e integralidade através de ações intersetoriais e da promoção da saúde conforme os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Para fundamentar teoricamente a pesquisa precisei me apropriar do conteúdo das políticas de saúde para as mulheres, da constituição do SUS e de seus princípios e da história do desenvolvimento da ginecologia como especialidade que trata da saúde das mulheres. Nesse processo, outras leituras foram fundamentais para entender como se configura o modelo atual de atenção à saúde das mulheres no cenário da consulta ginecológica. Entre essas leituras destacam-se a noção de gênero, os modos como são definidas as necessidades de saúde, as vulnerabilidades de determinados grupos de mulheres; a produção histórica e cultural do que se entende por “feminino”; a relação das mulheres com seu corpo e sua sexualidade, entre outros, são aspectos que permeiam a consulta ginecológica e precisam ser compreendidos. Essas leituras trouxeram aprendizados, especialmente com relação às necessidades singulares das mulheres que procuram a consulta ginecológica.

Esses aprendizados reforçam o que Pitanguy e Barsted (2011) afirmaram que as mulheres, assim como os homens, são diferentes entre si em função da classe social, da cor, da etnia, do nível educacional, das perspectivas e posições políticas. Desenvolvendo argumento semelhante, Strey (2011) destacou que poucos aspectos são compartilhados por todas as mulheres, inclusive a própria biologia, pois determinantes étnicos, geográficos, econômicos e sociais configuram a diversidade das suas vidas, fazendo com que a biologia se expresse de distintos modos. Para marcar esse reconhecimento, o presente trabalho utilizou o termo “mulher” no plural, excetuando-se referências a políticas e programas públicos cujos títulos e textos empreguem o termo no singular<sup>1</sup>, ou no caso de citações literais.

Acredito que os conhecimentos produzidos por essa pesquisa podem ser relevantes para a organização da atenção à saúde das mulheres. Alguns dados podem até já ser conhecidos pelos serviços no que diz respeito ao espaço da consulta ginecológica, mas, a sistematização desses conhecimentos pode contribuir para a revisão de seus processos de trabalho, como subsídio para o fortalecimento da educação permanente dos trabalhadores e como indicadores para a busca de recursos para a melhoria das condições de trabalho no que se refere a recursos físicos, estrutura e recursos humanos, especialmente na área da saúde das mulheres. Neste sentido, ouvir usuárias e profissionais que fazem parte desse cenário contribuiu para conhecer e problematizar as aproximações e distanciamentos entre o que é proposto nas políticas e programas dirigidos à saúde das mulheres e o cuidado que é

---

<sup>1</sup> Tradicionalmente, o termo “mulher” é empregado no singular nas políticas e programas governamentais, sugerindo equivocada compreensão sobre uma certa essência biológica compartilhada por todas as mulheres. É necessário considerar que as mulheres se diferenciam quanto ao contexto sociocultural, econômico, cultural em que vivem, e que estas diversidades se traduzem em diferentes perspectivas de vida. As mulheres têm diferentes modos de viver e, por isso, distintas necessidades de saúde.

produzido em consultas ginecológicas realizadas no âmbito da atenção básica. Tal conhecimento pode ser útil na busca por estratégias que valorizem e consolidem experiências pró-integralidade, diminuindo a distância entre o real e o ideal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o atendimento ofertado em consultas ginecológicas no âmbito da atenção básica, considerando seu potencial para produzir integralidade em saúde e os marcadores de qualidade do cuidado aí produzido a partir dos “modos de ver” de usuárias e de profissionais.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Identificar as ações e procedimentos que compõem o atendimento ofertado em consultas ginecológicas realizadas na rede básica de saúde;
- ✓ Compreender os motivos, expectativas e necessidades de saúde que levam as mulheres a buscar atendimento nessas consultas;
- ✓ Analisar o potencial do atendimento ofertado para atender estes motivos, interesses e expectativas;
- ✓ Conhecer os marcadores que, na percepção de usuárias e dos profissionais que as atendem, conferem qualidade ao cuidado produzido nestas consultas ginecológicas.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 A atenção à saúde das mulheres: aproximações e distanciamentos às políticas e programas do SUS**

Passadas mais de duas décadas da criação do SUS, várias conquistas foram alcançadas, como a municipalização e o aumento de investimentos na saúde, os quais têm resultado na ampliação da quantidade e qualidade de serviços (SOUZA et al., 2011), e na implantação programas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Programa de Controle HIV/Aids que contribuem para a melhoria do nível de vida da população brasileira e no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Especialmente no campo da saúde das mulheres, destacam-se vários programas criados com o intuito de melhorar a atenção a este contingente da população, como: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); os programas de controle do câncer de colo de útero e de mamas fortalecidos pelo desenvolvimento de um sistema de informação chamado Siscolo; o Programa de Prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher. No âmbito das políticas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), que tem como foco a integralidade e a promoção da saúde das mulheres, e outras, como a Política Nacional de Planejamento Familiar e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que permitem potencializar a intersetorialidade destacada na primeira política (BRASIL, 2011).

Como admite o Ministério da Saúde, apesar das conquistas, permanecem muitos desafios a serem enfrentados para a manutenção e fortalecimento desse sistema, dentre eles, a questão do financiamento que garanta um sistema público universal. O desafio está em equacionar o gasto de forma eficiente, de modo a garantir a qualidade da atenção em saúde. Uma das possibilidades para efetivar este equacionamento é a indicação explícita da integralidade como foco das políticas e da atenção em saúde. Nesse sentido, a integralidade pode ser uma ferramenta para a melhoria da eficiência dos gastos através da definição de um conjunto de serviços que atendam às necessidades de saúde da população, fundamentada na segurança das tecnologias e na ética (BRASIL, 2006).

Neste cenário, se a municipalização contribuiu para o desenvolvimento da atenção primária, via Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a melhoria do acesso aos serviços de

saúde, há ainda, dificuldades para a sua efetiva implementação conforme Barros (2012) e Souza et al. (2011). A descentralização financeira da União e dos estados aos municípios sem a autonomia municipal (ORTIGA; CONILL, 2009) mantém uma relação de poder em que os municípios mantêm-se atrelados a programas de saúde que, nem sempre, respondem às necessidades locais (BRASIL, 2006). Outras dificuldades dizem respeito ao enfraquecimento de estruturas locais, fragmentação dos serviços, escassos recursos gerenciais, clientelismo local e pouca participação do controle social (BRASIL, 2006; SOUZA et al., 2011).

Outros desafios dizem respeito ao desenvolvimento de tecnologias de gestão mais participativas; à qualificação dos serviços e melhoria do acesso; à humanização das relações entre profissionais e usuários; à construção de redes de serviços integrados; à formação e educação permanente (BRASIL, 2007). Tais desafios se constituem em importantes ferramentas na resolução de problemas como a fragmentação, a verticalização e a organização profissional-corporativa dos processos de trabalho, segundo autores como Guedes, Pitombo e Barros (2012) e Souza et al. (2011), corroborados pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009).

O modelo de gestão vigente, centralizado e vertical, dificulta a participação dos trabalhadores no planejamento e avaliação de suas ações, torna a comunicação entre trabalhadores e serviços inadequada, além de gerar o desconhecimento da realidade do território no qual atuam e dos resultados de suas ações (BRASIL, 2009). Neste cenário, emerge uma significativa dissociação entre gestão e atenção, com reflexos nos processos de trabalho, os quais que se tornam fragmentados (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). Uma alternativa apontada para resolver essa questão é a organização e regulação dos serviços, tendo como base as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, as redes de atenção à saúde devem ser organizadas a partir da atenção básica, com definições de responsabilidades de cada nível. Isto exige a produção de uma nova cultura que promova a cogestão, a articulação de ações intersetoriais e processos de trabalho compartilhados (BRASIL, 2009).

Para que esta nova cultura se estabeleça e se consolide como uma nova lógica orientadora da atenção em saúde, devem acontecer, também, transformações na formação dos profissionais, muitas vezes, ainda distante das necessidades do sistema. Neste sentido, Souza et al. (2011) argumentaram que a desarticulação entre as políticas de saúde e de educação não tem favorecido a formação e a educação permanente, no sentido de atender os princípios do SUS. Pereira e Lages (2013) acrescentaram que a formação tradicional para a saúde ainda se dá de forma fragmentada e com ênfase na especialização. Com relação à especialização, Brum

(2010) e Flores (2011) reforçaram que a formação especializada não contempla a relação entre os processos de cuidar e educar, transmitindo uma concepção de cuidados fragmentado e desarticulado das necessidades do SUS, portanto, não tem preparado os profissionais da saúde para a realidade do trabalho atual.

Conforme Torres, Ribeiro e Machado (2008) uma estratégia importante para modificar as práticas de saúde é a capacitação dos profissionais que atendem as mulheres nos serviços de saúde, de modo que sejam capazes de abrir mais espaço ao diálogo. Nesse sentido, Oliveira e Peloso (2004) reforçaram a necessidade de os profissionais de saúde, em seu cotidiano de trabalho, rever suas práticas a fim de articular os diferentes pontos de vista da equipe de saúde para atender os usuários de modo que suas necessidades de saúde sejam acolhidas de forma respeitosa e resolutiva.

Em uma pesquisa realizada por meio de entrevistas com docentes, estudantes e enfermeiros, com o objetivo de compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado, Silva e Sena (2007) concluíram que os participantes reconhecem a necessidade de compreender os sujeitos em suas singularidades e necessidades e relataram que, para que isso aconteça, é necessário reorganizar as práticas de saúde, mas, referiram dificuldades para realizar tal proposta.

Em outro estudo, Lemos (2014) entrevistou enfermeiras e assistentes sociais, após a realização de um curso sobre contracepção, para identificar a percepção desses profissionais sobre direitos sexuais e reprodutivos e sua importância na promoção desses direitos. A conclusão foi de que a capacitação em si não garante a reflexão e a transformação das opiniões e práticas, pois as participantes continuaram relacionando direitos sexuais com direitos reprodutivos. A autora destacou que os gestores têm o desafio de realizar as capacitações no trabalho, o que facilitaria que essas questões fossem incorporadas nas práticas de saúde.

Diversas iniciativas têm sido desenvolvidas neste contexto, com o intuito de superar tais dificuldades. Uma delas foi a definição, em 2004, das diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde, as quais propuseram mudanças na formação das profissões de saúde segundo Lopes (2014) e Pereira e Lages (2013). Desde então, várias experiências têm sido realizadas, na tentativa de adequar a formação às necessidades do SUS como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ Saúde) (FERRAZ, 2012).

Uma dessas experiências é a implementação de especializações/residências multiprofissionais e de programas focados no ensino pelo trabalho como o PET Saúde, por

exemplo, o qual busca formar profissionais com perfil adequado às necessidades e políticas de saúde do país (BRASIL, 2008). Outro exemplo significativo do esforço de reorientação da formação profissional é o PRÓ Saúde, que tem como objetivo a substituição do modelo atual de organização do cuidado em saúde centrado na doença e no atendimento hospitalar, por um modelo de atenção baseado em uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2007).

Uma formação fundamentada nos princípios do SUS pode contribuir para mudanças nos processos de trabalho que ora se encontram engessados num modelo excludente, discriminatório e centralizador (PEREIRA; LAGES, 2013) para um modelo que valorize o trabalho em equipe, o compartilhamento de saberes entre profissionais e os usuários, a ética, o contexto social e as necessidades dos usuários (BRASIL, 2009).

Intervir nestes nós críticos, aproximando o mais possível, a atenção em saúde das diretrizes e princípios do SUS, deve resultar numa melhoria significativa da qualidade desta atenção, em especial da atenção ofertada às mulheres, grupo que constitui a maioria entre o total de usuários do sistema, segundo Pereira e Lages (2013), Souza et al. (2011) e Stedile e Ceccim (2007).

No âmbito de atenção à saúde das mulheres, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004. A PNAISM trouxe avanços importantes para o campo da atenção à saúde das mulheres, diferenciando-se das políticas do século passado que focavam no ciclo gravídico-puerperal, desconsiderando as dimensões do ser mulher e seus modos de andar a vida segundo Freitas et al. (2009), Medeiros e Guareschi (2009) e Stedile e Ceccim (2007) e se caracterizavam por ações verticais e centralizadas conforme Freitas et al. (2009).

Ao longo do século XX, a organização do Movimento Feminista trouxe outro olhar para as questões de saúde das mulheres como os direitos sexuais e as questões de gênero (MEDEIROS; GUARESCHI; 2009). A partir das demandas desse movimento, foi criado o Programa de Saúde Materno-infantil, na década de 1970, com foco no planejamento familiar (FREITAS et al., 2009).

Na década de 1980, como consequência do Movimento da Reforma Sanitária, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propôs inovações na atenção à saúde das mulheres.

Conforme Medeiros e Guareschi (2009) a criação do PAISM rompeu a lógica anterior ao trazer a integralidade como diretriz, e propor novos modos de pensar os processos de trabalho, a capacitação de recursos humanos, as práticas educativas e a articulação entre

diferentes níveis de gestão. Nesta perspectiva, Medeiros e Guareschi (2009) destacaram, ainda, que o PAISM antecipou-se à criação do SUS e às proposições da PNAISM, apresentando, já na época da sua criação, uma visão ampliada sobre a saúde das mulheres.

Já no século XXI, a PNAISM inovou ao investir na consolidação de avanços no campo dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, propostos já em 1983 pelo PAISM, além de buscar promover ações para reduzir a morbimortalidade por câncer de mama, do colo de útero e infecção por HIV.

A PNAISM foi criada com o objetivo de modificar a lógica do paradigma biomédico e centrar as ações de saúde na usuária por intermédio da lógica da promoção da saúde. A Política destacou a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores da atenção à saúde das mulheres nas diferentes etapas de sua vida, por meio do reconhecimento de seus direitos sexuais, reprodutivos e como cidadã; do respeito à diversidade racial, étnica, cultural e regional existentes em nosso país; por considerar o enfoque de gênero, os aspectos que produzem a vulnerabilidade dos diferentes grupos, suas especificidades e suas necessidades. Além disto, a PNAISM enfatizou “a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social”. A ideia é que as ações de saúde estejam articuladas de forma intersetorial para a formação de redes integradas, qualificando a atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

Para consolidar e potencializar a PNAISM, outras políticas e planos foram sendo implementados, de modo a garantir os direitos das mulheres brasileiras.

Entre elas, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, apresentou linhas de ação coerentes com as diretrizes da PNAISM, compreendendo a saúde como resultado dos modos de organização da produção do trabalho e da sociedade em um contexto histórico. A promoção da saúde é destacada na PNPS como um modo de pensar articulado às demais políticas, para dar visibilidade aos determinantes de saúde da população, a fim de criar mecanismos capazes de reduzir as situações de vulnerabilidade e promover a equidade, a participação e o controle social nas políticas públicas (BRASIL, 2010).

Nesse mesmo sentido, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (2013-2015) veio ao encontro das políticas citadas, anteriormente, definindo ações que promovem os direitos das mulheres, buscando a melhoria de suas condições de vida e ampliação do acesso aos meios e serviços para a promoção da saúde integral, reforçando a importância da transversalidade das políticas públicas na promoção da saúde das mulheres (BRASIL, 2013).

Outras iniciativas foram criadas sob a mesma lógica, como é o caso do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras Doenças

Sexualmente Transmissíveis (DST) (2007) e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (2010). Segundo o Ministério da Saúde, estas duas iniciativas visaram implementar medidas com o objetivo de diminuir as iniquidades e desigualdades na saúde desses grupos, particularmente aquelas advindas da questão de gênero (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, outras políticas como a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005), a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (BRASIL, 2008) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004) buscaram reforçar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, através da garantia do acesso aos meios anticoncepcionais, à esterilização cirúrgica e à reprodução assistida, bem como à humanização do cuidado nas diversas fases de sua vida.

Todas as políticas citadas sustentam o arcabouço doutrinário do SUS, no que tange à atenção à saúde das mulheres, em especial, com relação à integralidade como forma de contemplar ações de promoção, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação da saúde.

Tendo em conta o especial interesse da presente pesquisa no tema da integralidade em saúde e o pressuposto de que este princípio precisa ser melhor articulado no desenvolvimento da atenção à saúde das mulheres no Brasil, serão destacadas, a seguir, as principais questões que permeiam o debate atual sobre os limites e possibilidades desta articulação.

Apesar do destaque conferido pelas políticas e programas atuais a uma necessária articulação entre a noção ampliada de saúde e a integralidade da atenção, o modelo atual de atenção à saúde das mulheres segue enfocando necessidades bem específicas de saúde, enquanto negligencia suas singularidades, por vezes, explicitadas em necessidades não previstas pelo sistema (COELHO et al., 2009).

Com relação à regulação da assistência e integralidade à saúde da mulher, Lima (2010) estudou a política de regulação em Recife, PE, a fim de analisar o processo de regulação assistencial no tocante à integralidade da assistência à saúde da mulher, através de estudo de caso por meio de entrevistas com os gestores. A autora concluiu que a atenção básica se caracterizava por ser pouco resolutiva, apresentar descontinuidade no percurso terapêutico das mulheres e ter uma regulação assistencial limitada, comprometendo a integralidade. Nessa mesma direção, Neto e Cunha (2006), em uma análise da gestão da atenção à saúde das mulheres na prevenção do câncer cérvico-uterino na perspectiva da integralidade, referiram que a atenção ainda é fragmentada e que é preciso planejar, organizar e avaliar melhor as ações para garantir os princípios do SUS. Lima (2010) e Soares (2007) corroboraram este

argumento ao afirmar que a integralidade ainda está em construção, pois a atenção segue o modelo biomédico.

Almeida (2009) chegou à conclusão semelhante ao acompanhar a trajetória de mulheres com câncer de mama em Volta Redonda, RJ, com o objetivo de compreender como suas necessidades foram atendidas, tendo a integralidade como eixo desse atendimento. Na análise dos dados, o autor identificou que os serviços não estavam organizados para atender às demandas das usuárias. As práticas profissionais se mantinham centradas na atenção médica, com ênfase na doença e não havia uma equipe multiprofissional para atender as necessidades psicológicas e sociais das mulheres. Além disto, existiam atrasos nos diagnósticos e tratamentos, bem como dificuldade de acesso à mamografia, cirurgia e reconstrução mamária.

Coelho et al. (2009) realizaram uma pesquisa tendo como objetivos refletir e discutir sobre o cuidado à saúde das mulheres e identificar aspectos que fragilizam ou potencializam a integralidade, em um centro de saúde na cidade de Salvador, BA. Segundo os autores, não havia integralidade nas práticas profissionais pelos seguintes motivos: desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das usuárias, dificuldade na construção de vínculos entre o serviço e as usuárias e sobreposição dos protocolos institucionais às necessidades das mulheres.

Essas dificuldades podem ser reflexos da formação profissional, da dissociação entre os modelos de gestão e de atenção, dos modos como se configuram os processos de trabalho, referidos anteriormente, no campo da saúde das mulheres. Conforme estudos realizados por Fernandes, Santos e Oliveira (2007), Lara et al. (2008) e Teixeira et al. (2009), no campo da atenção à saúde das mulheres, existe, ainda, uma formação descontextualizada que desconsidera a noção de gênero, as questões relativas à sexualidade e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; o acolhimento, a dificuldade de construção de vínculos e foca sua atenção nas questões reprodutivas. Nesta mesma direção Soares (2007) concluiu em sua pesquisa que as práticas profissionais permanecem centradas no modelo biomédico, enfatizando que a constituição de mulheres como sujeitos sociais ainda precisa ser conquistada.

Pesquisa realizada por Tavares, Mendonça e Rocha (2009) com usuárias e profissionais da rede básica no Rio de Janeiro, analisando os sentidos da integralidade na organização e nas práticas de saúde, apresentou conclusões que destacam aspectos contrastantes com relação à integralidade. Uma delas é a resistência dos profissionais com relação à mudança nos modos de organização do serviço e à prevalência do modelo curativo de atenção, além da ineficácia da referência e contra referência e, segundo as usuárias, pouca integração, vínculo e escuta. Em outro estudo, do qual participaram profissionais de saúde e

gestor de um ambulatório hospitalar, Raimundo e Cadete (2012) apontaram ter ficado claro que, para a consolidação da integralidade, é necessário que a formação em saúde promova o desenvolvimento de competências para a escuta e o acolhimento.

Na pesquisa etnográfica realizada por Rezende (2011), com profissionais e usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF), com o objetivo de compreender as concepções de gênero no cotidiano do trabalho, observou-se que as práticas de saúde não estimulavam a autonomia das mulheres, mantendo o foco apenas em aspectos reprodutivos. Um dos motivos dessas práticas incoerentes com as políticas públicas é a falta de capacitação profissional que resulta na dificuldade dos profissionais para articularem a noção de gênero com suas práticas (SCHRAIBER, 2012).

Pinheiro e Couto (2013) realizaram um estudo em USF, também de cunho etnográfico, para investigar a relação entre homens e serviços na ótica da integralidade. Embora a pesquisa fosse voltada ao cuidado dirigido aos homens, algumas conclusões corroboraram os resultados de outros estudos realizados com usuárias. Nessa pesquisa, concluiu-se que as práticas de saúde mantêm a relação entre mulheres e reprodução desarticulada da sexualidade, através de um rol de atividades que se focam na dimensão reprodutiva, que não atendem às necessidades das mulheres e não incluem os homens.

Do mesmo modo, as dificuldades de acesso também não favorecem a integralidade, conforme pesquisas realizadas já em 1998 por Barrientos e em 2004 por Pereira, confirmadas por pesquisas posteriores à criação da PNAISM por Torres (2007) e por Bairros et al. (2011), este último especificamente em relação às mulheres negras.

Em sua pesquisa, Torres (2007) entrevistou usuárias do SUS em Belo Horizonte, para investigar o acesso à consulta ginecológica e suas percepções. A pesquisa concluiu que as mulheres negras e aquelas menos escolarizadas tinham menos acesso à consulta ginecológica e reivindicavam uma consulta com mais qualidade e mais oportunidade de conversar com o profissional de saúde que lhes atendia.

Em outro estudo, Bairros et al. (2011), ao investigarem o acesso de mulheres negras e brancas ao exame preventivo de câncer de colo de útero e de mamas, em duas cidades gaúchas, concluíram que as mulheres negras têm mais dificuldades para agendar consultas e que, quando conseguem, esperam mais tempo por elas, além do diagnóstico de patologias (como o câncer de mama) ser mais tardio.

Tendo em conta a literatura revisada, pode-se argumentar que, no âmbito da atenção básica, já há uma considerável produção de conhecimento que permite argumentar que a efetivação da integralidade da atenção em saúde ainda é um desafio a ser enfrentado. Neste

cenário, a integralidade segue sendo destaque no debate atual sobre as incoerências do nosso sistema de saúde e sobre os modos possíveis de reversão deste quadro.

A seguir serão trazidas da literatura as diversas concepções de integralidade que vem produzindo ou sendo produtos deste debate. A intenção é apresentar, com mais clareza, a diversidade de entendimentos sobre integralidade em saúde existentes no campo da saúde coletiva e, a partir daí, rever o que a literatura tem discutido com relação especificamente à articulação entre integralidade e necessidades de saúde das mulheres.

### **3.2 Integralidade e necessidades de saúde das mulheres: contribuições da literatura**

A Lei 8.080 que criou o SUS, em 1990, define a integralidade como um: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Apesar do indicativo de que a lei apresenta uma definição oficial para o termo integralidade, a literatura mostrou que este termo é polissêmico (MATTOS, 2001).

Mattos (2001) concebeu a integralidade como uma imagem-objeto, destacando que distintos atores políticos lhe atribuem diferentes sentidos, mas, que apesar desta diversidade de entendimentos sobre afinal o que é integralidade, existe sempre uma busca por articular estes diferentes sentidos, procurando superar as críticas à realidade atual que se almeja transformar.

Apesar de haver diferentes sentidos, existe um consenso na literatura de que a viabilização da integralidade em saúde depende de um novo modelo de atenção, compatível com a necessária superação da dimensão biológica do ser humano e a busca da criação de vínculo usuário-profissionais-serviços de saúde, considerando sempre o contexto de vida dos usuários e o conceito ampliado de saúde (CECCIM, FERLA, 2008; TEIXEIRA, 2011; CECÍLIO, 2001).

Para Mattos (2001) a integralidade é um valor que se manifesta na forma como os profissionais apreendem as necessidades dos usuários, no modo como os serviços e os processos de trabalho estão organizados para atender a essas necessidades e na maneira como as práticas de saúde são construídas. Nesta perspectiva, o autor argumenta que a integralidade é um modo de apreensão das necessidades de saúde, agregando o conhecimento técnico às

dimensões socioculturais no contexto de vida dos sujeitos em uma relação dialógica. (MATTOS, 2004).

Ceccim e Ferla (2008) concordaram com Mattos (2004), ao considerar que a integralidade pode promover a construção de saberes e práticas centradas na satisfação das necessidades dos usuários.

Na concepção de Machado et al. (2007) a integralidade envolve a formação profissional e permanente dos trabalhadores em saúde, bem como o trabalho em equipe, favorecendo o diálogo entre profissionais e o cuidado centrado no usuário por intermédio de ofertas assistenciais que atendam as suas necessidades de saúde.

Teixeira (2011) afirmou que o princípio da integralidade se consolidará pela reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde. A autora defende a integração de práticas que superem a dimensão individual do cuidado e busquem a articulação entre promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e atenção à saúde individual e coletiva.

Cecílio (2001) foi ao encontro dos autores anteriormente citados quando afirmou que a problematização sobre a integralidade é importante para pensar a organização do trabalho, a gestão, o planejamento, os saberes e as práticas em saúde, considerando as necessidades de saúde dos usuários como centro de suas intervenções e práticas.

Percebe-se que todos os autores citados reconhecem que não há integralidade se o cuidado não estiver centrado nas necessidades dos usuários. Para atender aos usuários com base no princípio da integralidade, é necessário ter em conta o que se entende por “necessidades de saúde”.

Como destacaram Pinheiro et al. (2010), o termo “necessidades de saúde” não é algo fácil de definir, pois há diversas abordagens teórico-conceituais que buscam compreendê-lo. Ainda segundo Cecílio (2001), Mandú (2005) e Stotz (1991), a definição de necessidades de saúde é bastante complexa. Stotz (1991) também referiu, em sua tese, que há diferentes concepções sobre necessidades de saúde, conforme as diferentes correntes ideológicas utilizadas na área do planejamento em saúde. Sob esse ponto de vista, “necessidades de saúde” podem ter diferentes interpretações nas políticas, nos serviços de saúde e nas experiências singulares de vida dos usuários. Para Schraiber (2012) estas diferenças podem se constituir em divergentes leituras sobre o que se configura em “necessidade de saúde” nas instâncias das políticas e das práticas.

A partir de distintas abordagens “necessidades de saúde” podem ser definidas em diferentes dimensões como necessidades naturais àquelas relativas à preservação da espécie,

ou como necessidades que dizem respeito à liberdade e autonomia do ser humano (EGRY et al., 2009). Osório, Servo e Piola (2011) consideraram que as necessidades envolvem as dimensões da sobrevivência humana, dos direitos à saúde e dos elementos relacionados aos determinantes sociais da saúde, além da dimensão concreto-operacional que envolve o modo como o planejamento em saúde estabelece as necessidades de saúde. Já para Stotz (1991, p.15), necessidades de saúde são “potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas”.

Para os autores citados as necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente, sendo a expressão particular das necessidades sociais. Nesse sentido, a produção de necessidades de saúde é influenciada pelo contexto social, histórico e econômico, pelo modo como as pessoas vivenciam situações como problemas que vêm a se constituir em necessidades de saúde e pela forma como os serviços de saúde reconhecem e acolhem essas necessidades as quais, embora sejam construídas socialmente, devem ser captadas individualmente.

Nesta dissertação, a noção de necessidades de saúde foi compreendida nas perspectivas de Cecílio (2001) e de Mandú (2005), por entender-se que estas articulam com mais clareza necessidades, determinantes sociais e integralidade .

Cecílio (2001) argumentou que necessidade de saúde diz respeito a ter boas condições de vida, seja no aspecto relativo às condições ambientais, sociais e de trabalho, no acesso às tecnologias de saúde, na questão do vínculo do usuário com os profissionais e o serviço de saúde, ou, ainda, na autonomia do sujeito para satisfazer suas necessidades. Mandú (2005) concordou que as necessidades de saúde estão relacionadas às condições de vida, ao acesso às tecnologias e às experiências de vida. Para a autora, a satisfação dessas necessidades resulta na manutenção da qualidade da vida como a expressão da potencialidade humana de lidar com as condições materiais e não materiais da vida.

Nessa lógica, pode-se presumir que a percepção e a identificação das necessidades pessoais de saúde são significativamente influenciadas pelos determinantes sociais de saúde (DSS). Segundo a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciam os seus estilos de vida e determinam os seus padrões de saúde. Os DSS estão relacionados a fatores econômicos, sociais, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que interferem no processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2012) e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012), são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde.

Tratando da relação entre integralidade e atenção à saúde das mulheres, vários autores reconhecem que a integralidade não perpassa apenas as políticas públicas de saúde, em que o governo assume a responsabilidade por responder aos problemas de saúde da população, articulando políticas, serviços e ações de saúde intersetorialmente (LIMA, 2010; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; SOARES, 2007; STEDILE; CECCIM, 2007). Segundo esses autores, a integralidade também inclui o acesso à rede de saúde e envolve os profissionais por meio do comprometimento nas ações de cuidado às mulheres e no reconhecimento de suas necessidades, compartilhando com elas a responsabilidade por sua saúde.

No caso das mulheres, Villela (2000) afirmou que as transformações sociais e econômicas dos últimos tempos provocaram mudanças no seu papel social, exigindo a reformulação das práticas de saúde, pois as necessidades de saúde passaram a ser vistas de outra forma a partir da noção de integralidade. Nesse cenário, segundo Villela (2000), a reprodução passa a ser um direito e o livre exercício da sexualidade se constitui em um elemento fundamental para a autonomia das mulheres. Villela (2000) argumentou que as condições sociais também são determinantes no processo de produção das queixas, mal-estares e patologias das mulheres, e no modo como se relacionam com esses agravos.

Mandú (2005) e Cecílio (2001) entenderam que as necessidades das mulheres chegam aos serviços de saúde como demandas. Segundo Mandú (2005) é comum as necessidades de saúde das mulheres não se revelarem espontaneamente, mas surgirem como manifestações orgânicas em forma de demandas por informações, consultas, busca de anticoncepcionais, exames como o CP e a avaliação ginecológica.

Ao encontro do que afirmou Mandú (2005), Cecílio (2001) observou que a demanda surge na forma de busca por consultas, exames e medicamentos, por exemplo, e acrescenta que as demandas são as necessidades de saúde modeladas pelas ofertas dos serviços de saúde. Porém, segundo o autor, as necessidades ocultas por essas demandas podem ser a busca de respostas pelas más condições de vida, pela dificuldade de acesso a alguma tecnologia, pela busca de autonomia ou de vínculo com o serviço. Para Cecílio (2001), os serviços e as equipes de saúde devem fazer um esforço para a escuta e a tradução dessas necessidades de saúde, de modo a atendê-las, respeitando as singularidades, com a maior integralidade possível.

Nesse sentido, Pinheiro et al. (2010) consideraram que a definição de demanda como necessidade é o resultado do diálogo entre o saber técnico e o popular. No entanto, o diálogo entre as ofertas assistenciais dos serviços de saúde e as necessidades das mulheres está

atravessado por vários condicionantes que podem impor limites à integralidade do cuidado. Entre esses condicionantes encontra-se a demanda programática dos serviços de saúde que deve atender às diretrizes e ações programáticas das políticas públicas. Segundo Pinheiro et al. (2010), a organização das políticas de saúde com modelos fixos e fluxos centralizados traduz as “demandas” em “reais necessidades” dos usuários, e os serviços respondem a essas necessidades com base em critérios técnicos, objetivos e quantificáveis. Para Coelho et al. (2009), embora a PNAISM (BRASIL, 2011) foque diretrizes e ações programáticas que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos da saúde das mulheres, os serviços estão organizados na lógica de um modelo clínico que não responde às suas necessidades mais imediatas, Segundo Pires et al. (2010), a desarticulação entre o que os serviços oferecem e as demandas dos usuários ocorre pela dificuldade de se fazer a escuta das necessidades de saúde da população.

Franco e Merhy (2010) corroboraram com os argumentos dos autores citados acima, referindo que o modelo técnico-assistencial vigente (centrado no corpo e voltado para a produção de procedimentos em detrimento de abordagens relacionais) é responsável pela construção de uma demanda vinculada às ofertas dos serviços de saúde. Franco e Merhy (2010) afirmam que o modelo faz com que o usuário coloque toda a expectativa de satisfação de suas necessidades nos procedimentos, pois, assim como os trabalhadores dos serviços de saúde, os usuários associam a qualidade ao consumo de insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas.

Resultados de pesquisas corroboram os argumentos de Franco e Merhy (2010). A pesquisa de Campos e Bataiero (2007) mostrou que, para atender às necessidades de saúde dos usuários, os serviços de saúde oferecem o consumo de procedimentos de saúde, principalmente a consulta médica. Do mesmo modo, o estudo de Cordeiro et al. (2010) indica o foco médico nas questões diagnósticas e terapêuticas. Em sua pesquisa Salimena et al. (2012) concluíram que as usuárias reproduzem a valorização dada pelos serviços de saúde à preservação ou recuperação da função reprodutiva ao buscarem o atendimento estimuladas por essas questões.

Em suas diretrizes, a PNAISM reconhece que o perfil epidemiológico da população feminina brasileira diferencia-se nas diversas regiões do país, e aponta que essas diferenças devem ser consideradas na implantação e implementação dessa política a fim de atuar de forma mais próxima à realidade local.

Considerando essa diversidade, a política está direcionada à inclusão e promoção do acesso aos serviços de saúde de grupos de mulheres que, até então, eram invisíveis às políticas

de saúde como as negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, na terceira idade, com deficiências e trabalhadoras rurais que passam a ser contempladas com ações de saúde que procuram atender suas necessidades específicas (BRASIL, 2011). Essas mulheres têm suas singularidades peculiares determinadas pelo contexto geográfico, econômico, cultural e social que determinam as condições nas quais vivem. Por outro lado, podem compartilhar algumas semelhanças com outras mulheres de outros contextos socioeconômicos e culturais que precisam ser considerados nos serviços e saúde.

Machado et al. (2007) afirmaram que, a fim de contemplar as diretrizes da PNAISM e consolidar a integralidade, os serviços de saúde devem ofertar ações de promoção à saúde. Nessa mesma perspectiva, Teixeira (2011) reforçou que é possível integrar as ações de promoção, prevenção e curativas por intermédio da possibilidade de estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços que contemple alternativas de intervenção a partir das necessidades de saúde das mulheres.

A literatura revisada permite argumentar que, apesar de toda a ênfase das políticas na importância da integralidade para a produção de saúde, a realidade vivida nos serviços de saúde ainda não incorporou plenamente esse princípio nas ações dirigidas à saúde das mulheres. Isso se constitui em um desafio que o SUS ainda precisa enfrentar, contemplando mudanças nos modelos de gestão, de atenção e de formação. Nesse sentido, pode-se questionar: qual tem sido a oferta de atenção em saúde às mulheres usuárias dos serviços da rede básica de saúde? A que necessidades esta oferta tem sido dirigida? Aspectos da saúde das mulheres não configurados diretamente pela lógica reprodutiva e biomédica, como questões relativas à sexualidade, corporeidade e feminilidade têm integrado esta oferta? Algumas experiências dão conta das dificuldades dos serviços e dos profissionais em mudar para uma lógica de atenção à saúde que incorpore estas questões.

No cenário das práticas de saúde, a sexualidade das mulheres é uma dimensão quase invisível. Rodrigues (2011) colocou que o corpo das mulheres permite a elas a experiência única na espécie humana de gestar um filho em seu ventre. Esse privilégio reforçado pela noção de que a elas estava reservado o papel de reprodutoras fez com que as práticas de saúde focassem no aparelho reprodutor, desvalorizando além de suas vivências afetivo-sexuais a sua dimensão humana (SAMPAIO et al., 2010).

Em um estudo realizado com o objetivo de identificar a vulnerabilidade de mulheres adultas e com relação conjugal estável à infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), em função da utilização ou não de preservativo, e a conexão entre esse aspecto e as relações de gênero e o papel do Programa Saúde da Família nesse contexto, concluiu-se que as práticas

dos profissionais de saúde estavam centradas na saúde reprodutiva das mulheres e não estimulavam sua autonomia quanto à decisão para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (SOUZA et al., 2008). Além disto, a equipe não abordava temas referentes à sexualidade ou ao gênero e, quando solicitados pelas usuárias, os profissionais respondiam a questões relacionadas a tais temas com ações prescritivas, sem discutir o assunto ou tentar buscar meios para solucionar os problemas. Outra conclusão foi a de que as usuárias se ressentiam de um trabalho educativo capaz de esclarecer suas dúvidas.

Esta questão da relação entre sexualidade e saúde das mulheres, nas diferentes fases de suas vidas, tem sido destacada na literatura por diversos autores em seus estudos (CABRAL; OLIVEIRA, 2009; CESNIK et al., 2013; MANDÚ, 2004; MARTINS et al., 2011; RESSEL; JUNGES; SEHNEM; SANFELICE, 2011; SALIM; GUALDA, 2010; VALENÇA; FILHO, GERMANO; 2010).

Outros estudos realizados por Costa e Coelho (2011), Garcia e Souza (2010), Gualda et al. (2009), Oliveira et al. (2004), Rodrigues (2011), Santos et al. (2009), Souza e Barroso (2009), entre outros autores, destacaram que a falta de autonomia das mulheres para praticarem o sexo seguro, deixando a decisão sobre o uso ou não do preservativo masculino com os homens, expõe as mulheres a agravos de saúde, em especial, a DST e à aids. Segundo Sampaio et al. (2010) e Trindade e Ferreira (2008) as mulheres, ao reprimirem sua sexualidade, perdem a autonomia sobre seus corpos e têm dificuldades em negociar com os homens o uso do preservativo, deixando essa decisão para eles porque acreditam que o homem deve ter o domínio da relação afetivo-sexual.

Neste contexto, novamente a literatura consultada destacou a influência da formação dos profissionais no modo como a sexualidade é tratada nas práticas de saúde, aí incluída sua invisibilidade, pouca valorização e/ou relação com patologias. Garcia e Lisboa (2012) afirmaram que a temática da sexualidade é ausente nos conteúdos programáticos dos cursos de enfermagem e medicina. Garcia (2007) complementou, argumentando que os aspectos cognitivos e afetivos do conhecimento sexual não são abordados na formação profissional.

Schraiber et al. (2009) e Vilella (2000) destacaram que o modelo biologicista, ao focar sua atenção na dimensão biológica das mulheres, não se compromete com seus direitos e reforça as diferenças de gênero na atenção à saúde. Para Gaudenzi e Ortega (2012) uma das implicações desse modelo é a medicalização da vida, ou seja, a transformação de aspectos cotidianos da vida das pessoas em objetos de intervenção da medicina, através do estabelecimento de normas morais de conduta, da prescrição e proscrição de comportamentos com objetivo de assegurar que se conformem às normas sociais, tornando as pessoas

dependentes dos profissionais de saúde (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). A naturalização do corpo feminino propiciou a sua medicalização que iniciou com o parto, depois do surgimento das primeiras maternidades no século XIX, e continua com as campanhas contra o aborto e a contracepção como meio de viabilizar os projetos eugênicos daquele período e, mais tarde na década de 1960, com o incentivo à contracepção como forma de controle populacional (COSTA et al., 2006).

Nesta mesma perspectiva, Aguiar e Barbosa (2006) apontaram que, ao naturalizar e medicalizar o corpo feminino, as práticas de saúde reduzem este corpo ao papel reprodutivo e perpetuam as desigualdades sociais e de gênero. Vilella (2000) corroborou com este argumento ao afirmar que as ofertas de ações de saúde altamente medicalizadoras mantêm as mulheres alienadas de seus corpos e de suas necessidades como sujeitos. Vieira (1999) acrescentou que a medicalização reduz as questões sociais que envolvem as mulheres à concepção, parto e contracepção e não atende as suas expectativas mais amplas.

Se, por um lado, a literatura apresentou argumentos sobre a relação entre a medicalização da vida e a redução da autonomia das mulheres para decidir sobre questões relativas ao seu corpo, por outro, há autores que ressaltaram que a medicalização coloca sob a responsabilidade feminina as decisões relativas à contracepção, gravidez e amamentação (COSTA et al., 2006).

A medicalização não é um privilégio somente das mulheres em fase reprodutiva. Nas diferentes etapas de suas vidas as mulheres são medicalizadas de diferentes formas. A pesquisa de Alves (2010), realizada por meio de uma revisão bibliográfica, com o objetivo de identificar as demandas de mulheres em climatério e a forma como os profissionais de ESF abordam essas mulheres, concluiu que a atenção às mulheres em climatério não contempla as necessidades que se expressam por meio de demandas que vão além dos aspectos biológicos, pois as práticas profissionais respondem a essas demandas com a assistência curativa e medicalizadora.

O estudo de Soares et al. (2012), também por meio de revisão sistemática, chegou à mesma conclusão. Ao procurarem os serviços com queixas e dúvidas sobre as alterações que estão enfrentando, as mulheres obtêm como resposta a prescrição de terapia de reposição hormonal sem a possibilidade de práticas educativas que poderiam lhes ajudar a enfrentar o momento que vivem.

No contexto atual, promover a saúde integral das mulheres exige o reconhecimento, por parte dos serviços de saúde, dessas necessidades e, também, da situação de vulnerabilidade de alguns grupos de mulheres em determinados contextos, da maneira como

as mulheres expressam suas necessidades de saúde e do modo como os serviços e as práticas profissionais estão articulados para atendê-las.

Como citado, anteriormente, as mulheres vivem em diferentes condições de vida, de acordo com aspectos étnicos, econômicos e sociais (STREY, 2011). Desta diversidade de condições desiguais destacadas na literatura (PITANGUY; BARSTED, 2011; STREY, 2011) surgem diferentes necessidades de saúde e, também, condições em que algumas mulheres podem estar em situação de vulnerabilidade, gerando necessidades relacionadas a esta condição, especialmente dos grupos que a PNAISM tenta incluir em suas diretrizes (negras, indígenas, mulheres do campo, mulheres em condição de pobreza).

No Brasil, a vulnerabilidade das mulheres a doenças e morte está mais relacionada à discriminação que sofrem na sociedade do que a fatores biológicos. Nesse caso, a violência, a violação dos direitos humanos, o racismo e as desigualdades étnico-raciais são alguns dos fatores que aumentam seu grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011). Como referido por Ayres, Paiva e Buchalla (2012), as relações sociais se constituem na base das situações de vulnerabilidade.

Em se tratando da noção de vulnerabilidade, o conceito de Ayres (2009) auxilia a compreender como as mulheres podem se tornar vulneráveis em alguns contextos. O autor propôs a constituição da vulnerabilidade em três dimensões: individual, social e programática. Na dimensão individual, as características biológicas, comportamentais e afetivas podem implicar em exposição e suscetibilidade a agravos de saúde. Na dimensão social, a configuração dos contextos e as relações sociais têm papel importante na determinação da vulnerabilidade. Na dimensão institucional ou programática, o modo como ocorre a articulação entre as políticas públicas e sua conexão com as dimensões individual e social podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos. A configuração do nível de vulnerabilidade de cada um depende da articulação entre essas dimensões, o que significa dizer que nem todas as mulheres que vivem em situações semelhantes se encontram na mesma condição de vulnerabilidade.

Nesse cenário, a situação de vulnerabilidade feminina gera desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde, sendo a causa de iniquidades (BRASIL, 2010). Ver as mulheres apenas do ponto de vista biológico implica uma atenção à saúde fragmentada, desvalorizando os determinantes e as necessidades de sua saúde e aumentando as iniquidades.

Nessa lógica, Morales e Barreda (2008) afirmaram que é importante conhecer o grau de vulnerabilidade das mulheres para planejar as ações de cuidado em saúde dirigidas a elas. Essa afirmativa foi corroborada por Nicolau, Shraiber e Ayres (2013), para os quais a noção

de vulnerabilidade permite entender as dimensões vividas pelas mulheres relativas às necessidades de saúde e à atenção dos serviços, pois situações de vulnerabilidade interferem no modo como as desigualdades são experimentadas (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Para Cecílio (2001) e Mandú (2005) as necessidades de saúde advêm das condições de vida do ser humano, e a vulnerabilidade é uma condição de vida que leva à construção de necessidades singulares de saúde das mulheres que devem ser consideradas no campo da saúde.

As afirmações dos autores citados vêm ao encontro do argumento de Ayres (2009), que considerou que a vulnerabilidade emerge nesse cenário, permitindo a apreensão das necessidades dos usuários e a capacidade de intervir nos processos saúde-doença por meio da escuta dessas necessidades. No entendimento de Ayres (2009), esse diálogo, sob a ótica da vulnerabilidade e da atenção integral à saúde, pode provocar mudanças nas práticas de saúde, por meio da construção de saberes que contribuam para a solução de problemas práticos, pois permite compreender o que as pessoas estão buscando nos serviços de saúde.

Como já apontado, a PNAISM tenta incluir alguns grupos de mulheres que sofrem mais situações de vulnerabilidade, porém, ainda persistem, conforme as pesquisas publicadas, iniquidades geradas pela vulnerabilidade. Nesse cenário, as mulheres negras estão entre as mais vulneráveis, em decorrência do racismo, da discriminação (OLIVEIRA, 2011) e de uma precária condição social que, muitas vezes, resulta dessa discriminação (MATOS, 2005).

Embora não exista a variável cor nos sistemas de informação de saúde, dados oficiais confirmam que a maioria das mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza, tem maior risco de contrair e morrer de certas doenças (diabetes, hipertensão arterial, anemia falciforme e câncer de colo de útero) do que as mulheres brancas e tem menos acesso à atenção obstétrica em todas as suas fases (pré-natal, parto e puerpério) e na atenção ginecológica (BRASIL, 2011).

Estudos mostram a dificuldade de acesso das mulheres negras aos serviços de saúde. Bairros, Meneghel e Olinto (2008) realizaram um estudo para verificar o acesso de mulheres brancas e negras aos exames de detecção precoce de câncer de mama e de colo de útero. Esse estudo, realizado no sul do Brasil, concluiu que as mulheres negras se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, econômica e de atendimento à saúde e indicou a desigualdade na atenção às mulheres negras especialmente. No estudo, concluiu-se que mulheres negras acima de quarenta anos de idade têm maior probabilidade de não haverem realizado exame de CP ou estarem com o exame atrasado. Gasperim, Boing e Kupek (2011) realizaram um estudo transversal com mulheres adultas residentes em Florianópolis para

conhecer a cobertura do teste de Papanicolau e identificar a proporção de exames não realizados ou em atraso nesta população. A conclusão foi de que as mulheres negras com menor escolaridade e menor renda apresentavam a menor cobertura do teste de Papanicolau e, também, a segunda maior prevalência de exames em atraso.

A vulnerabilidade das mulheres negras também foi alvo de argumentação em estudo realizado por Albuquerque, Moço e Batista (2010), com o objetivo de analisar componentes socioculturais e comportamentais relacionados ao processo de vulnerabilização ao HIV/aids a partir da percepção de mulheres negras. De acordo com esses autores, é clara a relação entre a exposição dessas mulheres ao HIV/aids e a vulnerabilidade social a que estão expostas: baixa escolaridade e renda, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e questões de gênero.

Outro grupo que é citado na literatura como alvo de iniquidades em saúde é o das mulheres indígenas, as quais, segundo alguns autores, não têm contemplados seus direitos com base em sua diversidade étnica e cultural. Segundo dados do Observatório de Gênero (2012), estas mulheres enfrentam problemas relacionados à violência de gênero, ao acesso à saúde e à educação, à demarcação de terras e ao medo de falar por não saber falar a língua do branco. Pinto (2010) referiu que o contato com a sociedade nacional traz sofrimentos de ordem psicológica, moral e física às mulheres indígenas, como, por exemplo, a prostituição formal, a violência doméstica e outras injustiças que são reforçadas pela comunidade indígena.

Com relação à atenção à saúde a essas mulheres, autores como Marcolino (2012) e Neto e Silva (2014) referiram que há poucas pesquisas nessa área. Os dois últimos, ao realizarem uma revisão integrativa sobre a qualidade de vida da mulher indígena, encontraram dificuldades de acesso das indígenas aos exames preventivos de câncer de colo de útero e evidências de medicalização da mulher indígena demonstradas no aumento de partos hospitalares e na insatisfação das indígenas com o atendimento hospitalar que não está adequado à cultura indígena. A pesquisa concluiu que a atenção à saúde das mulheres indígenas não garante a assistência pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, DST e HIV/aids.

Azevedo (2009) analisou as concepções das mulheres indígenas do Alto Rio Negro sobre saúde reprodutiva, relacionando-as aos indicadores de fecundidade, utilizando como fonte de dados o Censo Indígena Autônomo do Rio Negro (CIARN). A análise permitiu concluir que as indígenas dessa região possuem um conhecimento detalhado e complexo sobre seu corpo e os cuidados com a sua saúde, diferente da cultura branca e que esses conhecimentos não estão contemplados nas políticas de saúde. Ferreira (2013) concordou com

as conclusões deste estudo afirmando que as políticas públicas, incluindo a PNAISM, falham no diálogo com as indígenas no que diz respeito à sua diversidade étnica. Embora a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tenha sido construída especificamente para esses povos, ela não contempla plenamente as necessidades das mulheres indígenas, pois foca suas ações de saúde apenas no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2002). Para Marcolino (2012), por esse motivo, as indígenas não costumam buscar respostas ou soluções para problemas de ordem reprodutiva no atendimento de profissionais não indígenas.

Outro grupo de mulheres retratado na literatura como grupo vulnerável é constituído por mulheres do meio rural. No meio rural, que inclui o campo e a floresta, as mulheres são afetadas por situações de extrema pobreza e enfrentam dificuldades para a obtenção de documentos e para o acesso a políticas e serviços públicos, o que contribui para sua vulnerabilidade. Essa realidade é retratada nos dados do Ministério do Desenvolvimento Agrário (BRASIL, 2011), que acrescentou, ainda, dificuldades relativas às desigualdades de gênero, falta ou precariedade de saneamento básico e dupla jornada de trabalho (na unidade produtiva da família e, em casa, com os serviços domésticos). Conforme Daron (2009) essas mulheres desenvolveram saberes e práticas de saúde populares, mas, não abrem mão de articular esses saberes às práticas convencionais e, para isso, lutam pelo acesso às políticas públicas de saúde para a promoção de sua saúde e cidadania.

Também as mulheres que mantêm relações homo afetivas sofrem discriminações, tornando-se mais vulneráveis socialmente, ao recusarem a dominação e a imposição de estereótipos de gêneros (PIASON; STREY, 2011). Na análise de Rodrigues (2011) as políticas públicas dirigidas a essas mulheres têm avançado desde a criação da PNAISM, seguida da criação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e Outras DSTs (2009) e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2010). O Plano e a Política visam implementar medidas para diminuir as iniquidades e desigualdades na saúde desses grupos, particularmente aquelas advindas da questão do gênero.

No entanto, apesar do avanço das políticas de inclusão, a pesquisa de Valadão e Gomes (2011) sobre os modelos que podem explicar a invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência integral à saúde da mulher, concluiu que essas mulheres permanecem invisíveis no campo da assistência à saúde, não encontram o apoio dos profissionais de saúde quando buscam atendimento, pois não são acolhidas e não se sentem motivadas pelos profissionais de saúde a verbalizarem suas preferências sexuais, sendo vítimas de exclusão e violência simbólica.

Para Rodrigues (2011) as práticas de saúde constituem-se como uma barreira ao atendimento humanizado, que não respeita a diversidade sexual e tornam essas mulheres mais vulneráveis às DST e ao câncer de colo de útero e de mama, sem acesso à inseminação assistida pelo SUS, sem falar da questão da violência intrafamiliar a que estão expostas. Essa foi a conclusão da autora ao realizar pesquisa com mulheres lésbicas e bissexuais para compreender como as construções de gênero se fazem presentes nas relações homo afetivas entre mulheres e no cuidado à saúde sexual.

Outro grupo que ganha destaque na literatura sobre a relação entre as especificidades que marcam a vida das mulheres e sua vulnerabilidade, desde um ponto de vista da saúde, é o grupo composto de mulheres privadas de liberdade. Em estudo realizado com o objetivo de investigar o perfil socioeconômico e sexual de presidiárias, Nicolau et al. (2012) observaram que as mulheres tinham em comum a situação de pobreza e baixa escolaridade, prostituição e dificuldade de acesso aos serviços de saúde antes do aprisionamento. Segundo conclusões do estudo, o aprisionamento amplia estas condições de vulnerabilidade, dentre outras razões, por favorecer práticas homossexuais entre as mulheres, tornando-as vulneráveis pela falta de informação, além do não uso de métodos preventivos para DST/HIV pela dificuldade de acesso aos preservativos. Estudo realizado por Molina e Santos (2011) para avaliar a qualidade de vida de presidiárias traz conclusões que corroboram com o argumento sobre a vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade. O estudo concluiu que as mesmas se encontram expostas ao stress, fadiga crônica, dor, ansiedade e baixa autoestima o que compromete sua qualidade de vida. Rocha et al. (2014) também realizaram um estudo com presidiárias com o objetivo de conhecer a sua percepção em relação à atenção a sua saúde, chegando às mesmas conclusões dos estudos anteriores, mas, acrescentando a conclusão de que o sistema prisional não facilita o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde.

Num âmbito mais genérico, outros estudos têm demonstrado a relação entre a pobreza e a vulnerabilidade de mulheres. Em estudo realizado no Brasil com mulheres cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF), Magalhães et al. (2011) confirmaram essa relação, argumentando que as mulheres pobres são as mais vulneráveis devido à menor escolaridade, maior taxa de fecundidade e ao trabalho precário, informal e com baixa remuneração. Cabe lembrar que as mulheres que mais usam os serviços de saúde da rede pública são as mais pobres e com menor escolaridade.

Outro estudo realizado por Pinto et al. (2011), com mulheres chefes de família, teve por objetivo avaliar as condições de vida e de vulnerabilidade social em que se encontravam essas mulheres. Esse estudo concluiu que essas mulheres estavam expostas à vulnerabilidade

emocional pelo abandono, pela violência e pela exploração a que eram submetidas, situações que segundo os autores, levou-as a abdicar de sua feminilidade, de cuidados com sua saúde e de sua sexualidade.

Outro problema que ganha destaque na relação entre vulnerabilidade e saúde das mulheres é a alta incidência de casos de violência, uma importante causa de mortalidade e agravos às mulheres e um problema de saúde pública reconhecida pela PNAISM. O mapa da violência contra as mulheres indica que o Brasil ocupa a 7ª colocação entre oitenta países do mundo, com elevado índice de feminicídio acompanhado de altos níveis de tolerância à violência contra as mulheres.

Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) referiram que a violência intrafamiliar ou doméstica inclui abuso físico, sexual e psicológico, e repercute na saúde reprodutiva e sexual das mulheres, tornando-as mais susceptíveis aos transtornos psiquiátricos devido à sua vulnerabilidade. Ainda segundo os autores, essa vulnerabilidade, por sua vez, leva as mulheres a desenvolverem sintomas depressivos que comprometem sua autoestima, causando distorção do pensamento na construção de ideias de menos valia e autodepreciação. Para Pitanguy (2011) a violência contra as mulheres é uma herança sociocultural e, por isso, acaba sendo banalizada e não punida, o que acarreta problemas nas relações interpessoais e sociais, bem como na saúde das mulheres.

No entanto, na realidade dos serviços de saúde, a violência contra as mulheres é um fenômeno ainda pouco visível. Pitanguy e Barsted (2011) reiteraram que a violência é uma importante causa de morbimortalidade feminina, apesar de ser pouco reconhecida como problema de saúde pública. Segundo Pedrosa e Spink (2011) os agravos causados pela violência são comuns em todos os níveis de atenção à saúde, porém, raramente são reconhecidos e abordados dessa forma.

Um estudo realizado por Lettieri, Nakano e Rodrigues (2008), para identificar as limitações e possibilidades da atuação do profissional de saúde frente à violência contra a mulher, concluiu que os profissionais reconhecem a violência contra a mulher como um problema sério, porém, desconheciam o que fazer nessas situações e suas práticas se caracterizavam pelo reducionismo biologicista na atenção a essas mulheres.

Em outra pesquisa, realizada por Ilha, Leal e Soares (2010), a fim de caracterizar as mulheres vítimas de agressão hospitalizadas no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (2010), as autoras concluíram que a banalização da violência por parte da equipe de saúde é expressa pelo descaso e não reconhecimento desse tipo de agravo, o que impede seu enfrentamento pelos serviços de saúde. Segundo as autoras, uma equipe capacitada para

identificar mulheres vítimas de violência pode oferecer a elas o suporte necessário para interromper o ciclo da violência. Kiss e Schraiber (2011) corroboraram o argumento sobre a banalização da violência contra as mulheres nos serviços de saúde a partir das conclusões de um estudo realizado com profissionais da rede básica da grande São Paulo. O objetivo de sua pesquisa foi estudar as percepções dos profissionais quanto à existência de casos de violência contra mulheres e suas representações como questão social e de saúde. As autoras concluíram que os profissionais de saúde não investigam os casos suspeitos de violência contra as mulheres e consideraram a violência uma questão doméstica e privada. Além disso, quando se deparam com uma situação de violência, sua assistência se resume ao tratamento de lesões e sintomas. Em outras situações, o reconhecimento da violência e a intervenção de saúde é uma ação pessoal do profissional.

Segundo estudo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010), os serviços de saúde carecem de infraestrutura básica para atender mulheres vítimas de violência e, além disso, os profissionais de saúde demonstram atitudes e comportamentos discriminatórios, vitimizando duplamente as mulheres.

Vilela et al. (2011) confirmaram essa realidade em um estudo realizado em serviços de saúde de São Paulo, SP, para identificar a dinâmica institucional da relação profissional-mulher violentada, através de observação não participante e entrevistas com profissionais. Observaram a falta de espaços, além de fluxos inadequados para o acolhimento das mulheres vítimas de violência e o atendimento da equipe permeado por estereótipos de gênero.

Atualmente, organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS consideram a violência contra as mulheres como violência de gênero. Na nossa realidade, o gênero é um fator muito influente na saúde e na vulnerabilidade das mulheres. Ao longo da história da humanidade, as desigualdades decorrentes das diferenças sexuais entre homens e mulheres foram sendo naturalizadas, sendo imposto a ambos o desempenho de comportamentos sociais independentes de fatores biológicos (CONDILO, 2009). Segundo Cortés (2011) a naturalização dessas diferenças, é utilizada por sociedades que discriminam as mulheres. Neste sentido, Ferraz e Kraiczky (2010) argumentaram que gênero é uma construção que atravessa as relações sociais, organizando as relações de poder a partir dos significados atribuídos às diferenças sexuais não somente entre os sexos feminino e masculino, mas, entre sujeitos do mesmo sexo. Para Pitanguy e Barsted (2011) o gênero determina as relações sociais entre homens e mulheres e o modo como ambos adoecem, sendo que homens e mulheres estão expostos a diferentes padrões de sofrimento, adoecimento e morte.

Vilela et al. (2011) enfatizaram que a violência social contra as mulheres que resulta de desigualdades de gênero, se traduz na dificuldade de acesso a recursos materiais e aos espaços de poder e de tomada de decisões, aumentando a condição de pobreza e dependência econômica entre as mulheres e sua vulnerabilidade. Neste sentido, o Ministério da Saúde reconheceu que, no campo da saúde, a dimensão de gênero deve ser considerada na definição dos perfis epidemiológicos e no planejamento de ações de saúde para a garantia da qualidade de vida, da igualdade e dos direitos das mulheres (BRASIL, 2011). Apesar da inclusão da noção de gênero como referencial para a proposição das políticas e programas de saúde das mulheres, na realidade dos serviços de saúde a dimensão de gênero ainda não foi totalmente incorporada às práticas das equipes e às relações entre profissionais e usuárias no sentido da promoção da saúde integral das mulheres.

Para Schraiber (2012) a noção de gênero determina o modo como as necessidades das mulheres são tratadas nos serviços de saúde. Schraiber et al. (2009) reforçaram que o modelo biologicista nega as dimensões humanas quando, por exemplo, aparecem questões como aborto, violência sexual e sexualidade e as práticas se revestem de um caráter moral que reforça as desigualdades de gênero entre homens e mulheres.

Considerando a literatura revisada, pode-se sintetizar assim o conjunto de elementos que limitam a atuação dos profissionais e dos serviços de saúde no enfrentamento da vulnerabilidade das mulheres e na resolução de suas necessidades na perspectiva da integralidade: o modelo tecnoassistencial que privilegia apenas a dimensão biológica da vida das mulheres; a necessidade de educação dos profissionais; e, a dificuldade de articulação entre a rede de atenção básica e a rede social.

Essas dificuldades são potencializadas pela forma como as políticas estão articuladas. Costa (2013) reforçou esse argumento ao afirmar que, apesar de a PNAISM ter a integralidade como fundamento, na prática, a atenção à saúde das mulheres permanece fragmentada em programas, ações e planos específicos que não as consideram de forma integral, seus contextos sociais e necessidades complexas. Esse modo de articulação não favorece a organização dos serviços de saúde para atender às necessidades das mulheres, ocultas atrás de demandas como a consulta ginecológica.

Nesse cenário, fica evidenciada a relevância da viabilização de políticas públicas de saúde que sejam capazes de promover mudanças na gestão, atenção e nas práticas dos serviços direcionadas à consolidação da integralidade. Nesse sentido, algumas estratégias devem ser pensadas a fim de facilitar a produção de uma atenção à saúde das mulheres mais coerente com suas necessidades. Para romper com essa fragmentação no cotidiano dos

serviços de saúde, é necessário reorganizá-los de forma articulada, complementar e não competitiva, para contemplar e atender às necessidades das mulheres de maneira singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2011).

Para Villa (2008) a organização dos serviços e as mudanças das práticas de saúde só serão possíveis quando serviços e profissionais considerarem as usuárias como cidadãs e sujeitos de direitos. Machado et al. (2007) também apontaram que um modelo de atenção fragmentado, centrado em produção de atos e desarticulado das necessidades dos usuários, não dá conta de todas as dimensões do ser mulher e não favorece a promoção da integralidade da saúde das mulheres. Os autores defenderam um modelo que opere com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, estabelecendo novas relações entre trabalhadores e usuários. Neste sentido, Coelho et al. (2009) argumentaram que as práticas que interagem com os saberes e utilizam a escuta, o acolhimento e ações resolutivas contemplam a integralidade.

Romper com a lógica de modelo tecnoassistencial fundada no biológico exige estratégias intersetoriais que dêem conta de atender às necessidades de saúde das mulheres, em todos os níveis de complexidade, por meio da articulação de políticas, planos e programas que garantam seus direitos (BRASIL, 2004). Júnior, Alves e Alves (2010) concordaram com outros autores e consideraram que, para atingir tal objetivo, o ponto de partida pode ser a percepção das necessidades dos usuários. Mandú (2005) corroboraram com este argumento ao afirmar que é a interpretação das necessidades dos usuários e a atenção a elas dedicada que torna possível a concretização da integralidade no cuidado.

Nessa lógica, Mattos (2007) defendeu que a escuta das necessidades dos usuários pelos serviços de saúde é uma das características das práticas de saúde baseadas no princípio da integralidade. Araújo et al. (2004) concordaram que uma escuta sensível e a promoção da autonomia das mulheres são estratégias que podem ser utilizadas nos serviços de saúde.

Seguindo a ênfase dada pela literatura à integralidade como relativa ao atendimento das necessidades de saúde, Stedile e Ceccim (2007) argumentaram que a produção da integralidade na atenção em saúde passa pela realização de práticas de humanização permeadas pela cultura, as quais tenham o potencial para incidir sobre as necessidades de saúde em sua relação com o modo de andar a vida individual e coletiva das mulheres. Segundo os mesmos autores, está contido nessa lógica o reconhecimento da importância do uso de tecnologias de cuidado que extrapolem o campo dos procedimentos e sejam dirigidas também ao acolhimento, à escuta, ao vínculo e a outras que podem ser criadas no encontro entre profissionais, serviço e usuárias na atenção básica, de modo a favorecer a concretização

do princípio da integralidade. As experiências com relação à integralidade na atenção à saúde das mulheres evidenciam que a consolidação desse princípio será alcançada por meio da reorganização dos processos de trabalho centrados na usuária, utilizando tecnologias acolhedoras e ações voltadas às suas necessidades, conforme destacaram Franco e Merhy (2010).

No contexto referido, a rede de atenção básica pode ser o cenário adequado para promover mudanças na atenção à saúde das mulheres, pois é a porta de entrada de milhões de brasileiros ao SUS. E destes, a maioria são mulheres. Portanto, o papel da rede de atenção básica é fundamental na atenção à saúde das mulheres, pois a partir dessa rede se constrói o fluxo da usuária em todos os níveis de complexidade da rede.

No Brasil, a rede de atenção básica de saúde, é composta por um conjunto de serviços e equipamentos de saúde, em uma determinada região, como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um nível de menor complexidade, e os hospitais cujos serviços se caracterizam pela maior complexidade, formando uma rede.

A ESF, campo dessa pesquisa, constitui-se em uma estratégia de modelo assistencial que resgata conceitos amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto aos usuários. Essa estratégia define a família como o núcleo de sua intervenção com um modelo de atenção que vislumbra as ações de promoção, proteção e recuperação da atenção básica fundamentada nos princípios do SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010). Cada ESF deve ser composta por uma equipe multidisciplinar, a equipe de saúde da família, habilitada para o cuidado integral através de tecnologias complexas de baixa densidade, para identificar riscos e vulnerabilidades da comunidade assistida e planejar ações a partir das demandas e necessidades da população (BRASIL, 2014).

Nessa rede, o processo de trabalho de atenção e gestão deve ser organizado de modo que promova a integralidade da atenção (BRASIL, 2009). Essa rede é organizada de forma a desenvolver um conjunto de ações, individuais e coletivas, de tratamento, reabilitação e manutenção da saúde denominada Atenção Básica (BRASIL, 2006). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p.10).

Nesse contexto, a rede de atenção básica de saúde se caracteriza pela baixa densidade tecnológica. No entanto, segundo Campos (2005) há grande complexidade nas intervenções realizadas nesse nível, pois é necessário conciliar as dimensões biológicas, subjetivas e

sociais, de modo que as ações tenham abrangência sobre essas dimensões. Nessa rede, segundo o mesmo autor, o acolhimento das demandas, a clínica ampliada e ações de prevenção e promoção da saúde tornam a integralidade possível. Merhy et al. (2010) destacaram o potencial de resolutividade deste modo de atenção em saúde, chamando a atenção de que esta vai depender de recursos instrumentais e dos conhecimentos dos profissionais, bem como da ação acolhedora, do vínculo que se estabelece com o usuário e do significado dado à relação do profissional com o usuário.

No campo da saúde das mulheres, a rede de atenção básica é a responsável pela gestão e organização do cuidado oferecido às usuárias. Isso significa garantir o acesso à rede, organizar os fluxos de referência e contrarreferência, o registro de informações e atendimento de necessidades e demandas de saúde na perspectiva da integralidade.

Segundo Castro (2010) nesse nível de atenção é possível ampliar o acesso das mulheres aos serviços por meio da orientação ao autocuidado, exame clínico das mamas e do CP, promoção da saúde e encaminhamento para tratamento especializado, se necessário.

A consulta ginecológica se constitui em uma das ofertas assistenciais da rede de atenção básica, e tem o objetivo de atuar no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde específicos das mulheres podendo, também, acionar outras ofertas assistenciais para atender às necessidades da usuária, as quais deverão ser atendidas no próprio serviço ou encaminhadas a outros pontos da rede.

Um modo de concretizar esse novo modelo de atenção é viabilizar a implementação de linhas de cuidado. Machado et al. (2007) propuseram mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha de cuidado.

A linha de cuidado é uma forma de organizar o itinerário da usuária na rede de saúde, a fim de atender as suas necessidades (FRANCO; FRANCO, s/d). Stedile e Ceccim (2007) afirmaram que a linha de cuidado é a construção do conceito de integralidade em um sistema de saúde cuidador. Nessa lógica, Malta e Merhy (2010) conceberam linhas de cuidado na perspectiva da criação de um projeto terapêutico singular para cada usuário. Nesse caso, os processos do trabalho em saúde são organizados de modo que a usuária seja acolhida, tenha uma escuta qualificada de suas necessidades de saúde, estabeleça vínculo com o serviço e que os profissionais se responsabilizem pelo fluxo da usuária, dentro da rede, com o objetivo de facilitar seu acesso aos serviços de saúde e atender às suas necessidades (FRANCO; FRANCO, s/d).

Como destacado, anteriormente, vários foram as conquistas do SUS, especificamente no que diz respeito à atenção básica como estratégia para organizar os sistemas de saúde

(BRASIL, 2006) que proporcionou a melhoria do acesso. Porém, vários são os desafios para que a rede de atenção básica consiga concretizar o princípio da integralidade na atenção à saúde das mulheres que acessam esse nível de atenção. Entre eles está a necessidade de garantir um desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico que apoie o modelo de atenção proposto baseado na prática da clínica ampliada; a falta de recursos e de uma política de pessoal que fixe os profissionais nos serviços (GÉRVAS, FERNÁNDEZ, 2012). A organização dessa rede, por meio de um modelo em malhas de cuidados, pode dar conta das necessidades de saúde das mulheres, tendo a integralidade como eixo condutor do cuidado.

### **3.3 A Consulta ginecológica: aspectos históricos e situação atual**

A consulta ginecológica é o dispositivo mais comumente utilizado para atender o que, na perspectiva das ciências biomédicas, se constituem em necessidades de saúde das mulheres. Para entender como a consulta ginecológica se configurou como importante dispositivo para cuidar da saúde das mulheres e em que bases teóricas vêm se sustentando é relevante conhecer alguns aspectos históricos do desenvolvimento da ginecologia como uma especialidade médica.

A ginecologia surgiu na Europa como ciência voltada ao estudo das mulheres, na segunda metade do século XIX, emergência favorecida pelo desenvolvimento das novas descobertas científicas daquela época, porém marcada, também, por acontecimentos anteriores ao seu surgimento (ROHDEN, 2002).

Uma dessas marcas foi o positivismo de Descartes que, segundo Martins (2008), resultou em uma visão fragmentada, mecanicista ou organicista da espécie humana. No caso das mulheres, é possível fazer a relação que Ludovico (2008) fez: a redução do corpo à patologia implica em não considerar a relação direta deste com os distúrbios apresentados, sendo o corpo apenas parte de um problema, como se não pertencesse a uma mulher. Essa noção pode explicar o foco no aparelho reprodutor das mulheres que vigora na prática da ginecologia (ROHDEN, 2002; MARTINS, 2000).

Ainda entre os séculos XVIII e XIX, segundo análises de Foucault (1988), o Estado passa a exercer seu poder biopolítico por meio da disciplina sobre os corpos, através de instituições sociais como a escola, a família, a polícia e a medicina e, assim, obtém o disciplinamento dos cidadãos para atingir seus objetivos de crescimento e desenvolvimento

econômico. Neste mesmo sentido, Kruse (2004) referiu, a partir dos postulados de Foucault que, para a medicina moderna, o ser doente desaparece e dá lugar ao corpo doente como objeto de conhecimento.

No caso das mulheres, esta biopolítica do Estado se dá através da medicina. A medicina via o corpo das mulheres saturado de sexualidade e, portanto, sob o efeito de uma patologia, o que resultou na medicalização de seus corpos.

Martins (2000) ressaltou que a ginecologia se constituiu voltada para a natureza sexual e reprodutiva das mulheres e para a compreensão das suas características morais e intelectuais, inspirada pelo discurso de homens cientistas, médicos, filósofos, poetas e escritores sobre a inferioridade das mulheres. Ainda, segundo Martins (2000) no final do século XVIII, a ascensão de mulheres da nobreza aos conhecimentos de botânica, geografia e química, entre outros, bem como as demandas pela igualdade aos homens, fizeram com que filósofos como Rousseau intensificassem as pesquisas na busca por comprovar a inferioridade das mulheres declarada desde a Grécia antiga. Segundo Grolli (2004), desde aquela época, as mulheres têm sido consideradas seres humanos de segunda categoria. As diferenças anatomofisiológicas existentes entre homens e mulheres, justificaram a naturalização do papel social reservado às mulheres – a de reprodutoras. Estas diferenças também ajudaram na produção de teorias explicativas sobre a origem de suas doenças físicas e psíquicas e sobre sua incapacidade para assumir as mesmas atividades reservadas ao homem, naturalizando seu confinamento à vida doméstica (MARTINS, 2000; RODRIGUES, 2011; ROHDEN, 2002).

Neste contexto, a obstetrícia e a ginecologia constituíram um campo de saber que delimitou o corpo feminino como objeto de pesquisa e de intervenção, utilizando um discurso voltado para as diferenças sexuais femininas. Os conhecimentos adquiridos pela ginecologia e a intervenção desenvolvida no corpo das mulheres foram utilizados pelos pensadores daquela época, com um forte caráter político-ideológico que reforçou desigualdades e o controle social sobre elas (MARTINS, 2000).

No Brasil, o surgimento da ginecologia como especialidade médica foi motivado pelos avanços científicos oriundos dos Estados Unidos, os quais se centravam no estudo sobre o aparelho reprodutivo e nas doenças femininas e ocorreu, simultaneamente, ao aparecimento dos hospitais (ROHDEN, 2002). O espaço do hospital centralizou a atenção às mulheres com a criação de maternidades e locais para as consultas, pois, segundo os especialistas o domicílio não era apropriado para isso, especialmente no caso das mulheres da classe pobre, que necessitavam de uma disciplina moral e corporal, e que era necessário pessoal treinado para tratar das especificidades femininas (ROHDEN, 2002).

Segundo Freitas (2008) muitas foram, porém, as resistências de ordem moral e por parte dos próprios médicos, que dificultaram o ensino e a consolidação dessas especialidades em hospitais. Somente em 1840, com a criação de uma clínica obstétrica, na Santa Casa de Salvador e, depois no Rio de Janeiro, para o ensino médico da obstetrícia e da ginecologia (FREITAS, 2008; MARTINS, 2000) isso foi possível. Martins (2000) referiu que, posteriormente, com a melhoria das instalações hospitalares e do atendimento, os hospitais passaram a ser mais procurados pelas mulheres, principalmente para darem à luz.

Ainda, conforme Rohden (2002), a ginecologia aproveitou os conhecimentos da obstetrícia e se desenvolveu como especialidade cirúrgica, aperfeiçoando procedimentos como a palpação abdominal, o uso do fórceps e do espéculo vaginal e a prática da cesariana.

Além de Rohden (2002), Martins (2000) também argumentou que essas concepções influenciaram significativamente na construção do papel social das mulheres e, também, na forma como se estabeleceu o modelo de atenção à saúde das mulheres em nosso país.

A partir dessas concepções, todas as ações, programas e políticas de saúde voltadas às mulheres foram dirigidos à função reprodutiva, reforçando o paradigma biomédico e seu foco na cura de doenças e na noção de ser humano como um conjunto de células, órgãos e funções fisiológicas. Para Aragaki e Spink (2009) o profissional de saúde tem sido preparado nesta lógica para tratar o corpo humano e não o ser humano, que, além da doença física, sofre por causas emocionais e sociais.

Para Malta e Merhy (2010) a assistência à saúde que se embasa no paradigma biomédico está focada em atos prescritivos que não consideram os determinantes sociais e ambientais do processo saúde-doença. No campo específico da saúde das mulheres, a lógica biomédica limita as possibilidades de escuta das necessidades de saúde das mulheres para além dos aspectos biológicos. Nesta mesma perspectiva Mandú (2005) argumentou que o foco da atenção à saúde na dimensão física abstrai as vivências concretas das pessoas e de seus valores e subjetividades.

A consulta ginecológica já existia na época em que a obstetrícia e a ginecologia começaram a se desenvolver como especialidades médicas. Muitas vezes, os médicos eram chamados às casas das mulheres para atendê-las ou fazer o parto, e outras vezes, as próprias mulheres recorriam aos consultórios para resolver algum problema relacionado às doenças de mulher, como nos revela a história da medicina (MARTINS, 2000). Porém, a literatura traz poucos dados sobre como se desenvolveu a consulta, ao longo dos tempos, no Brasil.

Segundo Santana et al. (s/d), a consulta ginecológica passou a ser realizada por enfermeiros, na atenção básica, com o foco em todo o ciclo reprodutivo da mulher. Segundo

Araújo e Okasaki (2007) a consulta de enfermagem era uma proposta governamental desde 1978, no entanto, havia muitas dificuldades como falta de recursos materiais e humanos para a sua implementação. Atualmente, a Lei do Exercício Profissional e a Portaria GM/MS nº 648/2006 do Ministério da Saúde, regulamentam a consulta de enfermagem, conferindo ao enfermeiro um papel de destaque na atenção básica através da realização da consulta ginecológica (BORGES, 2010). Desde 1978, a consulta ginecológica realizada na rede básica por enfermeiros, se efetivou e ampliou seu foco, buscando uma abordagem que atenda às necessidades das mulheres (ARAÚJO; OKASAKI 2007).

Para realizar a presente investigação sobre consulta ginecológica foram consultadas as bases de dados *Scientific Library Online* (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), utilizando o descritor “Consulta and Ginecologia”. Nessas bases de dados foram encontrados 32 artigos sobre consulta ginecológica e, destes, foram utilizados apenas nove artigos e cinco teses e/ou dissertações que responderam a esse descritor, pois tratavam especificamente da consulta ginecológica no aspecto referente à integralidade. Os demais focavam suas análises em patologias ou prevenção e tratamento de câncer que são tratadas nesta consulta.

Considerando o pequeno número de artigos, dissertações e teses encontrados e a relevância da consulta ginecológica como dispositivo programático de atenção à saúde das mulheres, concluiu-se que a consulta ginecológica não tem recebido a atenção que merece por parte dos pesquisadores. Pesquisas sobre o conteúdo das consultas ginecológicas têm fomentado esta crítica aos modos como elas vem sendo realizadas e a afirmação da necessidade de ampliação do seu foco de atenção

Nas publicações acessadas, ganhou destaque a análise crítica sobre os limites da configuração atual da consulta ginecológica e ao seu permanente foco em queixas relativas às funções sexuais e reprodutivas. Apesar das críticas, autores como Mandú (2004), Pereira (2004), Pereira e Taquette (2011), Salimena et al. (2011) e Torres (2007), reconheceram a consulta ginecológica como importante ferramenta na prevenção do câncer de colo de útero, de mama e de doenças sexualmente transmissíveis, bem como no planejamento familiar, mas, ressaltaram que esta não deve se limitar somente a esses aspectos.

Nessa lógica, Mandú (2004) afirmou que limitar a consulta ginecológica aos aspectos biológicos da saúde das mulheres desconsidera sua dimensão humana, sendo importante valorizar, também, as questões referentes aos seus direitos e suas necessidades mais abrangentes de saúde, bem como aquelas relativas às relações e afetos que envolvem sua vida.

Pereira e Taquette (2011) defenderam argumento semelhante, enfatizando que a consulta deve contemplar o diálogo entre o profissional e as mulheres. Neste mesmo sentido,

Salimena et al. (2012) destacaram que, além do aspecto técnico e científico, a consulta deve favorecer o acolhimento.

Em um estudo descritivo realizado com médicos, enfermeiros e usuárias em um serviço de saúde no interior do Ceará, Fernandes, Santos e Oliveira (2007) buscaram identificar as estratégias de interação e de educação utilizadas pelos profissionais durante a consulta ginecológica. Os pesquisadores concluíram que a consulta não deve ficar limitada à resolução de problemas imediatos e que os profissionais precisam valorizar mais os seus encontros com as usuárias. Segundo os autores isto vai possibilitar a promoção da saúde e a prevenção de agravos como o câncer, considerando as questões sociais, culturais e as características dos serviços.

Seguindo essa mesma lógica, Teixeira et al. (2009) realizaram uma pesquisa com enfermeiros e usuárias em uma unidade de referência em ginecologia em Fortaleza, CE, a fim de analisar a percepção desses sujeitos em relação às ações que favorecem a comunicação eficaz durante a consulta de enfermagem ginecológica. Na pesquisa, tanto profissionais quanto usuárias conferiram valor, não só aos aspectos técnicos da consulta, mas também, ao acolhimento que pode nela acontecer. Segundo os autores, o acolhimento propicia que a consulta se torne um espaço da usuária, no qual ela expõe queixas e no qual o profissional identifica as demandas biopsíquicas e socioespirituais, além de ser um elemento facilitador à adesão das usuárias ao desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. Ainda conforme Teixeira et al. (2009) o enfoque biomédico possibilita pouco espaço para a consolidação da relação médico-paciente, uma vez que a prática gineco-obstétrica é singular, envolvendo a condição feminina, a sexualidade e questões afetivas. Neste sentido, os autores enfatizaram que é necessário que o profissional que atua neste cenário desenvolva habilidades cognitivas e afetivas para a escuta da usuária.

Corroborando com a crítica de outros autores, Cordeiro, Giraldo e Turato (2010) concluíram em sua pesquisa acerca da percepção de médicos sobre o fenômeno das relações interpessoais na consulta que, embora os profissionais entrevistados tenham enfatizado a importância da construção de vínculo com as usuárias, na prática clínica ainda privilegia-se o modelo biomédico, focando-se as ações nas disfunções do aparelho reprodutor feminino, elaboração de diagnósticos e definição de terapêuticas médicas.

Neste mesmo contexto, pesquisas realizadas com usuárias confirmam a dificuldade de aproximação da consulta ginecológica com as necessidades das mulheres e, conseqüentemente, com a proposta de integralidade da atenção.

Estudos realizados por Araújo et al. (2004), Barrientos (1998), Fernandes, Santos e Oliveira (2007), Maciel, Kunz e Mortari (2010), Salimena et al. (2012) e Torres (2007) concluíram que as mulheres têm pouco conhecimento sobre seu corpo e que isto tem relação com a ênfase conferida à relação entre aspectos reprodutivos e saúde que elas vivenciam. Segundo Fernandes (2007) as mulheres procuram a consulta só quando apresentam algum tipo de problema ginecológico, reforçando a tese de Neri e Soares (2002) e de Scloowitz et al. (2005) de que a busca pela consulta ginecológica está associada às fases reprodutivas da vida das mulheres e a seus desconfortos.

Por outro lado, há questões subjetivas das mulheres que interferem na busca pela consulta. Segundo Barrientos (1998), Carvalho e Furegato (2001), Maciel, Kunz e Mortari (2010) Salimena et al. (2012) e Torres (2007), incerteza, medo, vergonha e desconforto são alguns pontos geradores de sofrimento quando as mulheres realizam exame ginecológico, dificultando a procura pela consulta. Segundo Lara et al. (2008) as mulheres sentem vergonha de se expor. Isso vai ao encontro do que observaram Teixeira et al. (2009) na sua pesquisa. Os autores concluíram que os profissionais banalizam o exame ginecológico, desconsiderando os sentimentos das mulheres. Por outro lado o medo do câncer e o desejo de cuidar-se são motivações importantes que levam as mulheres a procurarem a consulta (CARVALHO; FUGERATO, 2001).

A literatura apontou, também, para outros fatores que contribuem para que as mulheres e os profissionais que as atendem não valorizem de maneira adequada a consulta ginecológica como meio para atender necessidades particulares de saúde. Segundo Fernandes, Santos e Oliveira (2007) quando existe pouca procura das usuárias pela consulta ginecológica, esta pode estar relacionada com o modo como os profissionais realizam essas consultas. Torres (2007) relatou queixas das usuárias com relação à rapidez e à impessoalidade no atendimento, ao espaço inadequado e ao tempo de espera para a consulta. Nesse sentido, Viale (2006) reforçou que a perda da perspectiva do paciente como pessoa torna o atendimento frio e a comunicação indiferente, não se estabelecendo a necessária relação terapêutica para o sucesso do tratamento. Reforçando a necessidade de mudanças neste cenário, Torres et al. (2008) afirmaram que a relação terapêutica pode ser viabilizada por meio do respeito e da confiança entre profissional e usuária, da ausência de preconceitos, da garantia de privacidade e sigilo, garantindo desse modo, a disposição da usuária em procurar a consulta ginecológica periodicamente. Viale (2006) destacou a assimetria de poder que permeia o cenário das consultas ginecológicas, produzida pela falta de informação e explicação dos profissionais sobre a situação de saúde das mulheres, como limitadora da relação terapêutica entre o

profissional e as usuárias durante a consulta. Confirmando essa assimetria, o estudo de Torres (2007) já apontava que as usuárias referiam à falta de diálogo, visto que o médico não explicava sua situação de saúde porque, segundo elas, pensava que elas já tinham conhecimento. Para Villa (2008) essa situação se deve ao fato de que os serviços de saúde não consideram as usuárias como cidadãos e sujeitos de direito, o que leva a práticas de saúde negligentes, não resolutivas, que prescindem de ética e não se enquadram nos princípios da integralidade.

Os resultados dessas pesquisas com usuárias vêm ao encontro das pesquisas já citadas e realizadas com profissionais. Todas as pesquisas apontaram que, para que a consulta ginecológica cumpra seu papel na promoção da saúde das mulheres, esta não se deve limitar ao procedimento técnico da anamnese e exame físico, mas, constituir-se em um espaço de acolhimento e escuta das mulheres que favoreça a interação entre estas e os profissionais que realizam a consulta. Nesse contexto, o acesso da usuária à consulta também deve ser considerado como um fator importante. Torres (2007) e Viale (2006) sugeriram que as dificuldades de acesso ao serviço de saúde têm como fatores causais problemas relacionados ao desrespeito ao princípio da equidade. É o caso, segundo os autores, da discriminação sofrida por questões de raça, exemplificada pela dificuldade de acesso de mulheres negras aos serviços. Essa situação é confirmada por um estudo realizado por Bairros et al. (2011), já citado, que mostrou as diferenças de acesso das mulheres negras aos serviços de saúde no sul do Brasil.

Também há questões operacionais envolvidas, como o horário de atendimento dos serviços, que dificulta o acesso, pois vários deles não funcionam à noite e nos fins de semana (PEREIRA, 2004). Esse problema também é destacado por Torres (2007) ao argumentar que a falta de opções no horário de atendimento dos serviços obriga as usuárias a faltarem ao trabalho, submetendo-as às pressões e à incompreensão dos patrões. Como observado na pesquisa de Pereira (2004) com mulheres que trabalham fora, tal situação faz com que muitas posterguem a consulta, procurando atendimento somente quando apresentam algum problema ginecológico severo.

Conforme Pereira (2004) outra questão que tem a ver com diferentes condições ou níveis de acesso aos serviços de saúde, impactando na busca pelo atendimento em consultas ginecológicas, é a desigualdade de oferta de serviços públicos de saúde em zonas urbanas e rurais. Nas zonas urbanas a oferta é maior, porém, mais seletiva. Por trás desta situação está a privatização da assistência à saúde, a qual exerce forte influência sobre o acesso à consulta ginecológica. Embora no sistema privado, a atenção à saúde possa ser diferenciada, o acesso é

desigual. A literatura revisada indicou, de modo enfático, que é necessário implementar mudanças no modelo de atenção à saúde das mulheres, de modo a respeitar-se o princípio da integralidade. Nesse contexto, pautar a lógica do atendimento ofertado em consultas ginecológicas na escuta e acolhimento das necessidades de saúde das usuárias, expressas na interação entre estas e os profissionais que as atendem, pode ser uma meta promissora. Nesta perspectiva, parece que a defesa da ampliação do foco que tradicionalmente orienta as consultas ginecológicas realizadas na atenção básica impõe uma revisão do que se tem compreendido por consulta ginecológica. É nesta revisão que o presente estudo aposta, atualizando a usual concepção de consulta ginecológica e propondo uma nova definição. Consulta ginecológica seria um encontro entre usuárias e profissionais de saúde que, orientados pela lógica da clínica ampliada, investiriam nas propostas das políticas de saúde integral para as mulheres a partir de ações de promoção da saúde, aí incluídas a intervenção em problemas tradicionalmente presentes nestas agendas, como o câncer de mama e de colo de útero. Mas contemplassem, também, outras possíveis necessidades, expressas de forma singular, pelas mulheres neste encontro, de acordo com a proposta do projeto-mãe **Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica.**

## **4 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo, do tipo exploratório-descritivo, foi desenvolvido numa perspectiva qualitativa (MINAYO, 2011).

A opção pela pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o atendimento ofertado em consultas ginecológicas no âmbito da atenção básica, considerando seu potencial para produzir integralidade em saúde e os marcadores de qualidade do cuidado aí produzidos, a partir dos “modos de ver” de usuárias e de profissionais. Outro fator que motivou essa escolha foi o fato de que a abordagem qualitativa permitiria uma melhor compreensão de como os sujeitos da pesquisa percebiam a consulta ginecológica, sem perder de vista a objetividade necessária à pesquisa.

O compromisso de retorno dos resultados da pesquisa às mulheres, serviços, comunidade ou grupos que contribuíram para a realização da pesquisa foram aspectos também motivadores dessa escolha. A ideia é de que o conhecimento produzido extrapole os muros acadêmicos e contribua com subsídios para concretizar a consulta ginecológica na ótica da integralidade.

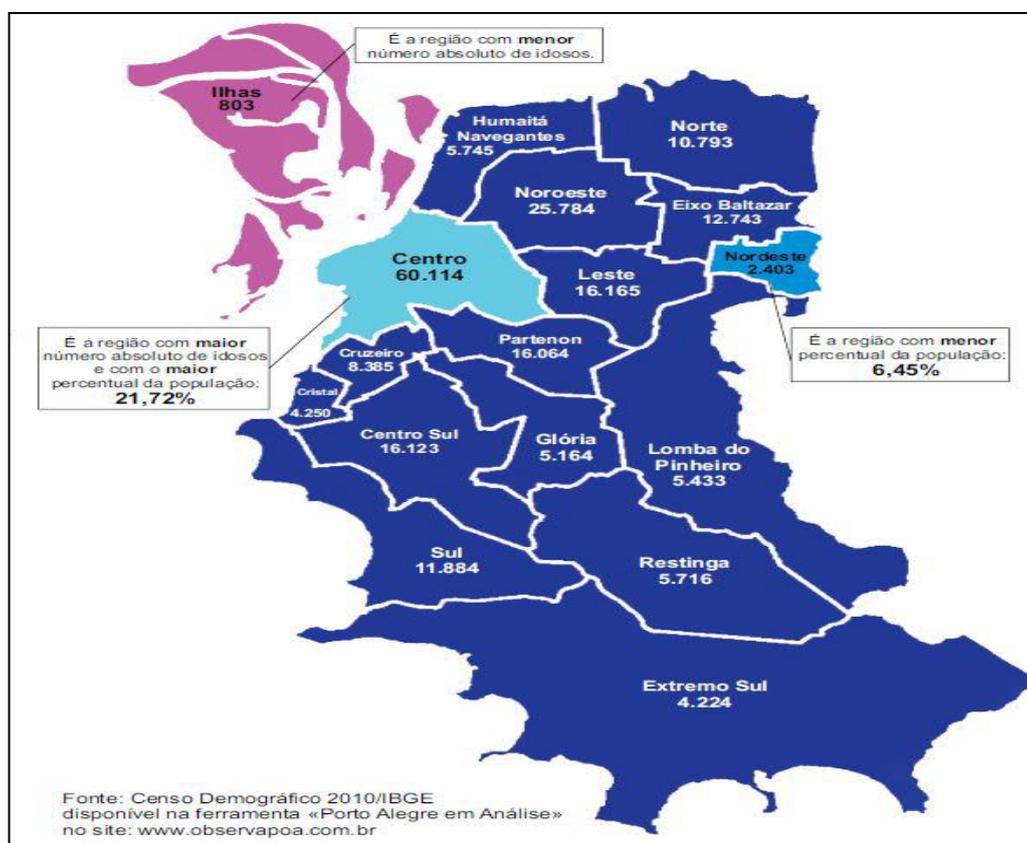
### **4.2 Campo da Pesquisa**

A pesquisa foi planejada para realizar a coleta de dados em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário (DS) Leste-Nordeste do município de Porto Alegre.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre distribuiu o município em 17 DS que compõem as Gerências Distritais (GD). As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS em Porto Alegre. Essas GD estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro, Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, Norte /Eixo Baltazar, Leste /Nordeste, Glória /Cruzeiro /Cristal, Sul /Centro-Sul, Partenon /Lomba do Pinheiro, Restinga

/Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos e, também, pela Estratégia de Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui em uma proposta de reorganização da atenção básica, fundamentada nos princípios do SUS, com o objetivo expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, sendo composta por uma equipe multidisciplinar que se responsabiliza pela saúde da população de um território (BRASIL, 2012). Resgata conceitos de saúde e tem a família como objeto de sua intervenção através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

O DS leste-nordeste abrange uma área de 11 bairros e conta com 14 ESFs. Esse DS atende uma população aproximada de 150 mil pessoas, desta, cerca de 80 mil são mulheres. O mapa na Figura 1 mostra a divisão dos DS do município.



**Figura 1** – Mapa dos Distritos Sanitários do Município de Porto Alegre

Esse DS normalmente não é referência para pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mas, algumas características da região que é atendida por esse DS, vinham ao encontro dos critérios utilizados na seleção dos sujeitos, por isto a pesquisa foi realizada nesse distrito. Para que isso fosse possível, além da autorização da pesquisa pela

Coordenadora da Atenção Básica de Porto Alegre foi necessário negociar com a Gerência Distrital (GD).

Após encaminhar o projeto de pesquisa para a GD conhecê-lo e deliberar sobre a possibilidade de realizar a pesquisa naquele DS, fui convidada a apresentá-lo na reunião do Colegiado. Os profissionais se mostraram interessados no projeto pelo fato de que os objetivos do mesmo vinham ao encontro de suas necessidades e, também, pelos indicadores utilizados para a seleção das usuárias para a coleta de dados, pois o DS trabalha a partir de indicadores para o planejamento de ações de saúde das mulheres. A partir dessa apresentação, o DS indicou as duas ESF onde seria realizada a pesquisa.

As ESFs selecionadas estão localizadas na região leste-nordeste, a qual apresenta um dos mais altos Índices de Vulnerabilidade Social (IVS) e um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, sendo que a região nordeste apresenta os piores índices nas dimensões educação e renda (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

O IVS é um índice utilizado para determinar as regiões da cidade onde os segmentos da população estão mais vulneráveis a processos de exclusão social. O IVS utiliza os seguintes indicadores: acesso ao saneamento básico, renda por domicílio, responsáveis por domicílio com menos de quatro anos de estudo, mulheres responsáveis por domicílio analfabetas e a percentagem de pessoas entre 0-14 anos nesses domicílios (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010). Já o IDH mede saúde (expectativa de vida), educação (média de anos de educação de adultos, número médio de anos de educação recebidos por adultos a partir de 25 anos e expectativa de anos de escolaridade para crianças) e renda (poder de compra).

Demonstrando coerência com esses índices, dados oficiais da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010), indicaram que esta região da cidade apresenta as maiores taxas de mortalidade materna por gravidez, parto e puerpério, o menor número de consultas pré-natal e o maior índice de baixa escolaridade para as mães. A região apresenta, também, o maior número de domicílios pobres da cidade e a menor taxa de cobertura de saneamento básico. Além disto, a cobertura da atenção básica nesta região é de 66,1% e 50,2%, respectivamente, em 2011 e 2012.

Uma das ESF, aqui denominada ESF1, que integrou o campo de pesquisa é composta por uma equipe dupla, contando com dois profissionais enfermeiros, dois médicos clínicos e oito agentes comunitários de saúde (ACS) para atender cerca de 10 mil usuários cadastrados, sendo que destes, 4.300 são mulheres. Nessa ESF, os enfermeiros realizam cerca de 72

consultas ginecológicas por mês. A segunda ESF, chamada ESF2, é composta por uma equipe tripla, mas, no período da coleta de dados contava com apenas dois profissionais enfermeiras, pois um desses profissionais havia sido cedido para outra ESF. Esta ESF atende cerca de 12 mil usuários, sendo que, em torno de 50% são mulheres, segundo os dados cedidos pelos profissionais entrevistados.

Tanto uma ESF quanto a outra contam com áreas físicas que, conforme as percepções das equipes não comportam mais a demanda de atendimento. Salas de recepção pequenas que obrigam os usuários a aguardar o atendimento na fila do lado de fora; consultórios em pequena quantidade que obrigam os profissionais a dividir o tempo e o espaço para as consultas; ausência de local para realizar os grupos como o grupo de saúde da mulher (uma ESF utiliza o espaço cedido pela Associação de Moradores e a outra utilizava o salão da igreja). A precariedade dos equipamentos (mesas de exame ginecológico) também foi alvo de comentários dos profissionais, pois nas condições atuais dificultam o atendimento.

A Tabela 1 resume as características das ESFs que participaram da pesquisa.

**Tabela 1** – Dados das ESFs pesquisadas

<b>Local</b>	<b>Nº total usuários cadastrados</b>	<b>Nº aproximado usuárias cadastradas</b>	<b>Nº consultas ginecológicas/mês</b>	<b>Tipo de Equipe</b>
<b>ESF1</b>	10.000	4.300	72	Dupla
<b>ESF2</b>	12.000	6.000	24	Tripla

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

### **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais dos serviços que realizam a consulta ginecológica e as usuárias que utilizaram estes serviços.

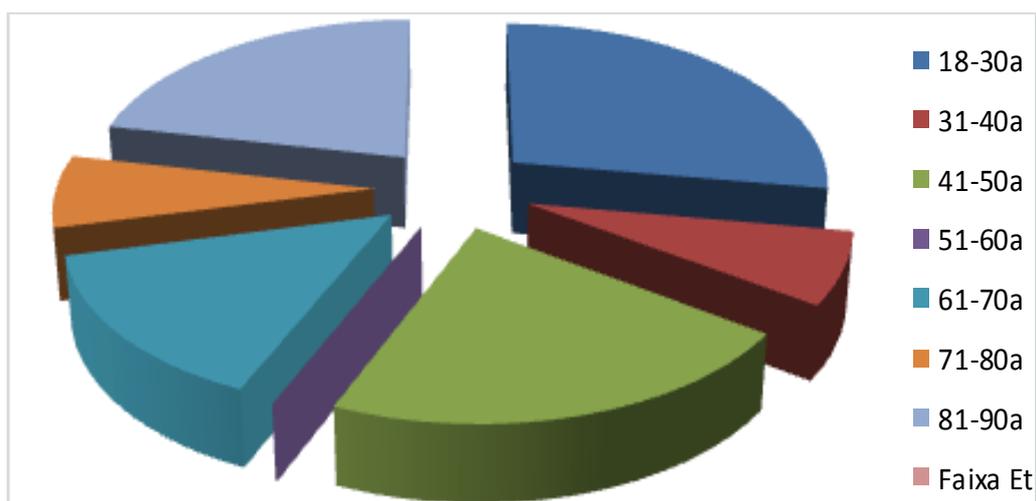
Os critérios de inclusão das usuárias foram: estar cadastrada no serviço onde foi realizada a pesquisa; ter 18 anos ou mais; ter aceitado participar da pesquisa e ter realizado a consulta ginecológica no serviço nos últimos 12 meses. Esse intervalo de tempo foi definido por entender que facilitaria a recuperação da memória recente das usuárias, o que poderia auxiliar na obtenção das informações necessárias à pesquisa.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: profissional médico ou enfermeiro que realiza a consulta ginecológica no serviço onde foi realizada a pesquisa e ter aceitado

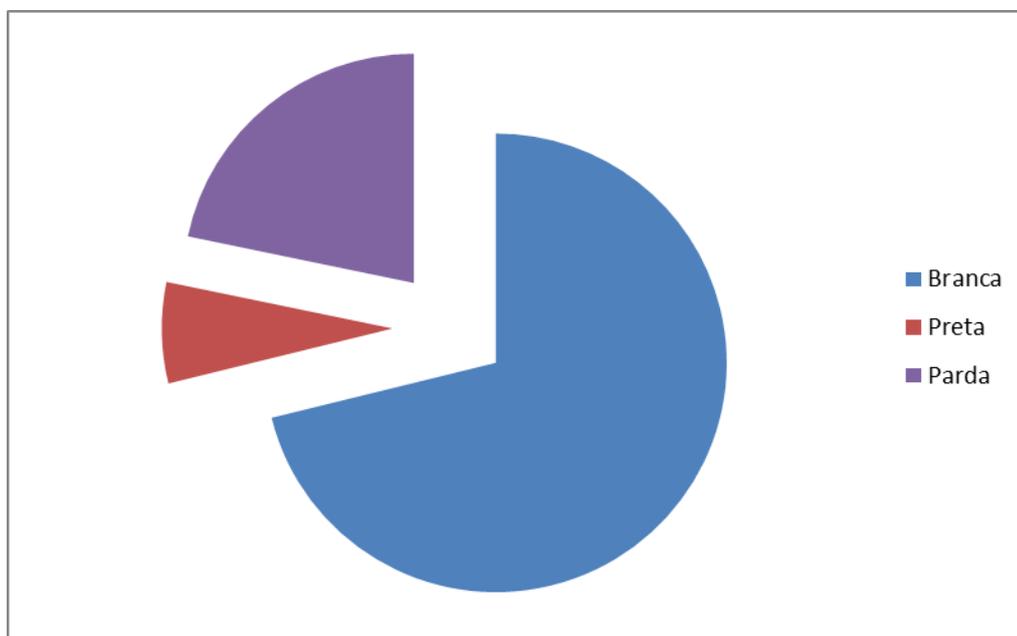
participar da mesma. Nas ESFs pesquisadas, apenas os enfermeiros realizam a consulta ginecológica.

A participação dos sujeitos, tanto nos GFs quanto nas entrevistas, só ocorreu após o seu consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices E e F).

O perfil das usuárias que participaram da pesquisa foi definido a partir da análise de dados de questionário, de onde foram obtidas informações sociodemográficas. O questionário foi aplicado anteriormente aos GFs (Apêndice B). Este perfil é demonstrado nas Figuras 2 a 5.



**Figura 2** – Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo faixa etária



**Figura 3** – Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo a raça



**Figura 4** - Distribuição das usuárias da pesquisa, segundo a escolaridade



**Figura 5** – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a ocupação

Os dados apresentados nas figuras mostram que as usuárias participantes da pesquisa se encontram em faixa etária ampla (18-90 anos), a maioria é branca com baixa escolaridade, apenas 15% delas têm ocupação que lhes promova uma renda.

Os profissionais enfermeiros entrevistados tinham à época da entrevista entre três a nove anos de formação em enfermagem, sendo que todos possuíam especialização em Saúde Pública. Dentre estes profissionais, o que realizava há mais tempo consulta ginecológica tinha sete anos de experiência e, os demais, entre um e dois anos.

#### 4.4 Coleta dos dados

A coleta de informações ocorreu em duas etapas, no período compreendido entre os meses de Junho a Setembro de 2014. A 1ª etapa foi realizada por meio de Grupo Focal (GF) com as usuárias. O GF trata-se de uma estratégia de coleta de dados produzidos a partir de interação grupal e da problematização de um tema que fosse foco de pesquisa. Como refere a literatura, o GF permite estudar a interação em um grupo a partir de um tema específico. Dessa forma, conforme Backes et al. (2011), o GF torna-se uma estratégia que apresenta vantagens em relação a outros procedimentos de pesquisa, uma vez que possibilita aos participantes explorarem seus pontos de vista a partir da reflexão sobre um determinado fenômeno, facilitando a construção de novas concepções, além da análise e da problematização de uma ideia em profundidade. Para compor os GFs, foram convidadas mulheres que tinham em comum a experiência de terem sido sujeitos de consultas ginecológicas nos serviços estudados.

A captação dos sujeitos da pesquisa se deu por meio de contato direto com as usuárias nos serviços ou em organizações comunitárias, como Clube de Mães, por exemplo, situadas no entorno destes serviços. As usuárias foram contatadas quando compareceram à ESF procurando atendimento ou quando estavam participando de atividades no Clube de Mães e convidadas a participarem da pesquisa. Na primeira conversa, foram colocados os objetivos da pesquisa e a importância da participação das usuárias trazendo a sua experiência. Na oportunidade foi explicado, também, o que é um Grupo Focal (GF) e foram combinadas datas, horários e local da realização dos GFs.

A captação das usuárias não foi uma tarefa fácil, pois as pessoas não estão habituadas a participar de pesquisas, além da dificuldade de harmonizar os horários disponíveis das usuárias (muitas trabalham ou têm outros compromissos) com dias e horários disponíveis no local cedido para a realização dos GFs.

A mediação dos GFs foi realizada pela pesquisadora, após planejar e organizar um ambiente que encorajasse a discussão e a participação de todo o grupo. Os encontros contaram com a participação de um ou dois observadores que auxiliaram na organização do ambiente, no controle dos gravadores e na condução das discussões.

Os profissionais foram captados exclusivamente nos serviços de saúde escolhidos como campo da pesquisa através de contato prévio com os mesmos e sua chefia. Num

primeiro contato, foram apresentados os objetivos da pesquisa e combinadas as melhores datas e horários para a entrevista de modo que não causasse prejuízo ao seu trabalho. Foram entrevistados quatro enfermeiros, pois são eles que realizam a consulta ginecológica.

Outra dificuldade encontrada para a coleta dos dados foi a coincidência entre o período de coleta e a Copa do Mundo de Futebol realizada no Brasil, em função dos feriados nos serviços de saúde em dias de jogos em Porto Alegre e dos jogos da seleção brasileira. Esses feriados causaram readequação das agendas dos profissionais, acumulando suas tarefas e, por consequência, menos tempo para disponibilizar para as entrevistas; além da suspensão das coletas de CP, oportunidade prevista para contatar as usuárias. Além disto, as variações climáticas (frio e chuva) dessa época do ano dificultaram o comparecimento das usuárias ao serviço e aos GFs.

Em uma das ESF foram realizados três GFs com a participação de cerca de cinco a nove usuárias, totalizando catorze usuárias. Do primeiro e do segundo GFs, participaram cinco usuárias e no terceiro GF, nove usuárias. Uma dificuldade foi manter o mesmo grupo de usuárias nos diferentes GFs, pois apenas duas usuárias participaram dos três GFs realizados, e outras duas participaram do segundo e do terceiro GF. Essa foi uma dificuldade recorrente, pois várias usuárias foram contatadas, pessoalmente nas ESFs e, posteriormente, por telefone, renovando o convite e confirmando a data, local e hora de realização dos GFs, porém, poucas compareceram. Isso pode ter dificultado o desenvolvimento dos GFs, pois não foi possível manter o mesmo grupo, o que poderia enriquecer as discussões. Todavia, muitas questões foram recorrentes nos três GFs realizados, culminando com a saturação dos dados. Após todos os GFs, foi feita a escuta das gravações, sua transcrição, releitura e construção de uma síntese dos dados coletados. Nos GFs seguintes, era lida essa síntese para as participantes daquele GF, eram questionadas se concordavam com as ideias apresentadas e iniciava-se, novamente, a discussão, tentando aprofundar questões mais polêmicas e, também, aquelas que eu tinha dúvidas. Além da gravação dos GFs, foram registradas em um diário, as impressões sobre o desenvolvimento dos GFs. As discussões grupais se focaram nos motivos da procura pelo acesso à consulta ginecológica e nos marcadores de qualidade do atendimento recebido (Apêndice A).

Em princípio, estava planejada a realização dos GFs com usuárias das duas ESFs definidas pela GD, porém, como uma das ESF perdeu o espaço que tinha para a realização de grupos, foi necessário procurar outro espaço. Em contato com a GD, foi indicado realizar os GF em outra ESF localizada na mesma região.

Novamente foram encontradas dificuldades para efetivar esta mudança nos planos. Não foi possível a realização de GFs nessa ESF, em função da pouca presença de usuárias nos momentos destinados à captação de participantes para os GFs e, também, pelo fato de que, mesmo quando foi possível captar um número suficiente de usuárias, muitas delas não compareceram à data previamente combinada para sua participação nos GFs. Dado o substancial atraso no planejamento inicial da pesquisa optou-se por analisar os dados dos três GFs realizados com usuárias de apenas uma ESF.

Simultaneamente aos GFs, realizou-se a coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde das ESFs responsáveis por realizar as consultas ginecológicas. Nas ESFs, o responsável pela realização da consulta ginecológica é o profissional enfermeiro. O principal objetivo das entrevistas foi identificar as ações e procedimentos que a compõem e sua natureza tecnológica, além das ofertas assistenciais acionadas a partir desse atendimento à rede básica de saúde. Como já referido, foram entrevistados quatro profissionais (Apêndice B). Não foi possível entrevistar o profissional da terceira ESF que é responsável pela consulta, porque o mesmo entrou em licença-saúde, durante o período da coleta, e não havia outro enfermeiro na ESF.

A identificação dos sujeitos de pesquisa foi realizada da seguinte maneira: os profissionais pela inicial P (Profissional), seguida de número, conforme a ordem em que foram entrevistados (P1, P2, P3, P4), acrescentados de ESF1 ou ESF2 para não identificar a unidade pesquisada (p.ex.: P1ESF1, P4ESF2). As usuárias que participaram dos GFs foram identificadas pela letra inicial U (Usuária) e numeradas de 1 a 13, (U1, U2, U3). As informações obtidas serão utilizadas, exclusivamente, para fins acadêmicos e de desenvolvimento de pesquisa. As entrevistas foram gravadas em Mp3 e, após cinco anos, serão desgravadas.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados por meio de procedimentos de análise de conteúdo do tipo temático, na perspectiva de Minayo (2010). Como estabelece esta metodologia de análise, buscou-se descobrir os núcleos de sentido do conteúdo das entrevistas e das discussões grupais cuja presença ou frequência significavam algo para o objeto analisado (MINAYO, 2010).

A análise foi desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise compreendeu uma leitura exaustiva dos dados coletados. A seguir, procedeu-se a retomada e reformulação dos objetivos iniciais e elaborados indicadores que orientassem a interpretação dos dados. A exploração do material consistiu em reduzir o texto a palavras e expressões significativas em unidades de registro, codificando, classificando e categorizando estas unidades.

A partir do tratamento dos resultados deste processo, procedeu-se a fase final da análise, a qual resultou na inferência e interpretação dos dados coletados com base na sua relação com o referencial teórico que embasou a pesquisa. Para a organização das informações no processo de análise foi utilizado o *software* N-Vivo versão 10. Esse *software* possibilitou armazenar, organizar, analisar e compartilhar os dados da pesquisa coletados a partir das estratégias de pesquisa utilizadas (AMES 2013).

#### **4.6 Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/UFRGS), pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do parecer nº 648.626, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA) pelo parecer nº673. 373 via Plataforma Brasil. Também, cumpriu o disposto na Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde, visto que é uma pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa obedeceu tal resolução seguindo as seguintes orientações: que toda a pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si ou seus representantes legais autorizem sua participação após serem informados sobre a natureza da pesquisa por meio do termo de consentimento. As entrevistas e GFs realizados com profissionais e usuárias só ocorreram após a assinatura do TCLE, conforme modelo do Apêndice C. Foram observadas todas as medidas a fim de garantir o respeito à confidencialidade de todos os dados e informações coletados durante os grupos focais e as entrevistas, bem como o sigilo quanto à identidade dos participantes. As entrevistas com os profissionais e os GFs com usuárias foram gravados em MP3 e, após cinco

anos, serão desgravados. Os dados serão utilizados apenas no âmbito da presente pesquisa e das publicações que ela gerar.

A participação das usuárias não implicou em riscos à sua saúde ou integridade física. A dificuldade maior em sua participação foi por conta do tempo que tiveram que dispor para participar dos GF e no possível constrangimento em responder questões relacionadas aos motivos de sua procura pela consulta ginecológica e sua avaliação do atendimento na consulta. Para minimizar a possibilidade de dificuldades relacionadas ao tempo disposto para participar da pesquisa, foi negociado com as usuárias as datas e os horários de realização dos GF, procurando adequá-los às suas disponibilidades. Quanto a um possível constrangimento gerado pela participação nos GF, foi esclarecido às usuárias que estas não eram obrigadas a responder a questões que lhes causassem constrangimento e assegurado que isto não resultaria quaisquer prejuízos pessoais. Além disto, previu-se a possibilidade de desistência de participação da pesquisa, caso este fosse o desejo da usuária. Considerando esta possibilidade de desistência, foi convidado um número maior de usuárias do que o número de participantes dos GFs considerado ideal.

Quanto aos riscos a que os profissionais de saúde poderiam estar expostos ao participarem da pesquisa, estes estariam possivelmente relacionados ao constrangimento de se sentirem avaliados em seu trabalho. Para minimizar essa possibilidade foi utilizada a seguinte estratégia: contato prévio com os profissionais e as chefias das ESF para explicar os objetivos da pesquisa, deixando claro que a pesquisa não tinha como objetivo avaliar o seu trabalho, mas a partir de suas experiências, construir conhecimento que contribuísse para qualificar o atendimento na consulta ginecológica.

Quanto à questão do tempo que o profissional precisou disponibilizar para a entrevista, foi combinado, previamente, com o mesmo e sua chefia, a melhor data e horário para realizá-la.

Os riscos e benefícios aos sujeitos dessa pesquisa foram previstos no TCLE.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 Construindo categorias e analisando os dados**

A análise sugeriu que a busca das usuárias entrevistadas pela consulta ginecológica ocorreu por motivos de ordem biológica, reforçando o foco que, ao longo do tempo, vem delimitando a configuração da atenção à saúde das mulheres, e, num âmbito mais específico, da atenção ginecológica. Ao acessarem a atenção básica em busca da consulta ginecológica, as usuárias têm a expectativa de serem bem atendidas e acolhidas pelo serviço, além de esperarem uma pronta e efetiva resposta para as demandas que motivaram esta busca, expressarem o desejo e a necessidade de estabelecer um vínculo com os profissionais e o serviço de saúde.

Por outro lado, as informações coletadas indicaram que os profissionais da saúde têm um olhar ampliado para as necessidades de saúde das mulheres, reconhecendo tais necessidades para além do foco reprodutivo, valorizando a relação entre saúde e a dimensão humana e social das suas experiências de vida. Nesta perspectiva, a análise permitiu inferir que os profissionais têm consciência da importância dos dispositivos da escuta e do vínculo para a promoção da saúde das mulheres, e que, apesar dos limites impostos pelo contexto em que seus serviços estão inseridos, estes têm buscado investir neste objetivo.

Tendo em conta as informações coletadas e o objetivo geral de analisar na perspectiva da integralidade o atendimento ofertado em consultas ginecológicas no âmbito da atenção básica, foi definida como categoria central “O Cenário da Consulta Ginecológica”, a qual foi composta por três subcategorias: “As mulheres e suas necessidades”, “A integralidade na consulta ginecológica: da imagem-objetivo à realidade” e “Avaliando o atendimento”. A Figura 7 ilustra o mapa analítico que orientou a análise:

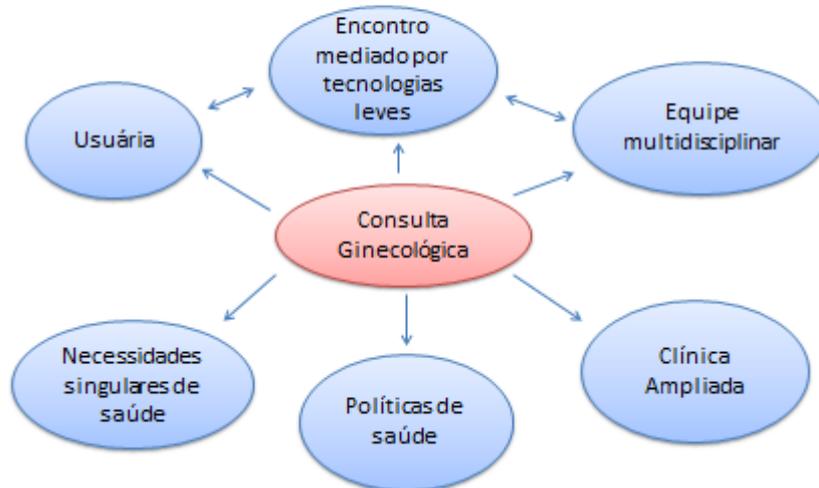


**Figura 6** – Mapa analítico que orientou a análise

## **5.2 O cenário da consulta ginecológica**

Considerando o ideal proposto nessa pesquisa, a consulta ginecológica é compreendida como um encontro entre o profissional que realiza as ações e procedimentos que a compõem, uma mulher e o serviço que acolhe este encontro. Esse cenário se acha configurado a partir das políticas de saúde e dos modelos de gestão e de atenção à saúde das mulheres. Além destes, outros elementos estão interligados neste cenário como: as necessidades das mulheres ao buscarem atendimento, a realidade dos serviços e a qualidade do atendimento ofertado conforme mapa analítico abaixo.

## Noção de Consulta Ginecológica



**Figura 7** – Mapa analítico da consulta ginecológica

A análise sugeriu que a consulta ginecológica oferecida nas unidades de saúde atende às demandas programáticas da atenção básica, fundamentando-se nos protocolos dirigidos à saúde das mulheres do município, no que diz respeito, principalmente, à prevenção do câncer ginecológico (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010). Segundo relato dos profissionais entrevistados, no cenário pesquisado a consulta ginecológica compõe-se pela anamnese, exame físico, diagnóstico e coleta de CP. “Do preventivo é só a parte ginecológica e das mamas, no qual a gente tem um tempo de consulta especializada para fazer o exame e ver a queixa que ela tiver no momento” (P2 ESF1).

De acordo com os dados coletados, estes elementos compõem a consulta ginecológica nas três ESFs pesquisadas. Igualmente, nos três serviços, a consulta ginecológica é realizada por enfermeiros. Em uma ESF a consulta ocorre por agendamento, em outra por demanda espontânea e, na terceira, pode ocorrer por agendamento ou por demanda espontânea, porém, esta última em um dia da semana especificamente definido pelo profissional. Apesar das similaridades na constituição das consultas ginecológicas dos três serviços estudados, parece que não existe a mesma homogeneidade no que diz respeito ao enfoque destas consultas. Em um dos serviços, por exemplo, a consulta ginecológica parece estar focada no diagnóstico e prevenção de doença, se limitando a procedimentos técnicos reconhecidamente importantes

para a intervenção em um possível caso de câncer. “A consulta ginecológica é mais preventiva, fazemos o exame físico do colo do útero e das mamas e a coleta do CP” (P1 ESF1).

Já em outro serviço, os dados sugerem que, embora o foco no câncer esteja presente, existe a possibilidade de ampliar o escopo da consulta para além do uso de tecnologias duras e leve-duras de diagnósticos, valorizando-se também as tecnologias leves, necessárias para a promoção de saúde. A fala a seguir ilustra este argumento.

A consulta ginecológica seria o macro e uma das partes dessa consulta, a coleta de pré-câncer. O pré-câncer é uma coisa mais fácil, mais rápida de fazer, mas a anamnese, o histórico, o diagnóstico, tudo também tem que fazer parte da consulta. Não adianta só coletar (P3ESF2).

Segundo os profissionais entrevistados, em função do grande contingente de mulheres que procuram as unidades de saúde para atendimento e do limitado espaço das consultas ginecológicas para possível acolhimento destas necessidades, dois dos serviços estudados criaram o que tem sido chamado de “consulta de saúde da mulher”. Essa consulta é mais ampla que a consulta ginecológica, geralmente focada no rastreamento e prevenção do câncer de colo e de mamas; engloba queixas de alterações relativas ao aparelho reprodutor, planejamento familiar, encaminhamentos para exames e renovação de receitas, por exemplo, mas pode, também, incluir a coleta do CP.

Tem a agenda da consulta saúde da mulher para orientações gerais. Se necessitar encaminhar para colocação do DIU, ecografia ou mamografia, laqueadura ou vasectomia (tanto feminino quanto masculino), início de relação sexual, DST marcamos para esta agenda. Abrange tudo (P1ESF1).

A consulta saúde da mulher engloba tudo que é necessário relativo à saúde geral. A mulher é avaliada e, se necessário, é examinada e se faz os encaminhamentos necessários: biópsias, mamografia. Às vezes, já é coletado o CP. Ou, então, orientamos a coleta e encaminhamos para a consulta ginecológica (P2ESF1).

Nos serviços com agenda para “consultas de saúde da mulher” a ideia é ampliar o atendimento às mulheres que procuram os serviços, porém, o modo de operacionalização dessa consulta difere entre elas. Em um destes serviços, essa consulta é individual, com horário previamente agendado e deriva das demandas das mulheres que chegam ao acolhimento.

É uma demanda espontânea do acolhimento que agendamos. Na consulta de saúde da mulher englobamos tudo: planejamento familiar, queixas de sangramento, e todas

as queixas que aparecem na demanda do acolhimento colocamos na saúde da mulher (P2ESF1).

No outro serviço, a “consulta de saúde da mulher” se constitui num encontro com as mulheres do Grupo de Saúde da Mulher, o qual ocorre quinzenalmente em espaço cedido pela Associação de Moradores. O grupo reúne as usuárias para discutir temas relacionados à saúde das mulheres como: planejamento familiar, DST, prevenção e promoção da saúde. O profissional que coordena o grupo lança uma questão de interesse para a saúde das mulheres ou questões trazidas pelas próprias usuárias e, a partir disso, se discute o tema. A seguir, enquanto as usuárias compartilham suas experiências, o profissional atende uma a uma em um local no mesmo espaço onde o grupo está reunido. Assim, a “consulta de saúde da mulher” acontece fora dos limites físicos de um consultório tradicional, comprometendo-se a privacidade das usuárias.

A consulta de saúde da mulher é mais coletiva, o grupo da mulher é mais coletivo. É para atender uma demanda mais coletiva, então você não faz uma consulta individualizada. Ela tem menos tempo para dar atenção às mulheres, mas ela procura resolver questões mais coletivas, de receitas, exames, não vai entrar muito a fundo sobre as questões de saúde da mulher (P3ESF2).

Se, por um lado, é bem-vinda a ampliação do espaço destinado ao atendimento das demandas de saúde das mulheres nos serviços de atenção básica, por outro, a “invenção” da “consulta de saúde da mulher” não vem, necessariamente, ao encontro do que se tem preconizado como cenário ideal para a promoção da saúde das mulheres. Na “consulta de saúde da mulher”, investe-se, muito mais, na resolução rápida das demandas das mulheres trazidas ao serviço, como encaminhamentos a exames ou consultas especializadas, do que propriamente na promoção da sua saúde, o que demandaria investimentos mais duradouros. Uma característica importante da “consulta de saúde da mulher” que merece ser destacada aqui e que a diferencia da consulta ginecológica tradicional, é a possibilidade que ela traz de ampliar o olhar da equipe para além das necessidades de saúde priorizadas em protocolos assistenciais e de acolher as demandas espontâneas das usuárias. É um espaço propício à escuta das necessidades das mulheres e à educação e promoção da saúde preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica e, também, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010). A promoção da saúde extrapola a prevenção ao ter como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde determinados por seus determinantes e condicionantes”. Promover a saúde é capacitar as comunidades para a melhoria de suas condições de vida com maior participação das mesmas no controle desse

processo (BRASIL, 2010). As políticas referidas afirmam que a promoção da saúde deve envolver ações educativas que contemplem ações intersetoriais que promovam a cidadania dos usuários. No caso específico das mulheres, este espaço pode promover a sua cidadania, o reconhecimento de seus direitos e buscar, com elas, estratégias de enfrentamento de situações de vulnerabilidades e de melhoria de suas condições de vida.

Diante desse cenário, questiona-se a forma como acontecem os arranjos assistenciais que configuram consultas ginecológicas e consultas de saúde da mulher nas ESFs pesquisadas como potência para a promoção da integralidade. Se a ESF é uma estratégia que propõe mudanças no modelo de atenção, no sentido de resgatar concepções mais amplas de saúde e empregar formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, contemplando o princípio da integralidade; se cabe à esfera municipal, especialmente às Gerências Distritais, operacionalizar as estratégias para a Atenção Primária à Saúde que abrange o território de um ou mais Distritos Sanitários (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010), questiono se o fato de ESFs do mesmo DS terem diferentes focos e modos de realizar consultas ginecológicas e consultas de saúde da mulher não compromete a lógica da promoção da integralidade?

Diferentes arranjos podem significar diferentes concepções de saúde e modelos de atenção à saúde, o que pode, sim, comprometer um projeto de atenção em rede que investe na integralidade conforme esquema analítico representado abaixo.



**Figura 8** – Mapa analítico da consulta ginecológica e consulta de saúde da mulher

As falas a seguir indicam que estas diferenças existem e que estão traduzidas em modos distintos de atendimento das necessidades de saúde das mulheres. “A consulta ginecológica é só o preventivo. Na saúde da mulher englobamos tudo” (P1ESF1).

Na outra ESF pesquisada, a consulta ginecológica permite dar mais atenção à usuária, segundo o profissional entrevistado. “Na consulta ginecológica, você consegue fazer um histórico, anamnese, muitas vezes até o exame físico, que seria aquela sistemática da assistência” (P3ESF2).

Como destacado na literatura, é de extrema importância para a efetivação da integralidade em saúde, que a atenção à saúde das mulheres tenha seu foco ampliado para além do aparelho reprodutivo (CORDEIRO et al., 2010; FERNANDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2007; GARCIA, 2004; MANDU, 2004; ZOCHE, 2014).

Para Coelho et al. (2009) embora a PNAISM (BRASIL, 2011) foque diretrizes e ações programáticas que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos da saúde das mulheres, os serviços estão organizados na lógica de um modelo clínico que não responde às suas necessidades mais imediatas. Neste sentido, Silva, Casotti e Chaves (2013) argumentaram que uma das fragilidades do SUS é o fato de que a ESF não conseguiu, ainda, modificar o modelo tradicional de atenção para adotar o modelo proposto pelo SUS.

Se a questão é atender à demanda espontânea, não seria mais produtivo realizar uma única consulta ampla que estivesse focada, não só, nas ações programáticas, configuradas em torno de demandas de caráter epidemiológico, mas também, nas necessidades expressas pelas mulheres?

Neste contexto, como sugerem Pires et al. (2010), pode existir uma desarticulação entre o que os serviços oferecem e as demandas das usuárias, e isto ocorre pela dificuldade de se fazer a escuta das suas necessidades de saúde. Para Silva, Casotti e Chaves (2013) a garantia da integralidade depende do desenvolvimento de uma clínica abrangente e da integração de práticas individuais e coletivas de modo a promover, prevenir e recuperar a saúde. Neste sentido, pode-se argumentar que, tal como descrito pelos profissionais entrevistados, a consulta ginecológica e a consulta de saúde da mulher possuem objetivos que são complementares e poderiam ser integradas em um único dispositivo de atenção em saúde com mais potência para a promoção da saúde.

A análise das falas dos profissionais sugeriu que estes reconhecem a existência de uma fragmentação da atenção à saúde das mulheres produzida no âmbito dos serviços em que atuam. Além disto, ficou claro nas entrevistas que, entre eles, existe a consciência dos limites

das suas ações, destacando-se a percepção de que é necessário ampliar o foco destas ações para além da prevenção, incluindo neste cenário, também, ações promocionais. Como citado anteriormente a promoção da saúde é uma estratégia mais ampla que prevenção, pois busca a transformação das condições de vida das pessoas através de uma abordagem intersetorial. Ao passo que a prevenção se limita a atuar sobre uma determinada doença ou desordem com base em conhecimentos epidemiológicos (CZERESNARINA, 2003).

Para fazer promoção e prevenção não é suficiente. Prevenção é coleta de CP (P1ESF1).

Saúde da mulher também é educação (P3ESF2).

[Saúde da mulher também inclui] Cuidados com o corpo, sexualidade, sexualidade não é só sexo, né, é cuidado com o corpo também, higiene, procurar prevenção, alimentação (P3ESF2).

Existe, também, a promoção e prevenção, que é a mamografia, pré-câncer, o grupo da mulher (P3ESF2).

Mas, por exemplo, para fazer promoção e prevenção não é suficiente. Prevenção é coleta de CP. Não conseguimos fazer um trabalho para evitar que isso tudo aconteça. Apagamos muito fogo (P1ESF1).

Na atenção à saúde das mulheres, a prevenção é necessária para dar conta das ações programáticas definidas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito ao controle dos cânceres ginecológicos e, também, de doenças crônicas que têm atingido as mulheres de forma mais drástica nas últimas décadas (BRASIL, 2011). Porém, não é o suficiente para promover a integralidade dessa atenção. A atenção à saúde das mulheres deve articular prevenção e promoção da saúde de acordo com as necessidades singulares de saúde de cada mulher que procura o serviço. Isso se faz necessário, especialmente em um território no qual as mulheres estão sujeitas a situações de vulnerabilidade como este no qual estão inseridas essas ESFs.

Para justificar a manutenção de ações restritas a um enfoque preventivo, ao invés da ampliação referida como necessária, os profissionais fazem uma análise do contexto em que atuam, pontuando os principais entraves a tal ampliação. Problemas relativos a recursos materiais, espaço físico e número de profissionais nas equipes e burocracia estão entre os entraves destacados. “Mas hoje o problema maior nosso seria a questão logística, recursos humanos e logística, para fazer, ampliar nossas ações em saúde, na saúde da mulher. Porque saúde da mulher também é educação. Poderia ser uma saúde na escola” (P3ESF2).

As dificuldades a que se referem os profissionais entrevistados interferem nos seus processos de trabalho e na possibilidade de desenvolver ações de saúde mais abrangentes e com melhor qualidade para atender as necessidades e saúde das mulheres. Pesquisas trazem a dificuldade de consolidar o modelo de atenção proposto pela atenção básica por questões

como a falta de definição de um modelo de gestão que subsidie as práticas de saúde e promova mudanças nos processos de trabalho e que foque a atenção nas necessidades de saúde e nos condicionantes de saúde (BARRA, 2013; CECÍLIO; ANDREAZZA; CARAPINHEIRO, 2012; GÉRVAS; FERNANDEZ, 2012; JUNQUEIRA et al., 2010; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; VAN STRALEN et al., 2008). Essas dificuldades também foram encontradas nas falas dos profissionais dessa pesquisa como a dificuldade de trabalhar de forma intersetorial para a promoção da saúde das mulheres, a partir de suas necessidades de saúde, de forma sistemática e articulada<sup>2</sup>. Embora essas dificuldades não favoreçam a promoção da integralidade e restrinjam o foco na atenção às mulheres a questões mais pontuais, o que vem ao encontro das conclusões de pesquisa de Coelho et al. (2009) e Freitas et al. (2009), os profissionais procuram usar o espaço da consulta ginecológica com o propósito de ampliar seu olhar para questões como, por exemplo, as vulnerabilidades que podem advir da situação de vida de algumas mulheres. “Como a gente trabalha com a questão da vulnerabilidade, a gente costuma olhar como um todo” (P2ESF1).

Procuram reconhecer, também, os condicionantes e determinantes de saúde da vida dessas mulheres. “Início precoce da vida sexual, desinformação, desintegração do núcleo familiar, isso a gente percebe durante a consulta” (P3ESF2).

A partir do que identificam na consulta, os profissionais procuram intervir, através do matriciamento<sup>3</sup>, mas, de forma respeitosa com o desejo da usuária, diferente do citado em estudos como o de Coelho et al. (2009), onde observaram a falta de respeito nas relações entre profissionais e usuárias e a falta de reconhecimento dos direitos das mesmas.

Se a gente identifica, procura notificar (P4ESF2)

O que a gente não pode é querer intervir de forma preconceituosa com os nossos valores, a gente tem que respeitar os valores das pessoas (P3ESF2)

Porém, limitados pelas dificuldades acima referidas, o resultado é o represamento das demandas de atendimento das necessidades de saúde das mulheres, além da frustração e de certa resignação por parte dos profissionais.

---

<sup>2</sup> Essa questão será discutida na subcategoria “A integralidade na consulta ginecológica: da imagem-objetivo à realidade”

<sup>3</sup> *Matriciamento* – é uma metodologia de gestão do trabalho em saúde que consiste no apoio matricial de uma equipe de especialistas que dão suporte assistencial, técnico e pedagógico à equipe de referência da ESF na condução de casos individuais, familiares ou comunitários, ampliando as possibilidades de realizar a clínica ampliada e a integração de especialistas com a equipe de referência e o vínculo entre profissionais e usuários e a promoção da autonomia dos usuários (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

A nossa demanda é maior, mas como não temos a possibilidade de ampliar, a gente pega um pouquinho do que temos (P2ESF1).  
 Não conseguimos fazer um trabalho para evitar que isso [a busca por ações curativas] tudo aconteça. “Apagamos muito fogo” (P1ESF1).

Neste cenário, não bastam as experiências, as competências e a boa vontade dos profissionais envolvidos, porque a resolução dos problemas apontados vai muito além do seu nível de competência, pois têm como origem a falta de articulação entre as diretrizes de gestão e planejamento do SUS, conforme depoimentos a seguir de um dos profissionais entrevistados e de uma das usuárias.

A demanda está represada hoje, por causa de questões logísticas, recursos humanos. Uma questão de planejamento estratégico e tático. O operacional está aqui, a gente faz o planejamento operacional, só que hoje a gente não tem planejamento estratégico e tático que seja coerente com a situação (P3ESF2).  
 Eu acho que eles não estão dando conta da demanda. Não quer dizer que os profissionais não são bons. Eles não têm uma estrutura melhor (U3).

O planejamento estratégico a que se refere o profissional é definido através de diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde através de portarias, portarias especiais e documentos orientadores de programas. Esses documentos passam pela estrutura hierárquica das secretarias municipais, de coordenadorias e, finalmente, chegam à Atenção Básica, espaço no qual as ações definidas vão ser aplicadas. Portanto, os profissionais das ESFs não participam dessa etapa do planejamento, porém, devem planejar e definir as ações de saúde para o território onde atuam de acordo com os condicionantes de saúde que podem revelar contextos vulneráveis para a saúde da população (GONDIM; MONKEN, s.d.). Embora o Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2009) tenha como proposta a cogestão<sup>4</sup> que se faz pela construção coletiva do planejamento com a participação de todos os atores envolvidos na produção de saúde (gestores, profissionais e usuários), o sistema ainda não alcançou seu intuito, pois é necessário um novo posicionamento dos gestores com relação ao planejamento em saúde destacado, também, nas análises de Barra (2013), Gérvas e Fernández (2012) e Silva, Casotti e Chaves (2013).

---

<sup>4</sup> *Cogestão* é a proposta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS que prega a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, propondo a participação dos coletivos envolvidos na produção de saúde a fim de consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Significa a inclusão de todos os sujeitos que fazem parte dos processos de trabalho como “gestores de seus processos de trabalho” na análise de contextos e problemas e no processo de tomada de decisão. O resultado da co-gestão seria maior implicação dos sujeitos e corresponsabilidade que pode resultar em uma melhor produção de saúde (BRASIL, 2009).

As análises dos autores citados vêm ao encontro das recomendações do documento “Atenção primária e promoção da saúde”, divulgada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2007; CONASS, 2007), o qual destacou como necessário a melhoria das condições de trabalho, do reconhecimento da gestão do papel da ESF na reorganização do modelo assistencial e de monitoramento e avaliação das ações de saúde oferecidas à população. Esses aspectos serão problematizados na categoria “A integralidade na consulta ginecológica: da imagem-objetivo à realidade”.

Por ora, reforço que o cenário da consulta ginecológica ou de saúde da mulher traz elementos que fazem interface e que precisam ser analisados para a compreensão do todo. Um desses elementos são as mulheres que buscam a consulta com seus motivos, expectativas e necessidades.

### 5.2.1 As mulheres e suas necessidades

Esta subcategoria contempla as necessidades de saúde das mulheres que buscam a consulta ginecológica, procurando analisar quais as necessidades que podem ter gerado a busca pelo atendimento e como as mulheres expressam essas necessidades. As necessidades de saúde das mulheres foram analisadas, utilizando como marco teórico as necessidades de saúde na concepção de Cecílio (2001).

Os dados coletados sugerem que as mulheres demandam a consulta ginecológica para realizar o preventivo de câncer de colo uterino, o pré-natal ou quando consideram que têm alguma alteração ou doença relativa ao aparelho reprodutivo. Esta conclusão corrobora os resultados de outros estudos, como os de Salimena et al. (2012), Cordeiro et al. (2010) e Torres et al. (2008), os quais concluíram que as mulheres relacionam as questões reprodutivas à sua saúde. Esta estreita relação entre o biológico e a saúde reproduz a lógica do modelo biomédico de atenção, deixando de valorizar outros aspectos da saúde, igualmente importantes (BARRIENTOS, 1998; FERNANDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2007; REDIVO, 2007).

O trecho de discussão grupal apresentado a seguir ilustra este argumento.

Vim porque estou grávida. Eu nunca fui acostumada a ir ao médico, quando tinha algum problema era a minha mãe que dava os remédios. A gente só vai ao médico se tiver alguma coisa grave. Só se tiver muito mal (U12).

Às vezes, aparece um probleminha e a gente procura saber o que está acontecendo e aí vem fazer os exames (U9).  
Eu sempre venho consultar para fazer o exame ginecológico uma vez por ano (U1).

Segundo Cecílio (2001) e Mandú (2005) as necessidades de saúde chegam aos serviços em forma de demandas. Assim, também as usuárias ouvidas demandam a consulta ginecológica e não expressaram, claramente, as necessidades que as levam a procurar a consulta. Nesse aspecto, chamou à atenção a demanda por especialista em ginecologia o que vem ao encontro da taxonomia das necessidades de Cecílio e Matsumoto (2006) sobre a necessidade de acesso às tecnologias de saúde. As usuárias sempre se referem ao profissional que realiza a consulta como o médico clínico e, geralmente, desconhecem que quem realiza a consulta é o enfermeiro, mas, queixam-se de que gostariam de ser atendidas por um ginecologista.

Quando informadas de que tanto o enfermeiro, quanto o médico clínico da ESF, está habilitado a realizar a coleta do CP e as consultas ginecológicas, as usuárias demonstraram surpresa e inconformidade, além de desvalorizarem a competência do profissional enfermeiro para a realização da consulta. A desvalorização do profissional enfermeiro pelas usuárias demonstra o desconhecimento do papel deste profissional na atenção básica.

A consulta realizada pelo enfermeiro, na atenção básica, é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional N° 7.498, de 25 de junho de 1986, pelas Resoluções N° 381/201 e N° 271/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pela Portaria N° 1.625 e, também, está prevista na PNAB.

Nesse nível de atenção, segundo Backes et. al (2012) o profissional enfermeiro é considerado um elemento catalisador das políticas e programas para a consolidação do modelo de atenção proposto pela ESF. Conforme os autores citados, o fato de o enfermeiro ser um profissional com formação generalista, faz com que desenvolva competências para atuar em diversos espaços como atenção, gestão e atividades educativas de promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades, acolhendo e identificando as necessidades dos usuários, compondo saberes com os diferentes profissionais da equipe em que atua. Nesse sentido, segundo Matumoto et. al (2011) o não reconhecimento do enfermeiro pode estar associado ao modo como a sociedade define e reconhece o que é enfermagem e sua prática o que vai ao encontro do modo como estão configuradas as práticas políticas, legais, jurídicas e de formação que refletem as disputas entre as classes sociais. Ao encontro dessa afirmação, um documento divulgado pelo CONASS (2012) sobre a experiência da presença do enfermeiro na

ESF, revelou a falta de valorização do enfermeiro pelos gestores o que pode contribuir para que os usuários reproduzam essa desvalorização.

Os enfermeiros não podem fazer consulta (U2).

É. Teria que ser o especialista (U3).

Isso aí não pode [enfermeiro ou clínico]. Tem que ser um especialista que estuda para aquilo ali. Tem diferença. O ginecologista estudou para aquilo ali. O outro é clínico geral. Tem que ser o especialista (U1).

Neste contexto, a demanda por especialistas pode expressar a necessidade de acesso ao arsenal de tecnologias duras (MERHY, 2010) que caracteriza as abordagens médico clínicas e uma supervalorização do saber médico especialista (PUSTAI, 2006). Um estudo realizado por Cecílio et al. (2012), por exemplo, mostrou que os usuários consideram que o médico clínico tem pouca resolutividade e que sua função é encaminhar ao especialista, da mesma forma como consideraram as usuárias desse estudo. Como referido na literatura, o especialista exerce uma atração sobre a população, com suas técnicas diagnósticas e terapêuticas (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2007). Para Franco e Merhy (2010) este modelo técnico-assistencial, que é ainda predominante na atenção básica, associa, no imaginário dos usuários, a qualidade a consultas especializadas, além de criar uma demanda vinculada às ofertas dos serviços. A atitude das usuárias ouvidas para essa pesquisa de desvalorizar o profissional enfermeiro reforça esse imaginário.

Ainda com relação à associação entre o modelo de atenção e a demanda dos usuários dos serviços, Pinheiro et al. (2010) argumentaram que a busca por consultas, exames e especialistas é resultado da organização das políticas de saúde, com seus modelos fixos e fluxos centralizados, traduzindo as “demandas” em “reais necessidades” dos usuários, às quais os serviços respondem com base em critérios técnicos, objetivos e quantificáveis.

Por trás da necessidade expressa pelas usuárias que participaram do estudo, de acesso a tecnologias e das demandas por ações programáticas, podem estar ocultas outras necessidades (CECÍLIO, 2009), por exemplo, a de serem reconhecidas como sujeitos de necessidades mais singulares que aquelas incluídas em protocolos e programas assistenciais.

Nesse sentido, os dados sugerem que, mesmo justificando, num primeiro momento, a procura da consulta como resultado de uma necessidade pontual de atendimento especialista e técnico, as mulheres têm expectativas que expressam outras necessidades mais compatíveis com o que Merhy (2002) denominou de tecnologias leves de cuidado.

Gostaria de ser atendida com mais carinho e atenção. Tem médico que atende a gente na porta e aperta a mão (U1).  
 Eu também gostaria que fossem atenciosos (U2).  
 Mas eu gostei do atendimento porque me trataram bem (U3).

Embora não explicitamente apresentadas como necessidades da busca pelo acesso à consulta ginecológica, o desejo de serem atendidas com atenção, cordialidade e carinho foi interpretado, na presente análise, como o indicativo de necessidades igualmente incluídas na busca por atendimento nas consultas. Transformadas em expectativas, tais necessidades acabam silenciadas em prol de objetivos mais facilmente comunicados aos profissionais que as atendem, em função da valorização e reconhecimento que estes objetivos tradicionalmente recebem no campo científico, como é o caso da realização do exame de CP. Estudos sugerem que, ao acessarem os serviços de saúde, estas necessidades também fazem parte do conjunto de expectativas de outras mulheres (PEREIRA, 2004, 2011; TORRES, 2008; VIALE, 2006).

Para as participantes da pesquisa, “ser tratada com atenção” é uma condição definida em relação às atitudes dos profissionais que as atendem na consulta, não necessariamente ligadas à sua competência técnica. Assim, a necessidade de receber atenção aparece associada a habilidades que extrapolam a competência adquirida pelo saber especialista, dirigindo-se mais a competências de ordem relacional. O trecho transcrito a seguir corresponde à resposta dessas usuárias ao questionamento sobre o que significa “ser tratada com atenção”.

Sentar frente a frente. E o sorriso dele. O sorriso do médico e a cara alegre pra gente já é 10% da cura (U6).  
 Eu sou bem atendida porque eles conversam comigo (U4).

Em outro Grupo Focal as usuárias reforçaram esta relação entre “ser tratada com atenção” e ser bem recebida pelo profissional, destacando-se, novamente sua expressão facial por meio de um sorriso e a iniciativa de diálogo.

Quando tu apareces, ele está sempre com um sorriso (U8).  
 É. Manda entrar, me cumprimenta, pergunta como eu estou (U10).  
 É muito atencioso (U9).

Ser atendida com atenção também pode significar ter acolhimento e resposta para suas dúvidas, ter seus questionamentos e demandas por informações valorizadas pelos profissionais que as atendem na consulta, como referido no trecho de GF transcrito a seguir, onde as usuárias justificam porque acham que são atendidas com atenção nas consultas ginecológicas:

Espero ter uma resposta para o meu problema. Às vezes, eles conseguem te dizer. Outras, quando tem um probleminha, têm que ir para outros médicos. Agora, trouxe um exame e pedi que a enfermeira me explicasse o que tinha. Ela me explicou qual o problema e me encaminhou para fazer outro exame (U9).

Eu também. Quando eu venho nas consultas, eu faço as perguntas. Eles têm que me responder. Me respondem. Nunca tive problema (U13).

Normalmente, nas minhas consultas eu consigo perguntar tudo. Faço as consultas com o enfermeiro. Com o clínico é só uma vez por mês, mas eu consigo esclarecer. Ele responde, me dá atenção, fica o tempo mais que necessário da consulta só para tirar as minhas dúvidas (U12).

É bom conversar. Ajuda, mas tem que ter resultado (U9).

Ao buscar informação e respostas para suas dúvidas essas usuárias podem estar expressando a necessidade de serem reconhecidas como sujeitos com autonomia para buscar a satisfação de suas necessidades (CECÍLIO, 2001). Ao vislumbrarem a possibilidade de obterem essas informações através do diálogo com o profissional de saúde, elas esperam encontrar alternativas para fazer suas escolhas de acordo com seus modos de vida. Nesse sentido, ao se estabelecer uma relação na qual se destacam as abordagens relacionais, com o profissional acolhendo a usuária e escutando suas dúvidas, ambos poderão construir um modo de cuidado que possibilite à usuária ser protagonista desse cuidado e gerar autonomia (MERHY; FRANCO, 2003). O fortalecimento da autonomia das mulheres aumenta sua capacidade de cuidar de si e estimula seu empoderamento, suas escolhas e suas opções (MALTA; MERHY, 2010) e é uma prerrogativa da política de humanização do SUS (BRASIL, 2008).

Porém, em algumas ocasiões as usuárias declararam não ter tido oportunidade de conversar com o profissional que lhes atendia e obter as respostas para as suas dúvidas. Um dos motivos argumentados foi a postura nada acolhedora do profissional diante das usuárias, conforme a fala de uma usuária participante de um GF.

Eu consultei com um. Achei a atitude dele estranha. Me mostrou a cadeira e mandou sentar de lado para ele. Eu puxei a cadeira para ficar de frente para ele. Médico tem que ser olho no olho, né? Depois que eu sentei, disse a ele que tinha que sentar frente a frente para consultar, ele me atendeu bem. Até que sai satisfeita com ele (U6).

A mesma questão surgiu em outro GF, conforme a fala da usuária.

Tinha um médico que me atendeu depois que fiz uma cirurgia. Eu estava com dor. Ele me deu remédio. A minha barriga começou a inchar, voltei aqui. Me senti mal, porque ele me olhava e dizia que eu não tinha nada (U2).

Essas falas das usuárias vêm ao encontro do que Pereira (2004), Torres (2007) e Viale (2006) encontraram em suas pesquisas com usuárias sobre a consulta ginecológica acerca da dificuldade que as mesmas colocaram de estabelecer um diálogo com os profissionais que as atendiam. Souza et al. (2008) reforçaram que a impessoalidade na relação profissional-usuário faz com que este se sinta (des)acolhido o que vem ao encontro das situações vivenciadas por essas usuárias.

O modo como o profissional, desde o primeiro momento, acolhe a usuária interfere na qualidade da comunicação que vai se estabelecer entre ambos (MEDEIROS et al., 2010). Teixeira et al. (2009) afirmaram que o acolhimento é uma importante ferramenta que pode ser utilizada para atender às necessidades de saúde das mulheres por meio da escuta que a vê além de sua queixa e de sua dimensão biológica. Essa tecnologia é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008) que propõe a reorganização dos processos de trabalho a partir das necessidades de saúde, possibilitando a integralidade do cuidado conforme Souza et al. (2008). Para Stedile e Ceccim (2007) a integralidade na atenção em saúde passa pela realização de práticas de humanização as quais têm o potencial para incidir sobre as necessidades de saúde em sua relação com o modo de andar a vida individual e coletiva das mulheres. Nas situações trazidas pelas usuárias o modo como são recebidas não favorece a valorização de sua dimensão humana e sequer dá conta das questões biológicas.

Nesse cenário, outra situação relatada como fator de dificuldade para estabelecer uma conversa que dê oportunidade às usuárias para esclarecer dúvidas é a presença de profissionais de outras nacionalidades, mais especificamente, os médicos cubanos do Programa Mais Médicos<sup>5</sup>. Esses médicos atendem a clínica e a consultas de pré-natal. Essa questão foi discutida pelas usuárias em GF.

Os médicos novos deveriam conversar com a gente, apertar a mão, nem dão atenção (U8).

Eu venho para renovar a minha receita. A primeira vez que consultei com esse médico não gostei muito, porque ele só pegou a minha receita, baixou a cabeça e me entregou a nova (U1).

---

<sup>5</sup> *Programa Mais Médicos*. Este programa faz parte de um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Governo Federal garantirá mais médicos para o Brasil e mais saúde para você. A iniciativa prevê também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil. Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>.

Isso também aconteceu comigo. Ele só pegou a receita, baixou a cabeça e me entregou a receita (U10).

Eu cheguei, sentei na frente dele e disse: Doutor, preciso renovar as receitas. Ele foi tomando nota, cabeça baixa, passou e me deu as receitas. Deu tchau e eu fui embora. Não examinou nem perguntou nada (U13).

Questionadas se gostariam de perguntar algo ao profissional se tivessem tido oportunidade, uma usuária respondeu: “Na hora, nem me lembrei de nada” (U1).

A presença de médicos de outras nacionalidades é recente nas ESFs. Não há ainda na literatura trabalhos sobre a inserção desses profissionais na ESF. Questionando as usuárias, suas afirmações sugeriram que essas dificuldades foram sentidas logo na chegada desses à ESF, provavelmente, pelo curto espaço de tempo que tiveram até então, para adaptar-se ao idioma e à cultura. Por outro lado, as usuárias também têm dificuldades pelos mesmos motivos, de se entenderem com os novos profissionais.

O povo reclama que ele demora para atender nas consultas, mas ele atende bem. Eles falam outra língua, então demora, mas todos saem bem atendidos (U3).

É. A gente não entende o que eles falam. Eu consultei, ele me atendeu bem, conversou, mas não entendi o que ele falou (U4).

Em outro GF as usuárias apontaram as mesmas dificuldades e, também, afirmaram que, depois de algum tempo, houve uma melhora na comunicação.

Isso [a dificuldade de comunicação] também aconteceu comigo. Ele só pegou a receita, nem me olhou, não levantou a cabeça, escreveu tudo que tinha que escrever. Eu que puxei assunto com ele. Perguntei se ele estava gostando de Porto Alegre e se estava se sentindo bem no posto. Aí ele me respondeu (U10).

A primeira vez foi como aconteceu com você. Ele não me olhou. Depois, conversamos. Agora, ele é mais atencioso. Na primeira consulta a gente não entende eles. Tem dificuldade para entender o que eles falam, mas depois, a gente vai aprendendo (U1).

A expectativa das usuárias de, através da conversa, conseguirem obter as respostas para as suas dúvidas e o atendimento de suas necessidades remete à valorização da escuta, corroborando resultados de outros estudos de Teixeira et al. (2009) e Torres (2007), nos quais as usuárias também afirmaram ser importante conversar com o profissional para compreender o que estava acontecendo com elas. Neste sentido, como refere Cecílio (2009), os serviços e as equipes de saúde devem fazer um esforço para a escuta e a tradução das necessidades de saúde expressas pelos usuários, de modo a atendê-las, respeitando as singularidades com a maior integralidade possível.

Embora, não se tenha dados suficientes no caso dos médicos estrangeiros, conforme citado anteriormente, fica a dúvida se as dificuldades de comunicação apontadas se devem somente ao uso de idiomas diferentes. Essas dificuldades podem ter como causa, também, o desconhecimento dos profissionais sobre as políticas e programas do SUS. Embora a inserção desses profissionais na atenção básica seja acompanhada de capacitações segundo informações de um profissional brasileiro entrevistado para essa pesquisa, é importante frisar que é necessário tempo para que esses profissionais se apropriem dos princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde, em especial da integralidade.

A aproximação e compreensão da lógica orientadora do SUS é condição para que os profissionais da saúde, independente de serem ou não estrangeiros, articulem suas práticas de modo a buscar coerência com as propostas do sistema de saúde. Trabalhar na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2011) tendo a usuária e suas necessidades de saúde e vulnerabilidades como centro do cuidado e respeitando sua autonomia; acessar e atender as usuárias por meio das tecnologias relacionais (MERHY, 2003) do acolhimento, da escuta, do diálogo e do vínculo (COELHO; JORGE, 2009), investindo numa escuta qualificada, tem sido destacado na literatura como condições para a produção de um cuidado em saúde centrado nas necessidades singulares de saúde das usuárias (CECILIO, 2001; MANDÚ, 2005; MATTOS, 2004; RAIMUNDO; CADETE, 2010) para a promoção da integralidade.

Outra questão que surgiu, na análise do cenário da consulta ginecológica apresentado nos dados coletados, foi a importância do tempo a ela destinado. Essa questão do pouco tempo destinado à consulta vem ao encontro dos achados em pesquisas realizadas por Torres (2007), Pereira (2004), Teixeira et al. (2009). Essa situação apareceu nas falas de duas usuárias participantes de um GF, transcritas a seguir.

Aí queria perguntar sobre uma dúvida e ele disse que tinha que ser rápido porque tinha 10 minutos para a consulta que não dava tempo. Aí, eu não perguntei nada (U5).

Não tem muito que falar. Eles não te dão bom dia, se tu queres conversar, eles não têm tempo porque tem um prazo. Tu ficas receosa de falar porque o tempo tá acabando (U7).

Limitar o tempo da consulta é uma necessidade para dar conta das ações programáticas e cumprir os protocolos. Porém, assim como argumentaram os autores das pesquisas já referidas priorizar a quantidade de consultas em detrimento da sua qualidade não favorece o acolhimento, a escuta, a relação humanizada e o vínculo, características das

práticas de cuidado preconizadas nas propostas do SUS. Como afirmaram Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), acolher, escutar e construir vínculo demanda tempo.

Nesse sentido, uma necessidade que pode ser atendida através da escuta é o vínculo entre profissional, serviço e usuária. Para as usuárias o vínculo com os profissionais e o serviço é um aspecto importante, o que vem ao encontro da definição de necessidades de saúde de Cecílio (2001). Seguindo esta definição os dados sugerem que as usuárias necessitam estabelecer uma relação mais pessoal na qual tenham oportunidade de expressarem suas subjetividades. Uma relação de afetividade e de aproximação na qual sejam reconhecidas e respeitadas as suas necessidades e a sua autonomia qualifica as ações de saúde, segundo Coelho e Jorge (2009) e Moraes, Bertolozzi e Hino (2011). Esse encontro determinado pela ética, respeito à autonomia, corresponsabilizando a usuária pelo seu cuidado, favorece a promoção da integralidade na visão de Gomes e Pinheiro (2005). A PNAISM traz, em seus princípios, a importância da humanização na atenção à saúde das mulheres para atingir a integralidade.

Também ganhou destaque no GF a relação entre a necessidade de vínculo com o profissional que realiza a consulta ginecológica, em função da intimidade que dele resulta, agregando-se aos seus benefícios a melhora da autoestima em função do bom atendimento. Neste sentido, ser “bem atendida” é uma situação que parece ser compreendida como característica de um atendimento onde há vínculo entre o profissional e a usuária. O trecho compilado a seguir traz respostas ao questionamento sobre porque as participantes entendiam o vínculo como uma necessidade a ser atendida em consultas ginecológicas:

Porque já temos intimidade, já conhecemos bem aquele profissional (U6).  
 Porque eles são mais atenciosos, a gente consegue conversar. O enfermeiro já me conhece e sabe o meu nome. Esse é o único que eu me lembro (U5).  
 Ajuda na autoestima quando a gente é bem atendida (U1).

Como referiram Monteiro, Figueiredo e Machado (2008), o vínculo entre equipe e usuários promove a corresponsabilidade, facilitando a identificação e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos na comunidade.

O cenário da consulta ginecológica pode ser gerador de integralidade, ao promover o vínculo como meio de reconhecimento da usuária como sujeito com singularidades representadas nas suas falas, demandas, e desejos. Essa configuração pode resultar na construção do cuidado centrado na usuária e compartilhado com o profissional que supere a

dimensão biológica, amplie a atenção para as suas necessidades, vulnerabilidades e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e considere questões de gênero (BRASIL, 2011).

Os dados coletados sugerem que os profissionais entrevistados, assim como a usuárias, valorizaram o vínculo como meio de promover a integralidade na atenção à saúde das mulheres. Assim como em outros estudos, os profissionais também perceberam o vínculo como um modo de relação que extrapola a dimensão técnica (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012):

[...] é a partir dessa relação [profissional-usuária] que tu consegue estabelecer um vínculo com o paciente (P4ESF2).

Ter essa proximidade da paciente, de conseguir conversar, de permitir que ela converse, de ter aquele tempo disponível para isso ajuda no vínculo (P2ESF1).

Nessa lógica, os profissionais procuram estabelecer o vínculo com as usuárias, acolhendo e facilitando o acesso destas à consulta ginecológica, buscando promover a adesão, a corresponsabilidade e a confiança. Esse modo de pensar e fazer desses profissionais vem ao encontro ao posicionamento de Souza et al. (2008) que consideraram acesso e acolhimento complementares nas práticas dos serviços de saúde como modo de promover a integralidade. Esses arranjos não ocorrem sem que se estabeleça uma negociação com base nas necessidades das usuárias e, segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), a negociação é facilitada quando o vínculo está estabelecido.

Se tu tiver um bom vínculo, eu acredito que ele adere melhor ao tratamento, ao acompanhamento e ao próprio posto (P3ESF2).

Era a primeira vez que ela estava consultando. Conversando com ela, já tentei vincular um pouco mais, dizendo para ela quando precisar vem para o posto (P4ESF2).

Segundo os profissionais das ESFs pesquisadas, o vínculo se desenvolve mais facilmente quando o fluxo das usuárias é facilitado nas ESFs o que vem ao encontro do argumento de Mattos (2004) de que a flexibilização da rotina dos fluxos dos usuários nos serviços de saúde pode resultar na superação do paradigma biologicista de atenção e expressar a existência de vínculo entre profissional e usuário (CECÍLIO et al., 2012).

Sempre tento deixar a porta aberta [possibilidade de retornar quando necessitar], não deixar aquela coisa assim de agora só agendando para eu olhar teu exame. Tento deixar essas aberturas ou digo para ela vim no grupo que é livre (P4ESF2).

As falas dos profissionais vêm ao encontro das falas das usuárias, quando estes reconheceram a importância da confiança como meio de estabelecer o vínculo, o que vem ao encontro das conclusões das pesquisas de Monteiro, Figueiredo e Machado (2008) e de Baratieri, Mandú e Marcon (2012) para os quais a confiança é essencial para formar o vínculo. Para Torres et al. (2008) a relação terapêutica pode ser viabilizada por meio do respeito e da confiança entre profissional-usuária.

Mais é a questão da confiança que ajuda bastante. Faz parte do vínculo (P2ESF1).  
Tentar passar segurança de que estás fazendo aquilo bem e que sabes o que o que estás fazendo (P1ESF1).

Para a construção do vínculo, a consulta é uma importante ferramenta para os profissionais para a construção do vínculo e a escuta das necessidades das usuárias. No momento da consulta, o profissional não deve limitar-se aos aspectos ginecológicos apenas, mas, proporcionar uma relação de confiança segundo Fernandes et al. (2007). Isto vem ao encontro do fazer dos profissionais entrevistados que veem no espaço da consulta o momento ideal para a construção do vínculo.

A consulta é bem importante, pois tu consegues fazer o vínculo (P2ESF2).  
A consulta favorece uma aproximação e facilita o vínculo (P1ESF1).

Nessa construção os profissionais utilizam-se de momentos como o acolhimento, a consulta, a interação com as usuárias nos grupos através do diálogo e da escuta qualificada assim como foi observado também nos estudos realizados por Monteiro, Figueiredo e Machado (2008) e de Baratieri, Mandú e Marcon (2012), os quais destacaram que o acolhimento não deve se restringir ao momento da consulta, mas, ser uma prática usual em todos os momentos e em todos os espaços dos serviços de saúde. Conforme Merhy (2003) acolhimento e escuta são tecnologias leves que se expressam nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e o usuário na produção do cuidado. Para os profissionais, acolher e escutar as usuárias é reconhecer as suas necessidades singulares de saúde para além da dimensão biológica no contexto no qual estão inseridas a fim de construir um cuidado que contemple-as.

Saber ouvir. ter uma escuta qualificada, porque só ouvir é fácil, é só deixar ela falando, mas saber ouvir, identificar as necessidades que elas trazem. Às vezes é uma necessidade que não está bem explícita, então por isso que tu tem que estar bem atento (P4ESF2).

Saber falar com o paciente de uma forma que ele vá te respeitar e vá também compreender o que tu está querendo falar. Para que ele possa seguir aquilo ou aderir

àquele tratamento, àquele acompanhamento, passar segurança e sempre deixar a porta aberta assim para que ele volte. Isso é importante (P3ESF2).  
 Porque tem umas que tem necessidade de falar, tem problemas que tão incomodando e às vezes é aqui na consulta da mulher que elas querem se abrir, que elas querem falar pra alguém. Já teve mulher que não parou de falar, chorou e não sei o que, e disse ah eu precisava falar, e eu disse tudo bem. E assim a gente também tem que saber lidar com isso (P4ESF2).

Essas falas corroboram Ayres (2009) que afirmou ser necessário *ouvir mais*, pois o arsenal tecnológico atual perdeu a capacidade de compreender a totalidade das situações singulares de saúde dos indivíduos. A escuta e a conversa, como citado anteriormente, também são importantes para as usuárias que participaram dos GF.

Eu sou bem atendida. Eles conversam comigo (U4).  
 Ele conversou comigo como profissional. Eu conversava e chorava. Ele conversou bastante comigo (U3).

Nessa lógica, Mattos (2007) defendeu que a escuta das necessidades dos usuários pelos serviços de saúde é uma das características das práticas de saúde baseadas no princípio da integralidade. De acordo com essa premissa, os exemplos trazidos nas falas acima mostram que há espaço, na consulta ginecológica realizada nos serviços pesquisados, para a construção da integralidade.

Porém, nem sempre construir esse vínculo é fácil, pois no relato das usuárias, a rotatividade dos profissionais prejudica a formação de vínculo com a unidade de saúde e a equipe e a qualidade do atendimento. As falas destacadas de um GF trazem essa dificuldade.

Vence o contrato, eles vão embora (U1).  
 Agora, perdi um pouco o contato com o posto, antigamente, me dava mais com o pessoal. Mas vai trocando, trocando (U6).

Nesse cenário, a questão da rotatividade dos profissionais nas ESFs pode estar relacionada com variáveis como a questão do vínculo empregatício dos profissionais ao serviço de saúde e suas causas e efeitos já apareceram em alguns estudos recentes realizados por Junqueira et al. (2010), Gêrvas e Fernández (2012) e Silva, Casotti e Chaves (2013). A questão da precariedade das relações de trabalho pela terceirização dos contratos, dificultando a gestão é uma das causas da rotatividade (BRASIL, 2006) aliada a uma política variável de pessoal, salários e incentivos que, segundo os autores citados acima, não estimula a permanência dos profissionais nos serviços. Essa afirmação está clara nas falas das usuárias.

As participantes de um GF, ao serem questionadas como se sentem quando o profissional que as atende vai embora, fazem as seguintes afirmações.

Perdidas (U6).

Nos sentimos prejudicadas. A gente já está acostumada àquela pessoa aí vem outro diferente. A gente tem que dar todo o histórico da gente para aquele outro. (U1)

Se ele for embora, não sei como vai ser (U3).

Por outro lado, sendo a única opção que têm para cuidar de sua saúde, a fala abaixo mostra que as usuárias se conformam com a situação. “Tem que se acostumar. A gente precisa” (U1).

Porém, reconstruir o vínculo é uma tarefa difícil para essas usuárias, de acordo com as falas a seguir, que demonstram a sensação de impotência das mesmas diante da mudança de quase toda a equipe que lhes atendia.

Nos sentimos perdidas porque já temos intimidade, já conhecemos bem aquele profissional. Aí, chega outro, e eu não vou consultar (U6).

Isso aí, ficamos perdidas (U2).

Essas falas deixam clara a importância do vínculo, da conversa e da escuta no cuidado à saúde das mulheres, pois, segundo Ayres (2009), há nessas tecnologias elementos fundamentais para o cuidado. Isso significa pensar o cuidado a partir das necessidades das usuárias, conforme preconizam autores como Ceccim e Ferla (2008), Cecílio (2001) e Mattos (2004). E, segundo Ayres (2009) a partir de seus projetos de felicidade ou projetos de vida. Nessa lógica, a fala de uma usuária é bem expressiva. “Cada um tem a sua necessidade” (U3).

Nesse aspecto, pensar o cuidado é procurar compreender o sentido e o significado da saúde e da vida (AYRES, 2004) e, também, da doença, para as mulheres que procuram os serviços de saúde. Para Coelho e Fonseca (2005) o cuidado exige envolvimento e ética, deve ser contextualizado e necessita valorizar singularidades e a formação de sujeitos críticos capazes de transformar sua realidade. No cuidado, experiências e saberes são compartilhados, e devem resultar em escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado (AYRES, 2009). Os valores trazidos por esse autor definem a concepção da clínica ampliada, que se constitui em uma ferramenta capaz de humanizar o cuidado e produzir a integralidade (BRASIL, 2004). As falas a seguir, de uma usuária participante de um GF e de um profissional, trazem um pouco desses valores.

A gente vê o empenho dele de fazer bem o trabalho para satisfazer as necessidades da pessoa que ele está atendendo (U3).  
O profissional vai ajudar a pessoa a suprimir cada uma das necessidades, mas resolver não. Ele vai dar um suporte para que a própria pessoa também possa se ajudar (P3ESF2).

Essas construções e desconstruções de vínculo, relatadas pelas usuárias, não impedem que os profissionais valorizem e busquem, em suas práticas de saúde, o princípio da integralidade, mesmo que a realidade imponha limitações à consolidação desse princípio.

### 5.2.2 Integralidade: da imagem-objetivo à realidade

No conteúdo desta subcategoria estão incluídas informações, não só, sobre os investimentos dos profissionais na integralidade da atenção à saúde das mulheres, em consultas ginecológicas, mas também, sobre sua experiência com relação aos limites e possibilidades de concretização deste objetivo na realidade dos serviços. Neste sentido, a análise vai mostrar que, apesar da consciência da importância de se ampliar o escopo da consulta ginecológica para além dos seus aspectos técnicos e do desejo de fazê-lo, existem condicionantes que limitam a concretização deste objetivo, tornando a integralidade, mais uma imagem-objetivo ou algo a seguir buscado (MATTOS, 2001), do que uma realidade.

Segundo os profissionais participantes da pesquisa, a abordagem que utilizam nas consultas ginecológicas tem a intenção de acolher as necessidades das usuárias, a partir do estabelecimento ou reforço de vínculo, diálogo e escuta. Neste sentido, as falas dos profissionais sugerem a compreensão da importância do emprego de tecnologias leves nos encontros com as usuárias no contexto da consulta. Nos depoimentos a seguir, aparece explícita a intenção de atender bem a usuária e de deixá-la satisfeita com o atendimento.

Eu gosto de fazer uma consulta que a mulher vá sair bem, satisfeita, que ela vai sentir que eu estava atendendo ela e estava dando atenção para ela naquele momento (P4ESF2).  
Eu procuro ser resolutiva nos casos que vem para mim, mas assim, se chega um ponto que já está fora assim do que me compete, eu também tenho que ter essa noção e passar a bola, tentar dar para usuário o encaminhamento, a resolução que ele precisa (P1ESF2).

Para promover a integralidade na atenção à saúde das mulheres, algumas condições são necessárias segundo os profissionais entrevistados.

A experiência e o fazer todos os dias (P1ESF1).

A capacitação é importante (P2ESF1).

Tem que pesquisar muito, buscar literatura, buscar evidências e fazer essa correlação (P3ESF2).

A gente tem que ter conhecimento das políticas, dos protocolos, o que é a nossa competência de fato e o que não é. Porque às vezes a gente fica numa linha tênue, o que cabe a mim como enfermeira, no meu caso, e o que talvez cabe ao médico (P4ESF2).

Como destacado na literatura e reconhecido pelos profissionais, para atender com integralidade, além da experiência, da capacitação e do conhecimento das políticas e protocolos é necessário, também, ter bem definido seu campo de atuação (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Um dos profissionais se refere à necessidade, a partir de seu campo de conhecimento e atuação, de compor saberes e práticas com outros profissionais na produção da saúde. Esta postura vem ao encontro do que pesquisadores do campo da saúde coletiva recomendam como estratégia para evitar a fragmentação da atenção, e em consequência, produzir integralidade em saúde (MACHADO et al., 2007; MERHY, 2003; SILVA; SENA, 2007).

Também a capacidade de compreender o significado dos valores e vivências das mulheres que atendem (MANDÚ, 2004), uma análise interpretativa do significado de atender com empatia, foi destacada pelos profissionais como uma condição para a produção da integralidade no contexto da consulta ginecológica.

Tu tens que te colocar no lugar da pessoa. Ter empatia para conseguir ajudar. Também, tentar mostrar que tu entendes o que a pessoa está sentindo. Mostrar que estás do lado dela, que estamos aqui para ajudar. Sempre orientamos que volte se precisar que estamos aqui (P1ESF1).

Se tu não tens empatia tu não vai dar atenção para a mulher e não vai resolver o problema dela. É empatia a principal habilidade para todo e qualquer serviço, mas principalmente para saúde da mulher (P3).

Na esteira da valorização das tecnologias leves, o desenvolvimento de uma relação de confiança com a usuária e a sensibilidade para tratar das questões que emergem neste processo e para olhar além do óbvio também aparecem com ênfase nas manifestações dos profissionais.

Mais é a questão da confiança que ajuda bastante. Faz parte do vínculo. (P2ESF1)

A competência que todos têm que ter aqui é o olhar sensibilizado. É saber que trabalha em um território que demanda muitas questões e tem que ter um olhar um pouco mais sensível para poder trabalhar com esse público (P2ESF1).

Tem que ter alguma sensibilidade para tentar alcançar alguma coisa a mais. Tem coisas muito claras, mas tem coisas que elas falam pouco (P1ESF1).

Os dados sugerem que, entre os profissionais que realizam consultas ginecológicas nos serviços pesquisados, predomina uma intenção pró-integralidade, configurada por meio do uso de tecnologias indispensáveis para que o acesso às necessidades das usuárias se efetive (COELHO et al., 2009; MANDÚ, 2004; TEIXEIRA et al., 2009). Neste sentido, a análise permite inferir que, segundo os profissionais, o foco das consultas ginecológicas que realizam não se restringe às prioridades indicadas em protocolos diagnósticos e assistenciais, mas, são ampliados e flexibilizados de acordo com as singularidades das usuárias.

Dependendo do caso, assim, quando eu vejo que tem uma questão familiar, uma questão social, psicológica, enfim, eu já discuto com os agentes. Porque às vezes o CP não é nada, é só a coleta, às vezes elas vêm para falar, conversar, expor os problemas delas (P4ESF2).

Cada uma tem um problema, cada uma tem uma necessidade, e elas querem resolver o problema delas: elas querem especialista, querem exames, querem o atendimento na hora. Então assim, eu procuro ser resolutiva nos casos que vem pra mim (P4ESF2).

Aquela pessoa que vem aqui, às vezes, ela fala de uma coisa, mas ela não tem só aquela demanda. Tu tens que ter um olhar um pouco mais ampliado porque ela vai ter outras demandas, se você permitir que ela fale. (P2ESF1).

Conforme relato dos profissionais, muitas das necessidades de saúde das mulheres que procuram as unidades pesquisadas têm relação com situações de vulnerabilidade e chegam aos serviços através da consulta ginecológica. Lançar mão da sensibilidade e de uma escuta ampliada seja talvez o que tem possibilitado tal diagnóstico.

Aqui a população é bastante carente (P1ESF1).

Como a gente trabalha com a questão da vulnerabilidade, a gente costuma olhar como um todo. Então, se ela não traz a gente já pergunta outras coisas para ver se está tudo certo (P2ESF1).

Questões biológicas, elas são muitas vezes ligadas a questões psicológicas e sociais. São questões sociais, de vulnerabilidade, que vão também influenciar na saúde. Saúde alimentar: dificuldade de acesso a alimentos, de qualidade, com baixo preço. Violência doméstica, como é que se fala, vulnerabilidade social poderia colocar, mas abusos, né, também têm acontecido muito, a gente percebe isso. Psicológica seria também a questão do relacionamento com o parceiro, ou enfrentamento ineficaz dos problemas, problemas familiares que tem afetado o dia a dia da família, problemas com filhos, drogadição, adolescentes com vida sexual ativa muito precoce, são vários problemas sociais que tem agravado a questão de saúde da mulher (P3ESF2).

As áreas onde estão localizadas essas ESF têm histórico de invasões e tráfico de drogas. A população é pobre, sendo cerca de 50% formada por mulheres, muitas adolescentes gestantes, de baixo nível social, econômico e de escolaridade. Conforme dados oficiais são áreas com alto IVS e baixo IDH (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010),

portanto, territórios onde é comum os profissionais de saúde conviverem com situações de vulnerabilidade social. Nesta perspectiva, como destacado na literatura, o conhecimento do território onde atuam é essencial para que os profissionais que atuam na atenção básica possam reconhecer e compreender as necessidades de saúde da população que devem atender (GONDIM; MONKEM, s.d.; SOUZA et al., 2008).

Se por um lado, os profissionais entrevistados referem ter um “*olhar sensibilizado*” para as necessidades das mulheres e para as questões de vulnerabilidade do seu território de ação, por outro lado, nos seus depoimentos são apontados limites à desejada promoção da integralidade, impostos pela realidade.

A análise sugere que as equipes das quais os profissionais fazem parte não conseguiram, ainda, estabelecer um processo de trabalho plenamente de acordo com o modelo de atenção proposto pelo SUS para a ESF. Apesar de reconhecerem a importância da escuta e procurarem atender as mulheres, considerando suas singularidades e a complexidade da realidade em que vivem, nem sempre tem sido possível orientar o atendimento dentro desta perspectiva. A realidade descrita nas entrevistas parece impor uma distância entre o modo como desejam atender as usuárias, o qual, segundo os depoimentos, é compatível com as propostas do SUS, e o modelo biomédico tradicional, um problema que não é exclusivo das equipes pesquisadas (CECILIO, ANDREAZZA; CARAPINHEIRO; 2011; GÉRVAS; FERNANDEZ, 2007; SILVA et al., 2013). Apesar da intenção de manter uma postura pró-integralidade no atendimento às usuárias, nem sempre é possível trazer para o cenário da consulta ginecológica as competências e atitudes reconhecidamente necessárias para que isto se realize. A resolutividade é uma das características do atendimento desejado indicada como um objetivo nem sempre atingido da maneira esperada pelas usuárias. “Infelizmente, não conseguimos dar o tempo que as pessoas esperam de resolutividade” (PIESF1).

Também foi sugerido nas entrevistas que, acolher as necessidades expressas pelas mulheres em encontros orientados por uma escuta ampliada e, ao mesmo tempo, dar conta das demandas programáticas, geralmente pautadas como prioritárias pelos gestores, pode trazer demandas em demasia ao espaço da consulta, acrescentando mais trabalho a um cotidiano já saturado de atividades. Neste sentido, é provável, que, ao abrir este espaço para necessidades não incluídas nos protocolos que definem *a priori*, o que faz parte e o que não faz parte de uma consulta ginecológica, os profissionais acabem enfrentando o desafio de dar conta de um conjunto grande de demandas.

Ainda existe a questão da queixa conduta. Mas, até porque não tem como desmembrar isso, né. Existe queixa conduta, que seriam as demandas espontâneas, mas existe também a promoção e prevenção, que é a mamografia, pré-câncer, o grupo da mulher, onde pode fazer a renovação de receita, pode solicitar o exame do colesterol triglicéridos, porque não dá para a gente desmembrar o todo da mulher (P3ESF2).

Os dados sugerem que, nos serviços estudados, o cotidiano do trabalho é caracterizado por um acúmulo de demandas, tanto aquelas chamadas de espontâneas, porque geradas a partir da busca espontânea dos usuários por acesso a atendimentos, quanto àquelas resultantes de políticas e programas governamentais.

No acolhimento, estabelecemos dez fichas, mas é um número fictício. Atendemos 20 a 25, mais ou menos de manhã na correria. À tarde, a gente corta, mas sempre tem uns 5 acolhimentos por aí. Porque a tarde, fazemos os programas” (P2ESF1). Nós não temos o acolhimento implantado na unidade, a gente ainda funciona com a questão das fichas do dia, consultas do dia, porém isso não quer dizer que o acolhimento não seja feito. Não é uma coisa que esteja assim implantada, que todos que vão chegar na unidade e vão ser acolhidos e tal, isso a gente ainda não consegue fazer, porque nós estamos com a equipe reduzida, incompleta eu diria, porque pela população nós teríamos que ser uma equipe tripla. Para fazer o acolhimento a gente precisaria de mais profissionais, mais um médico e mais um enfermeiro pelo menos, fora os agentes comunitários, enfim, todos os outros profissionais (P4ESF2).

Apesar da importância de que as demandas trazidas pelas usuárias ao serviço sejam acolhidas, ouvidas e reconhecidas (BRASIL, 2011), o acolhimento nem sempre resolve todas estas demandas (MEDEIROS et al., 2010). Porém, a escuta e a valorização de suas queixas e a identificação de suas necessidades pode evitar a insatisfação com o serviço (BRASIL, 2011).

Com o acúmulo de demandas, para dar conta de acolher a demanda espontânea as equipes precisam contar com um quantitativo adequado de profissionais, o que parece não ser o caso das equipes estudadas, uma realidade que também já foi retratada em outros estudos (MEDEIROS et al., 2010; VAN STRALEN et al., 2008). É o caso da quantidade insuficiente de ACS, relatada a seguir:

A agente essa que saiu, agora, só a área dela são 1320 pessoas, isso é a área para dois agentes, e ela era uma só, e agora nem ela a gente tem. É uma grande área que tá descoberta. É uma série de probleminhas que a gente vai tendo dificuldades e isso acaba afetando no atendimento, a gente não tem o que fazer (P4ESF2).

Embora, em algumas situações não esteja sendo possível atender às demandas como desejado, alguns profissionais referem o esforço para priorizar atendimentos domiciliares

onde condições de vulnerabilidade estão presentes e são detectadas alterações no material coletado em exames de CP ou em consultas puerperais.

Se os agentes sabem que aquela família tem algumas vulnerabilidades, eles nos solicitam visita, então, fazemos a visita. Temos a parte de conversa que os agentes fazem e nos comunicam o que está acontecendo, se tem uma família que precisa (P2ESF1).

Na saúde da mulher, os agentes nos trazem a demanda. De 6 em 6 meses, vem o retorno da própria vigilância, do que aconteceu das NIC1 e NIC2 para fazermos a busca. Eu pego todas as pacientes que estão com alteração de CP, busco todas essas pacientes e marco consulta. Aí, eu vejo se fizeram as consultas, as que não fizeram e envio o retorno para a vigilância e registro no prontuário. As que não fizeram a consulta, fazemos a visita domiciliar para saber o porquê não fizeram a consulta (P2ESF1).

Eu faço a visita em casa porque não temos espaço aqui. Em casa, eu faço a consulta do bebê, faço o exame da mãe e dou as orientações para ambos e já marco a primeira consulta do bebê com o médico seguindo o calendário (P1ESF1).

Em outro serviço, também os casos em que são identificadas situações de vulnerabilidade de alguma família, é dado prioridade para a realização de visitas domiciliares tanto de profissionais que realizam a consulta ginecológica, quanto de ACS.

Eu tenho uma gestante que é adolescente, que é usuária de droga, que consome droga perto do filho, então isso é uma situação... Por exemplo, amanhã eu vou à casa para fazer uma busca ativa, para fazer uma notificação de negligência. (P3ESF2)

Os agentes também participam porque eles conhecem bem essa realidade, conhecem a casa da mulher, sabem dos seus problemas (P4EF2).

A necessidade de dar conta de tudo, que parece estar implícita em grande parte das falas dos profissionais entrevistados, remete a um problema que tem sido destacado no debate atual sobre os desafios do nosso sistema de saúde, o qual tem a ver com uma insuficiente articulação entre a gestão e a atenção. Como argumentaram Freitas e Mandú (2010), para que as propostas do SUS se efetivem, é necessário que haja integração do trabalho em equipe com ações sistemáticas de planejamento e avaliação das condições do território onde esta equipe atua. As falas a seguir traduzem o reconhecimento dos profissionais sobre o impacto desta falta de articulação no conjunto de demandas que chegam aos serviços e na condição das equipes para atendê-las.

A demanda tá represada hoje, por causa de questões logísticas, recursos humanos, uma questão de planejamento estratégico e tático. O operacional tá aqui, a gente faz o planejamento operacional, só que hoje a gente não tem planejamento estratégico e tático que seja coerente com a situação (P3ESF2).

A nossa demanda é maior, mas como não temos a possibilidade de ampliar, a gente pega um pouquinho do que temos (P1ESF1).

Problemas relativos à falta de espaço físico para o trabalho e à precariedade dos recursos materiais também são destacados neste cenário.

Além da falta de local e de material inadequado, a gente não consegue se organizar para essa demanda. Tem bastante coisa para fazer, mas a gente não consegue. Tem vários grupos para fazer, ainda, mas não conseguimos local para fazer (P2ESF2). A saúde hoje, ela tá muito sucateada, então a gente tem que fazer o melhor com o que a gente dispõe. Como te falei, anteriormente, existe o planejamento estratégico, tático e operacional. Só que o estratégico, ele exige uma organização, uma rede de diretrizes orçamentárias, que é votada geralmente um ano antes. Então isso vai afetar no outro ano a equipe, porque existe restrição, existem leis de proibidade, restringem orçamentos, restringem contratações, claro que a gente acha que é importante tudo isso para que não haja nenhum tipo de improbidade, mas afeta o trabalho si (P3ESF2).

O que o profissional entrevistado sinalizou é que o modelo de gestão dos recursos financeiros centrado no governo federal e reforçado pelo Pacto da Gestão, dificulta o planejamento dos recursos no âmbito local, pois coloca os governos locais na dependência dos recursos repassados pelo governo federal para o desenvolvimento de ações de saúde (BARRA, 2013; FIGUEIREDO, 2008),

As indagações apontadas pelos profissionais estão mais relacionadas a questões estruturais e a problemas na organização da atenção básica que limitam a gama de serviços oferecidos, conforme já foi apontado pelo CONASS (2007). Em estudo realizado por Gervas e Fernández (2012) sobre a ESF no Brasil, concluiu-se que falta tecnologia, material, capacitação dos profissionais e métodos de gestão. Silva et al. (2013) reforçaram esses achados em sua revisão da produção científica sobre a ESF e seu papel de reorientação do modelo de atenção.

Nesse cenário, a gestão da ESF deve assumir as diretrizes que cabem à Atenção Básica definida na PNAB (2006) e demais políticas públicas, por meio da articulação com a rede de saúde a fim de atender às demandas e necessidades dos usuários da atenção básica (BARRA, 2013).

Entre os papéis da gestão pode-se citar: planejar ofertas e ações de saúde orientadas pelas necessidades dos usuários em conjunto com estes e os profissionais dos serviços de saúde; promover a educação permanente dos profissionais, assim como o número adequado de profissionais e condições adequadas de realização de seu trabalho; promover avaliação permanente dos resultados destas ações (BARRA, 2013).

Nesse contexto, uma ferramenta importante para subsidiar as equipes nos seus processos de trabalho é a educação permanente. Com relação à gestão da educação

permanente dos profissionais, os dados são contraditórios segundo os relatos dos profissionais nas diferentes EFS.

Existe muita necessidade de profissionais capacitados, educação permanente. Isso é uma coisa que sempre falo, educação permanente não existe de maneira efetiva. Existir, existe, não pode-se exagerar, mas eu não vejo como educação permanente. Programa de educação permanente a gente não tem. Os PEPs, né, vejo grupos de humanização também muito pouco, talvez grupos táticos de humanização, que é GTH, né, os PETs também não vejo na minha unidade. Vejo em outras unidades, na minha unidade vejo pouca participação, convênio universidade saúde, parcerias, né (P3ESF2).

Nessa fala, o profissional entrevistado se refere à falta de grupos operacionais como os Grupos de Trabalho em Humanização (GTH) ou a importância dos PETs como formas de proporcionar educação permanente pela interface entre trabalho e ensino. Essas estratégias melhoram a comunicação e a articulação entre a formação e os serviços e cabe aos gestores desenvolvê-las em diálogo com os trabalhadores (CONASS, 2007).

Com relação à educação dos trabalhadores da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe que:

[...] os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007, p.142).

Cabe lembrar que o escopo da educação permanente vai além das capacitações técnicas e teóricas, devendo problematizar o contexto do trabalho tal como esse acontece, o que parece não ocorrer plenamente nas ESFs que participaram da presente pesquisa, conforme indicaram as falas dos profissionais. Há alguns estudos corroborando a crítica dos profissionais ao modo como vem sendo desenvolvida a educação permanente nos serviços. Silva et al. (2013), por exemplo, alertaram que a educação permanente nas ESFs é desenvolvida de forma teórica, de acordo com os pressupostos das políticas, mas, na prática, o modelo de gestão mantém a lógica tradicional que não favorece que os serviços se constituam em espaços de aprendizagem. Como argumentaram pesquisadores essa lógica pode ser a consequência de um modelo de formação que não dialoga com o trabalho (BRUM, 2010; FLORES, 2011).

Porém, na questão da educação, outros profissionais parecem estar satisfeitos com as oportunidades de capacitação oferecidas pela gestão.

Fazemos os cursos que a gerência oferece. Vamos fazendo rodízio com as outras enfermeiras para todas participarem. Ou quando uma faz um curso multiplica para as outras através de um estudo. São capacitações mais teóricas, alguns como teste rápido são mais técnicos. O matriciamento, ela dá muitos exemplos da prática (P1ESF1).

A prefeitura disponibiliza as capacitações na saúde da mulher. Ou se tu estás com alguma dificuldade para a resolução, existe o matriciamento (P2ESF1).

No contexto da educação permanente o matriciamento é lembrado como um apoio importante da gestão às ESFs como uma possibilidade de realizar a problematização do contexto do trabalho, porém não há continuidade nesse aspecto.

Na verdade, o matriciamento foi feito duas vezes conosco. Não teve continuidade. Temos muita demanda de saúde da mulher. Então, fomos aos poucos. Iniciamos com a parte ginecológica, na qual o matriciamento pode tirar nossas dúvidas de patologia, quando medicar e com que, o que encaminhar. Conversamos mais sobre pré-natal e, depois, não conseguimos dar continuidade. Ela não voltou e, em função da demanda, não conseguimos fazer contato com ela (P2ESF1).

O matriciamento também é uma estratégia da gestão para apoio das equipes nas questões de vulnerabilidade trazidas pelas usuárias às ESFs e exige um trabalho multidisciplinar, pois, segundo Arona (2009), tem como objetivo garantir o princípio da integralidade através da contribuição de diferentes especialidades e profissionais. Na ESF2 o matriciamento ocorre de forma mais efetiva conforme explicaram os profissionais.

A equipe de matriciamento é uma assistente social, uma nutricionista, fisioterapeuta, psiquiatra, tem terapeuta ocupacional e fonoaudióloga, mas elas só vêm quando é um caso específico para elas (P4ESF2).

E aí a gente coloca o caso, discute entre a equipe de matriciamento. E aí vê com a equipe qual o melhor desfecho, se chamar para uma interconsulta com a psiquiatra, se é uma questão de violência, por exemplo, notificar para o conselho tutelar (P4EFS2).

É, aí a gente trabalha bem em conjunto com o matriciamento, a assistente social e ela nos apoia muito sobre como conduzir os casos, e ela vai buscando geralmente alternativas a dar para essas mulheres, não sei, se é, por exemplo, sair daquele local e ir para um abrigo, alguma coisa assim, ela vai atrás, tem várias questões assim (P3EFS2).

Os agentes também participam do matriciamento, porque são eles que conhecem bem a realidade dos usuários (P4ESF2).

Se por um lado, o matriciamento proporciona o compartilhamento de saberes e a corresponsabilização entre usuários, profissionais e gestores (MACHADO; CAMATTA, 2013), na busca pela resolução de necessidades das usuárias, e possibilita à ESF acompanhar os encaminhamentos feitos a partir dessa estratégia; por outro, o seu emprego na promoção da integralidade parece ainda ser frágil. Para Machado e Camatta (2013) a falta de compreensão

dos profissionais a respeito do que é o matriciamento e a falta de comunicação entre as equipes, aliadas à fragilidade, fragmentação ou inexistência de uma rede de cuidados também contribuem para o insucesso dessa estratégia. Esses aspectos podem comprometer o trabalho nas ESFs estudadas, levando a ações menos resolutivas que não contemplam as necessidades das usuárias, como sugere o profissional cuja fala é transcrita a seguir.

A gente tem uma equipe de matriciamento, que ajuda nesse sentido, mas ainda não supre a necessidade. Existe muita demanda para pouca oferta. Percebo isso. Então acaba, sim, existe uma demanda reprimida hoje, com relação a essas situações. Se a gente identifica, procura notificar (P3ESF2).

Hoje a gente não tem uma intervenção mais eficaz, contínua, porque muitas coisas precisam de continuidade, só que a demanda é tão grande que gente não consegue fazer algo com continuidade. A gente procura fazer algo efetivo, resolutivo, talvez não tanto, mas que reduza o dano. Então, hoje o nosso trabalho ele tem se focado muito na redução de danos, prevenção mesmo... a gente não consegue (P3ESF2).

O que chamou atenção nessa questão é que o matriciamento não ocorre da mesma forma nas ESFs que participaram da pesquisa. Em uma, o matriciamento e o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são estratégias acessadas pela equipe, principalmente, para atender problemas relativos a situações de vulnerabilidade social. Em outra ESF, o matriciamento parece estar mais focado na educação permanente como exposto anteriormente. Mesmo trabalhando com questões de vulnerabilidade social, a equipe da ESF em questão não tem acesso a essas estratégias.

Na verdade, o matriciamento foi feito duas vezes conosco. Não teve continuidade. Temos muita demanda de saúde da mulher. Então, fomos aos poucos. Iniciamos com a parte ginecológica (P2ESF2).

Quando questionadas se, ao diagnosticarem problemas de cunho social, as equipes têm para onde encaminhá-los, as respostas foram:

É bem difícil. A gente fica meio perdido na verdade. A primeira vez que aconteceu foi violência sexual contra uma menina. Na verdade, nós não sabíamos nem os encaminhamentos que tínhamos que fazer ou o fluxo. Nada. Nem a parte de notificação. Então, tivemos que procurar tudo para poder demandar. Não temos nada de planejamento quanto a isso. É uma demanda grande e, ainda, a gente não se preparou (P2ESF1).

Não temos NASF. Essa região não conta com NASF, então, não temos esse apoio. Na Saúde mental conseguimos passar algumas coisas para a gerência no matriciamento. Eu sempre encaminho para a Saúde mental e aí é feito o matriciamento.. Essa parte é mais difícil para nós. Temos a REDE e a REDINHA. A REDINHA é para os encaminhamentos das crianças. A REDE que é a profissional de saúde mental que faz, é a nossa dentista e, agora, passou para um médico. Conseguimos levar alguma coisa, mas não temos apoio ou matriciamento. Não conseguimos encaminhar (P2ESF1).

Questionada se a ESF em questão consegue acompanhar os encaminhamentos realizados, a profissional respondeu:

Eu acredito que tenha um retorno na REDE mensal. Nós estamos bem defasados nessa parte da violência. Falta ter uma estrutura e um planejamento para ter os retornos. Falta alguém para assumir isso. Através dos agentes de saúde podemos acompanhar algumas coisas. Temos essa proximidade por sermos uma ESF. Se os agentes sabem que aquela família tem algumas vulnerabilidades, eles nos solicitam visita, então, fazemos as visitas. Não temos isso como fluxo, por exemplo, saiu de lá, vamos visitar. Temos a parte de conversa que os agentes fazem e nos comunicam o que está acontecendo; se tem uma família que precisa. Temos a parte de equipe, mas não temos um fluxo ou um protocolo. Ou nós passamos um caso aos agentes e temos o retorno. Na REDINHA, sei que tem um fluxo, talvez tenha na REDE, mas eu não sei. Na REDINHA, tem um retorno, todo o mês, e aí passam os casos e a gente marca consulta ou retorna. Nós temos dificuldade em relação a essa questão (P2ESF1).

Se o matriciamento é uma ferramenta de gestão para a organização das ações de saúde da atenção básica com o apoio matricial de especialistas (serviço social, farmácia, saúde mental, e outros) por que não está acessível a todos as ESFs? Diversas podem ser as causas para que esta estratégia não seja plenamente utilizada pelas equipes de ESF. Cunha e Campos (2011) apontaram a lógica de gestão existente na atenção básica, em nosso país, a qual só se responsabiliza pelos usuários enquanto estes estão no seu território, e a valorização diferenciada dos saberes especializados que dificultam o reconhecimento da importância da complementaridade da rede assistencial. Por outro lado, essa limitação pode ocorrer por falta de recursos humanos ou porque não foi criada a demanda das ESFs em relação a essa ferramenta conforme pode indicar a fala a seguir. “Falta ter uma estrutura e planejamento. Falta alguém para assumir isso. Precisamos criar a demanda” (P2ESF1).

Essa é uma questão que se coloca como um limitante à construção da integralidade no cenário pesquisado e é um tema para futuras pesquisas, pois não há dados suficientes para fazer afirmações sobre isso nessa pesquisa.

Nesse cenário, outra ferramenta que os profissionais têm para buscar a integralidade em suas ações são os protocolos. Os protocolos definem condutas e procedimentos a partir de evidências científicas, com o objetivo de auxiliar os profissionais na tomada de decisões em situações clínicas (PORTAL DA SAÚDE, 2014). Na percepção dos profissionais entrevistados os protocolos auxiliam no seu processo de trabalho.

Tem alguns protocolos que nos ajudam a ter resolutividade eu acho. A mulher vem aqui e a gente já dá a resolução (P2ESF1).

Eu acho que é fundamental assim, porque é um amparo para nós profissionais sobre as nossas condutas. O protocolo ele te diz o que o ministério preconiza, então aquilo é o mínimo que tu tem que fazer. Não quer dizer que tu não vá fazer a mais, além daquilo, mas aquilo são as coisas que tu tem que preconizar e orientar (P4ESF2).

Segundo outro profissional entrevistado, o papel dos protocolos é proporcionar um padrão para melhoria da qualidade do atendimento e da segurança dos profissionais e usuários.

O protocolo tem várias funções, assim como uma ISO9001, um programa gaúcho de qualidade, o padrão. Para que serve o padrão? Para você diminuir custos. Primeiro, diminuir custos, porque você vai solicitar exames que realmente precisam ser solicitados. Você vai poder ampliar esse atendimento, como você tinha falado antes, critério, vai estabelecer critério, padrões, eficiência, resolutividade, economicidade, resolutividade como já tinha falado. Os princípios do SUS de solução de problemas também, que vão te dar, então acho que o protocolo em si ele dá mais segurança para profissional e, num segundo momento, a questão de segurança. Mas é basicamente isso, eficiência, resolutividade, economicidade, economia de gastos, custos e para o paciente uma segurança, para profissional também, ele sabe que ele tem um amparo legal, porque existe uma equipe multiprofissional que vai confeccionar o documento, e o estabelecimento de um padrão (P3ESF2).

Porém, a utilização dos protocolos não garante a resolução de todas as situações que são trazidas às ESFs pelas usuárias, visto que os protocolos não podem se sobrepor às necessidades singulares de saúde das mulheres (COELHO et al., 2009).

O protocolo ele te diz o que fazer e, às vezes, tu vai ter que fazer alguma coisa além daquilo, né. Tem casos que talvez tu vai ter que levar além. Então o protocolo é um guia, é um norte para nós, mas tem casos também que a gente vai ter que adaptar a situação, tem casos que a gente não consegue seguir o protocolo (P4ESF2).

Da imagem-objetivo à realidade mostra que há limites na consolidação da integralidade nas unidades pesquisadas. Limitações impostas pela articulação entre a gestão e a atenção, entre outros, que causam a fragmentação da atenção e, conseqüentemente, interferem na qualidade do atendimento.

### 5.2.3 Avaliando o atendimento

Nesta subcategoria estão incluídos dados sobre os marcadores de qualidade do atendimento na consulta ginecológica, na percepção das usuárias e dos profissionais que foram sujeitos da pesquisa. Também compõem o conteúdo da subcategoria questões

referentes ao atendimento das ESF que interferem em alguma medida, na qualidade da consulta e, por isso, foram também analisadas.

Todos os sujeitos da pesquisa avaliaram o atendimento das consultas ginecológicas realizadas nos serviços como bom.

Especificamente com relação à avaliação das mulheres, elas consideraram o atendimento nas consultas bom, o que corrobora os resultados de estudos avaliativos realizados com usuários de outros serviços da atenção básica (MEDEIROS et al., 2010; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; VAN STRALEN et al., 2008).

Eu fui bem atendida (U5).

Sempre fui bem atendida aqui. Sempre que procurei fui bem atendida, tanto pelas enfermeiras como pelas doutoras. Para mim foi bom (U9).

Não tenho queixas. Todas as vezes que vim aqui fui bem atendida por todos (U10).

A análise dos dados permitiu inferir que “ser bem atendida” sintetiza um conjunto de critérios de qualidade relativos ao profissional que atende e ao ambiente em que o atendimento acontece. Ter a atenção do profissional expressa na possibilidade de escuta e diálogo ganha destaque neste conjunto de marcadores de qualidade entre as usuárias que participaram dos GFs. “A consulta é boa. Pergunto muitas coisas, ele responde, e não saio com dúvidas” (U3).

A postura do profissional no diálogo que se estabelece na consulta também é valorizada, como já referido anteriormente.

Ser bem atendida é esse atendimento. Sentar frente a frente. E o sorriso dele. O sorriso do médico e a cara alegre pra gente já é 10% da cura. Do atendimento é 50% da cura. Não é verdade? Tu chegas lá e o médico encontra o médico emburrado... (U6).

Nesse cenário, a abertura do profissional para que a usuária pergunte suas dúvidas, pode diminuir o desconforto de uma coleta de CP ou até a ansiedade de uma mulher que está grávida (JORGE et al., 2011; TEIXEIRA et al., 2009).

A avaliação do atendimento feita pelos profissionais inclui critérios semelhantes aos utilizados pelas usuárias. Realizar um “bom atendimento”, na perspectiva dos enfermeiros significa dar atenção, escutar e estabelecer diálogo.

Acho, nas condições que temos para oferecer, acho é bom (P2ESF1).

Olha, eu procuro dar um bom atendimento, e a partir daí eu tento dar o melhor ou ser cordial, escutar elas, dar atenção, fazer meu trabalho (P4ESF2).

Mesmo qualificando o atendimento como bom, alguns profissionais ressaltam que é necessário melhorá-lo.

Acho que a gente faz o que pode. É bom. Não é, talvez, como deveria ser (P1ESF1).  
De 1 a 10, eu daria um anota 7. Precisa melhorar muita coisa (P3ESF2).

Na avaliação do atendimento na consulta ginecológica como bom, as usuárias também destacaram algumas condições que ainda precisam ser melhoradas. Na análise, esta avaliação também foi considerada como um modo de expressar marcadores de qualidade que são valorizados na definição de um “bom atendimento”, talvez indicando que o atendimento é bom, mas poderia ser melhor.

Para as usuárias os serviços apresentam problemas relativos ao acesso e ao tempo de espera para as consultas, encaminhamentos para exames e especialistas, às informações das ofertas de serviços, ao horário de atendimento das EFSs e ao ambiente.

Neste contexto, os profissionais destacam as dificuldades de dar conta das demandas das usuárias em função de problemas de planejamento que incluem desde número insuficiente de profissionais, matriciamento, educação permanente da equipe como discutido na subcategoria anterior até dificuldades relativas à ambiência.

Com relação ao acesso, os problemas indicados pelas usuárias dizem respeito à sistemática de marcação de consultas, ao número de consultas oferecidas e à falta de profissionais e de especialistas, confirmando as mesmas reivindicações de usuários de estudos anteriores (DALL’AGNOL; RAMOS et al., 2007; SOUZA et al., 2011; SCHWARTZ et. al., 2010; TORRES, 2007; VIALE, 2006; VIANA, 2012).

Eu fui bem atendida. A dificuldade é conseguir a consulta (U3).  
A dificuldade aqui para conseguir consulta é grande. As condições são precárias (U1).  
Ainda mais agora com a Copa (U2).

Segundo essas usuárias, as dificuldades para agendar consultas ocorrem pela pouca quantidade de fichas distribuídas, além de ter que chegar de madrugada para garantir a obtenção de ficha e pelo fato de haver um comércio para a sua venda.

Eu acho que a dificuldade é ter que vim tirar a ficha de madrugada (U1).  
Hoje deram quatro fichas só (U2).  
Todos os dias, de tardezinha, tem ali o número de fichas para o dia seguinte, 10, 12 ou 4 fichas, mas, geralmente, 50% é vendido. A pessoa vem pra cá de noite, fica na fila e vende. Aí, a pessoa vem pra cá às 8 horas da manhã, quando o posto abre, e

compra a ficha. Eu nunca compro, porque acho um absurdo. As 8 horas, eles dão o lugar para quem compra, pegam o dinheiro e vão embora (U3).

Questionadas se já foi tomada alguma atitude para resolver esse problema, as usuárias respondem que a ESF já foi comunicada, porém nada mudou.

Eles sabem (U1).

Eles atendem como se nada tivesse acontecido (U3).

Quebram o posto. Aí o posto fecha e tem que ir para outro posto (U2).

Uma reflexão que emerge aqui é que as usuárias colocam a resolução das dificuldades enfrentadas nas mãos de outros. Aguardam que a coordenação da ESF tome alguma atitude em relação à venda de fichas, porém, não veem como um direito seu recorrer, elas próprias, às instâncias para solucionar essa questão como, por exemplo, ao Conselho Municipal de Saúde<sup>6</sup>. Tal posição das usuárias é corroborada por Medeiros et al. (2010) quando afirmaram que é necessário maior envolvimento político e social dos usuários para a resolução de questões como essa. Porém, nem todas as usuárias tem uma atitude conformista. Uma delas sugeriu que o ideal seria uma ação conjunta entre a ESF e os usuários e usuárias para solucionar problemas com estes. “Dá para reunir as mulheres e os homens com o pessoal do posto para conversar” (U6).

Nesse contexto, Medeiros et al. (2010) afirmaram que é papel dos profissionais envolvidos com a comunidade mobilizar os usuários para a responsabilização e cooperação nessas problemáticas para a melhoria dos serviços. Silva, Casotti e Chaves (2013) reforçaram a importância de práticas educativas com os usuários que trabalhem a temática sobre a própria ESF, as quais estimulem a participação popular na resolução das dificuldades dos serviços.

Ainda com relação à dificuldade de marcação de consultas, os dados fornecidos pelas ESFs (Tabela 1) possibilitam entender um pouco a relação usuários /consulta/equipe de saúde e as dificuldades para equacionar esse problema. Percebe-se que o número de consultas oferecidas às mulheres não facilita o acesso mesmo com o oferecimento de atividades coletivas como os Grupos de Saúde da Mulher e também a realização da Consulta de Saúde

---

<sup>6</sup> Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no município. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>.

da Mulher, oferecida na primeira ESF. Apesar do esforço, as equipes parecem não dar conta da demanda, conforme relatam os profissionais de duas ESFs.

A demanda é muito grande: quase 12 mil usuários. É muita demanda para seis fichas. São três equipes. A quantidade de consulta é pouca (P1ESF1).

A gente não consegue ter ainda uma cobertura boa como a gente deveria e gostaria porque é uma demanda muito grande aqui no posto e agente tá no número reduzido, a gente não consegue dar conta (P2ESF1).

É uma grande área que tá descoberta. Teríamos que ter uma equipe tripla (P4ESF2).

A demanda é tão grande que agente não consegue (P3ESF2).

Os profissionais tentam encontrar soluções para facilitar o acesso das usuárias, porém, esbarram em dificuldades que não se resolvem tão prontamente. Em uma ESF a solução vislumbrada foi criar a consulta saúde da mulher e, atualmente, os profissionais pensam em criar o grupo saúde da mulher, tentando dar conta dessa demanda.

Quando eu entrei aqui não tinha saúde da mulher. Eu e a outra colega vimos a necessidade e sensibilizamos os outros profissionais para isso. Saber que há uma necessidade e temos que fazer. Como, agora, temos a necessidade e de ter o grupo de saúde da mulher. De abrir mais coletivamente. Só que falta espaço, tempo, muita coisa (P2ESF1).

A nossa demanda é muito maior. Nós temos a manhã das terças-feiras, para atender saúde da mulher. Mas vamos supor que se alguém, hoje, quiser agendar saúde da mulher, vai marcar para daqui a um ou dois meses, porque a demanda é grande. Por isso, a ideia do grupo. Para poder ampliar e abranger um pouco mais (P2ESF1).

O Preventivo, estamos tentando aumentar para um dia todo com 12 fichas. Mas, agora, estamos só entre 2 enfermeiras (a 3ª está cedida para outra ESF). Por isso, tivemos que cortar muita coisa porque tem menos uma enfermeira (P1ESF1).

A necessidade do aumento do número de profissionais nas equipes, diagnóstico feito pelas usuárias, conforme indicado anteriormente, também é referida pelos profissionais como um dificultador para a melhoria do acesso das usuárias às consultas. Também na literatura é destacada a falta de profissionais nas equipes como indicador de comprometimento da qualidade do atendimento ofertado pelos serviços (VIANA, 2012). “Agora, estamos só entre duas enfermeiras. Por isso, tivemos que cortar muita coisa porque tem menos uma enfermeira” (P2ESF1).

A questão do acesso remete, novamente, à gestão, pois cabe a ela buscar com os trabalhadores da ESF e os usuários alternativas para garantir os direitos dos usuários e o vínculo com o serviço de acordo com a afirmação de Schwartz et al. (2010).

Outro marcador de qualidade sugerido nos depoimentos das usuárias como condição para que o atendimento das consultas seja melhor do que é, tem a ver com a presença de

especialistas nas equipes, mais especificamente do ginecologista. Para as usuárias, isto garantiria um atendimento mais resolutivo.

Aqui não tem ginecologista (U1).  
Tem que ter mais especialistas, mais clínico não adianta (U3).  
É. Médico especialista em ginecologia (U2).

Neste sentido, os enfermeiros entrevistados também referiram a demanda das usuárias por especialistas como uma dificuldade para qualificar o atendimento. Segundo estes profissionais, a valorização do especialista denota desconhecimento sobre a proposta da ESF o que vem ao encontro do estudo de Schwartz et al. (2010) que afirma que a busca por especialista demonstra que para a população não está claro o processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços.

Eles querem especialista (P4ESF2).  
Eles não entendem o que é uma ESF (P1ESF1).

Seguem abaixo alguns exemplos que ilustram que as próprias usuárias reconhecem que não sabem o que é uma ESF:

O posto não tem pediatra. Quer consultar com uma criança tem que ir para o hospital (U2).  
Especialista não tem (U11).  
E não sei como funciona o posto, se é para consulta. Se eles têm que atender emergência. Seria ótimo. Teria que ter Acolhimento. Aqui não tem e a dificuldade é de conseguir uma consulta. Desanima (U3).

Semelhantes depoimentos emergiram em outro GF realizado com usuárias conforme trechos a seguir.

O posto informa os serviços oferecidos? (pesquisadora).  
Não. Os agentes podiam avisar sobre isso (U1).  
A maioria das pessoas não sabe como funciona o posto (U3).

No terceiro GF realizado as usuárias se queixaram especificamente da falta de informação sobre as consultas ginecológicas.

Mas não divulgam que tem o preventivo. Por acaso, a gente fica sabendo. Nem a agente de saúde vai à tua casa. No outro posto, tinha o controle. Eles te cobravam (U6).  
Não sei como é a consulta ginecológica por que nunca participei. Só consulto com o clínico. Nunca fui informada (U10).

Não, não informa (U13).

Essas falas sugerem que pode haver um nó crítico na comunicação dos serviços com as usuárias quanto ao papel da ESF no sistema de saúde. Se, por um lado, as usuárias não buscam a informação por não reconhecerem os seus direitos como cidadãs, por outro lado, a equipe da ESF parece não valorizar esta comunicação.

Como argumenta Medeiros et al. (2010) a comunicação entre profissionais e usuários não deve ser restrita ao espaço da consulta, mas, deve ser contínua em todos os espaços do serviço de saúde. Neste caso, o diálogo entre os profissionais e as usuárias facilitaria a compreensão das dificuldades vividas pela ESF e poderia ser o caminho para a busca de soluções para a melhoria do atendimento. Tal diálogo seria bem vindo, inclusive, considerando o estímulo que ele pode promover para o incremento da participação popular e de parcerias interinstitucionais (SOUZA et al., 2011).

Nesta perspectiva, os dados sugerem que, tanto as usuárias, quanto as equipes podem compartilhar um caminho para desatar esse nó. As falas a seguir, de uma usuária e da coordenadora de uma ESF, ilustram este argumento.

Eu acho que tem que conscientizar as pessoas. Deveriam reunir o pessoal e conversar. Fazer uma rodinha e conversar. Sentar e conversar. Isso faz bem para as pessoas. É o que precisa fazer aqui. Convite geral vem quem quer (U6).  
Por isso também que na sexta-feira, agora, a gente fez a reunião para a formação do conselho local, aqui no posto com a comunidade. Vieram poucos usuários, mas vieram, e a gente já tem as datas das eleições, mas a gente precisa formar o conselho local, e expor para a população a nossa situação, porque isso afeta muito no nosso atendimento (P4EFS2).

Por meio do conselho local de saúde é possível apontar e analisar coletivamente as dificuldades enfrentadas e procurar estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços como preconizam Medeiros et al. (2010) e Silva, Casotti e Chaves (2013) sobre a importância do papel dos profissionais estimularem os usuários a participar do controle social. Neste caso, a iniciativa do serviço de chamar os usuários para conversar sobre as dificuldades experienciadas traz a possibilidade de uma construção que resulte na consolidação desse espaço tão essencial para a saúde, especialmente das mulheres, através do controle social.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> O *controle social* abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS através de mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf).

A sistemática de marcação das consultas pode ser um ponto em que as ESFs e os usuários podem juntos buscar a solução através dos conselhos locais de saúde. Outro modo pode ser através da troca de experiências entre as ESFs que pode ser estimulada pela gerência distrital. A problematização pode ser o caminho para a resolução de outras dificuldades apontadas pelas usuárias com relação à consulta ginecológica.

Outra problemática na questão do acesso, nesse cenário, é o horário restrito de funcionamento das ESFs, um problema também citado em outros estudos (PEREIRA, 2004; TORRES, 2007; VIANA, 2012).

O posto funciona só até as 14-17 h. Se tu te sentes mal, tens que ir a outro lugar (U3).

É. A pessoa não tem hora para adoecer. Se adoecer depois das 17hs não adianta vim procurar atendimento aqui (U1).

Acho que poderia atender até mais tarde (U2).

Também o tempo de espera para a realização da consulta foi apontado pelas usuárias, como um marcador de qualidade, o que corrobora resultados de outros estudos (PEREIRA, 2004; TORRES, 2007; VIANA, 2012). Neste sentido, os dados sugerem que, na avaliação das usuárias, a longa espera pode fazer com que estas se sintam indispostas a aproveitar o momento da consulta para conversar com o profissional e esclarecer suas dúvidas ou ainda, ficar reduzido o tempo destinado pelo profissional à realização da consulta. Esta situação foi expressa no trecho de GF transcrito a seguir.

Não gosto de nada na consulta (U11).

Por quê? (pesquisadora).

Não gosto de ficar falando com eles (U11).

Tu não gostas de fazer perguntas? (pesquisadora).

Perguntar, eu pergunto (U11).

Mas por que não gosta das consultas? (pesquisadora).

Não gosto de vim aqui (U11).

Por que tu não gostas de vir aqui? (pesquisadora).

Porque eu não gosto (U11).

O que te ajudaria quando tu vens aqui? (pesquisadora).

Se eles atendessem rápido. Fico esperando muito tempo para ser atendida (U11).

Aí quando te atendem tu já estás cansada? É isso? (pesquisadora).

Aha, já tô cansada (U11).

Eu também espero. É por ordem de chegada. Fico esperando muito tempo para ser atendida (U12).

A gente espera muito tempo até ser atendida. Já vim consultar com um médico. Aí queria perguntar sobre uma dúvida e ele disse que tinha que ser rápido porque tinha 10 minutos para a consulta que não dava tempo. Aí, eu não perguntei nada (U9).

Com relação ao critério “ambiência”, as usuárias sugeriram a necessidade de melhorar a estrutura do serviço e o acesso facilitado ao atendimento que ele oferece nas discussões dos GFs.

As condições aqui são precárias (U3).

Não tem espaço (U6).

Espaço físico. A sala de espera é pequena, fica difícil de ajeitar tanta gente. As pessoas tem que ficar na fila lá fora porque a sala de espera é muito pequena. Para quem já dormiu na fila para pegar ficha fica desconfortável esperar em pé lá fora (U5).

A ambiência também foi tema recorrente em outro GF:

É muito pequeno o espaço para um monte de gente (U13).

Precisa ter mais espaço físico (U7).

Precisaria ter lugar para as pessoas sentarem quando chegam mal, como cadeiras reclináveis (U1).

Esta relação entre ambiente precário e dificuldade de acolhimento, sugerida pelas usuárias, também já foi destacada na literatura (GÉRVAS, FERNÁNDEZ, 2012; MEDEIROS et al., 2010).

As dificuldades relativas à ambiência são compartilhadas pelos profissionais que afirmam que o oferecimento de mais consultas fica comprometido pela quantidade insuficiente de consultórios, conforme expresso no trecho de entrevista com um profissional da ESF2, a seguir.

E vocês têm quantos consultórios aqui? (pesquisadora).

Três (P4ESF2).

Vocês dividem o consultório. É a mesma sala que vocês fazem a coleta? (pesquisadora).

Isso. No caso agora como tem um médico de férias, eu estou usando esse e ele [o outro enfermeiro] está usando o outro consultório. Aí cada um está fazendo num (P4ESF2).

Na ESF1, a falta de espaço, também, é um problema para os profissionais. “Além de dividir o tempo, tem que dividir o espaço” (P1ESF1).

De fato, os espaços em duas das ESFs são muito precários: espaços diminutos, pouco conforto para os usuários e profissionais, iluminação artificial, elementos que comprometem o bem estar das pessoas que circulam naqueles espaços.

Nesse cenário de dificuldades, as próprias usuárias trazem sugestões para a melhoria de alguns desses nós críticos, as quais poderiam ser viabilizadas em ações articuladas com o Conselho Local de Saúde.

Eles tinham que se programar: fazer agendamento de tarde. Não colocar o povo de madrugada para pegar ficha. Tinham que programar o agendamento de dia (U3).  
Mais opções de dias e horários para as consultas (U2).  
Divulgar em todas as casas. Um mosquitinho, por exemplo (U1).

Em outro GF, as usuárias também propõem alternativas para a melhoria do atendimento.

Fazer uma reunião e comunicar. Um cartaz sobre esse grupo de mulheres (U6).  
Ampliar o posto. Essa área em torno do posto foi cedida à secretaria de saúde para construir o gabinete odontológico, mas ainda tem área que poderia se ampliar o posto. Se não aumentar a estrutura física, não vai adiantar nada (U10).  
Acho que poderia atender até mais tarde. O posto fecha às 17hs. Poderia ficar uma pessoa até às 19hs para dar a ficha da consulta para o dia seguinte (U1).  
Horário à tarde para distribuir as fichas para as consultas. O dinheiro que eu pago para alguém tirar a ficha para mim, eu gastaria com o remédio de tarja preta que uso. Eu tenho que tirar do remédio para pagar alguém para tirar a ficha para a consulta (U13).

A experiência das ESFs pesquisadas mostra que profissionais e usuárias avaliam o atendimento ofertado, nas consultas ginecológicas, como bom. Valorizam, sobretudo, o uso de tecnologias leves como a escuta e o vínculo como forma de atender as necessidades das mulheres. Porém, reconhecem que há fatores que limitam a qualidade desse atendimento. Com relação às dificuldades apontadas por ambos, o caminho que está se concretizando para a busca de soluções para essas dificuldades é o da análise coletiva entre usuários e ESFs, através da constituição do conselho local de saúde. Sem dúvida, esse caminho pode contribuir para a construção da integralidade na atenção à saúde das mulheres.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a criação do SUS, a atenção à saúde das mulheres tem estado na agenda governamental. O foco na integralidade resultou na criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), investindo-se em mudanças no modelo de atenção, com propostas de ampliação da centralidade nas questões reprodutivas para um trabalho orientado à defesa dos direitos das mulheres, em todas as suas dimensões.

A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm papel fundamental na viabilização destas propostas, pois são as portas de entrada de milhares de mulheres aos serviços do SUS. É a Atenção Básica que coordena os fluxos das usuárias na rede, fazendo a referência e contra referência, desenvolvendo as ações programáticas definidas pelas políticas públicas, principalmente, em relação ao controle dos cânceres ginecológicos seguindo os princípios do SUS, ofertando ações de saúde de acordo com as necessidades das mulheres.

Neste cenário, destaca-se a consulta ginecológica como um dos mais importantes espaços de atenção à saúde das mulheres, principalmente considerando seu potencial para rastrear e monitorar doenças de grande impacto na morbidade e mortalidade feminina como é o caso do câncer de mama e de colo do útero.

Tomando-se as consultas ginecológicas realizadas no âmbito da atenção básica e ESF como objeto do presente estudo, buscou-se analisar o atendimento ofertado nessas consultas, tendo em conta a aposta no seu potencial para produzir integralidade em saúde e os marcadores de qualidade do cuidado aí produzido a partir dos “modos de ver” de usuárias e de profissionais.

O estudo partiu de uma compreensão de consulta ginecológica para além do seu significado tradicional, focado no atendimento de necessidades estabelecidas a priori e na realização de exames. Entende-se consulta ginecológica como um encontro entre usuárias, profissionais de saúde e serviço que, além de contemplar uma abordagem clínica ampliada e atender às demandas previstas pelas políticas de saúde dirigidas às mulheres, valoriza suas necessidades singulares de saúde para além da dimensão da consulta em si. Nessa lógica, pode produzir atenção integral à saúde das mulheres desde que considere os determinantes sociais, a perspectiva de gênero e valorize suas decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

A análise permitiu argumentar que as usuárias procuram a consulta ginecológica movidas por interesses compatíveis com a dimensão biológica do cuidado, o que parece

traduzir necessidades de acesso a tecnologias duras e valorização do saber especialista que fica bem claro ao desvalorizarem as competências do profissional enfermeiro que realiza a consulta ginecológica. No aprofundamento da análise emergiram, contudo, outros interesses e necessidades que acompanham a busca por um atendimento especificamente técnico, os quais foram interpretados como expressão de uma valorização das tecnologias leves de cuidado. A necessidade de serem escutadas em um cenário pautado pelo diálogo e pelo vínculo com o profissional que realiza a consulta ginecológica apareceu com destaque como evidência empírica desta valorização.

Quanto ao atendimento ofertado, as necessidades identificadas pelo serviço são atendidas na consulta ginecológica, por meio da realização de grupos específicos e, também, da consulta de saúde da mulher que foi criada para dar conta das demandas das usuárias. Esta última modalidade de atendimento se propõe a ampliar o escopo da consulta ginecológica, incluindo outras questões e necessidades para além do que pode ser atendido por tecnologias duras, como é o caso do exame ginecológico. A escuta, o diálogo e o vínculo são tecnologias que os profissionais utilizam para atender as necessidades das mulheres que procuram os serviços. Embora o modelo de atenção ainda esteja sob a influência do modelo biomédico, os profissionais se esforçam para superar essa lógica e, em muitas de suas ações, há a intenção de produzir integralidade em saúde. A ampliação do olhar para situações de vulnerabilidade e consequentes necessidades das mulheres e na flexibilização dos fluxos das usuárias nas ESFs estudadas, ilustram esses argumentos.

Apesar da importância dessa ampliação para a efetivação da integralidade da atenção, os benefícios da oferta de diferentes espaços de atendimento ginecológico numa mesma rede assistencial devem ser vistos com cautela. A análise foi indicativa de que isto pode fragmentar a atenção, dificultando sua necessária articulação com a gestão e comprometendo o potencial dos serviços para atender ao princípio da integralidade em saúde.

Apesar das dificuldades, o atendimento realizado nos serviços estudados foi considerado bom tanto pelas usuárias como pelos profissionais. Mesmo avaliando positivamente o atendimento, as usuárias apontaram como problemas principais: dificuldades de acesso às consultas em função da limitação da agenda, horário de atendimento e tempo de espera; acolhimento ineficiente; desinformação de como funciona uma ESF e área física inadequada para o acolhimento e realização de consultas, com prejuízo da privacidade e precariedade dos materiais utilizados pelas equipes.

Ao concluir o presente trabalho, considera-se o conjunto de conhecimentos produzidos relevantes para a organização do trabalho nos espaços de atendimento às mulheres. Tais

conhecimentos poderão contribuir para a avaliação do modo como se tem atendido as mulheres e suas necessidades na atenção básica, em especial em consultas ginecológicas. A proposição de ações que qualifiquem esse atendimento, melhorando as condições de trabalho das equipes e ampliando a interlocução entre gestão e atenção e o diálogo com as usuárias parece ser o ponto de partida.

Indica-se como limitação da pesquisa, a quantidade reduzida de GFs realizados, em função da dificuldade de formar outros grupos. Dos três GFs realizados, provavelmente, se poderia extrair dados mais consistentes, se o grupo de usuárias fosse o mesmo. Outra limitação pode ter sido o pequeno número de profissionais entrevistados, pois apenas os enfermeiros realizam a consulta ginecológica nessas ESFs e havia, na época da coleta de dados, dois profissionais que não estavam em atividade naquelas ESFs (um cedido para outra ESF e outro em licença-saúde). Há que se reconhecer, também, que dada a relevância que emergiu na análise, de questões referentes à gestão da atenção à saúde das mulheres nas ESFs, entrevistas com os gestores teriam trazido acréscimos importantes ao estudo.

Como sugestão para próximas pesquisas, considera-se importante estudar, de forma mais aprofundada, os diferentes arranjos de consulta oferecidos às mulheres, no âmbito da atenção básica, desenvolver outros estudos que abordem a avaliação das usuárias da rede básica sobre a atenção recebida com base em suas necessidades e, buscar avaliar como se tem dado a educação permanente dos profissionais nesse contexto.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M.R.; OLIVEIRA, M.C.; PINTO, M.E.B.; BALARDIM, G.U.; HARZHELM, A. Autopercepção da saúde entre usuárias da atenção primária em Porto Alegre. **Rev. Bras. Med. Família Comun.**, Florianópolis, v.5, n. 17, p.9-15, 2009. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/175/128>>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- ALMEIDA, S.B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama**: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_arquivos/44/TDE-2012-04-17T123138Z-2210/Publico/Sueli%20Batista-Dissertacao.pdf](http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-04-17T123138Z-2210/Publico/Sueli%20Batista-Dissertacao.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2013.
- ALVES, A.M.S. **Climatério**: identificando as demandas das mulheres e a atuação das equipes de saúde da família nesta fase de vida. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2293.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.
- AGUIAR, J.M.; BARBOSA, R.H.S. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2115-2123, out. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006001000017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006001000017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 jun. 2013.
- AMES, V.D.B. As possibilidades de uso do software de análise qualitativa Nvivo. **Sociol. Plurais**, Curitiba, v.1, n.2, p.230-247, ago. 2013. Disponível em: <[http://media.wix.com/ugd/d96dce\\_4307fbe1e596414caa4fc2d7ec01f469.pdf](http://media.wix.com/ugd/d96dce_4307fbe1e596414caa4fc2d7ec01f469.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2013.
- ARAÚJO, L.M. PROGIANTI, J.M. VARGENS, O.M.C. A consulta de enfermagem ginecológica e a redução da violência de gênero. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, p.328-331, 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=397738&indexSearch=ID>>. Acesso em: 18 mar. 2012.
- ARAÚJO, M.D.S.; OKASAKI, E.L.F.J. A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, v.8, p.47-49, 2007. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-10.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.
- AYRES, J.R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. Direitos humanos e vulnerabilidades na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES J.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos, prevenção e promoção da saúde**: da doença à cidadania. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p.9-22.
- AYRES, J.R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES J.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos, prevenção e promoção da saúde**: da doença à cidadania. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p.71-94.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, Supl. 2, p.11-23, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

ALBUQUERQUE, V.S; MOÇO, E.T.S.M; BATISTA, C.S. Mulheres negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, São Paulo, v.19, supl.2, p.63-74, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/07.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

ALVES, A.M.S. Climatério: identificando as demandas das mulheres e a atuação das equipes de saúde da família nesta fase de vida. Monografia (Especialização)-Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2293.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do alto Rio Negro. **Cad. CRH**, Salvador, v.22, n.57, p.463-477, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v22n57/a03v2257.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

BACKES, C.S.; COLOMÉ, J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.35, n.4, p.438-442, 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf)>. Acesso em: 09 mar. 2013.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMAN, A.L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

BAIROS, F.S.; MENEGHEL, S.N.; COSTA, J.S.D et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200008&script=sci_arttext)>. Acesso em 25 Out. 2012.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E.N. T; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.5, p.1260-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/31.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2014.

BARROS, F.P.C. **A municipalização, a saúde coletiva e a atenção primária em saúde**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2012. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/08/20/a-municipalizacao-a-saude-coletiva-e-a-atencao-primaria-em-saude/>>. Acesso em 10 out. 2014.

BARRIENTOS, D.M.S. **Mulher & Saúde**: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. 1998. 136 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-26122003-012251/publico/DoraMariela.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

BARSTED, L.L.; PITANGUY, J. Um instrumento de conhecimento e de atuação política In: BARSTED, L.L.; PITANGUY, J. (Orgs). **O Progresso das mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. p.15-18. Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/progresso.pdf>>. Acesso em 12 set. 2013.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>>. Acesso em 4 nov. 2014.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiência vivida. 2.ed. Trad. Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967. Disponível em: <[http://minhateca.com.br/livros\\_gratis\\_BR/BEAUVOIR\\*2c+Simone+de.+O+Segundo+Sexo+2\\*2c+A+experi\\*c3\\*aancia+vivida,68493.pdf](http://minhateca.com.br/livros_gratis_BR/BEAUVOIR*2c+Simone+de.+O+Segundo+Sexo+2*2c+A+experi*c3*aancia+vivida,68493.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: fatos e mitos. 4.ed. Trad. Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970. Disponível em: <[http://minhateca.com.br/livros\\_gratis\\_BR/BEAUVOIR\\*2c+Simone+de.+O+Segundo+Sexo+2\\*2c+A+experi\\*c3\\*aancia+vivida,68493.pdf](http://minhateca.com.br/livros_gratis_BR/BEAUVOIR*2c+Simone+de.+O+Segundo+Sexo+2*2c+A+experi*c3*aancia+vivida,68493.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BORGES, I.A. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco** [online], Brasília, v.1, n.1, p.5-8, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1/1>>. Acesso em: 19 out. 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão de saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/livrofesp.pdf> >. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf)>. Acesso em 23 set. 2014.

BRASIL. Conselho nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass\\_progestores/sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 11 fev. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Politica-Nacional.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Tecnológico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Versão 2. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.prosaude.org.br/legislacao\\_2013/Manuais/manual\\_pratico\\_para\\_elaboracao\\_projetos\\_ubs.pdf](http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/manual_pratico_para_elaboracao_projetos_ubs.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional\\_SaudeIntegral\\_LGBT.pdf](http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf)>. Acesso em: 04 Jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto\\_Aprovado\\_na\\_tripartite.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial MS/MEC nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET, Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico para laboratórios**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_profissionaisdesaude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área técnica de saúde da mulher: síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher: 2004 a 2007: resumo das atividades realizadas em 2003**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area\\_saude\\_mulher\\_resumo\\_atividades\\_2003.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: redes de produção da saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude_2009.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Portaria Interministerial MS/MEC nº3.019**, de 27 de Novembro de 2007. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3.ed. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Direitos humanos, risco e vulnerabilidade: plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST**. [Brasília], 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_integrado\\_enfrentamento\\_feminizacao\\_aids\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://spm.gov.br/pnpm/publicacoes/plano-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-2013>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

BRUM, L.M. **A educação permanente em saúde como cenário de construção da integralidade do cuidado**: protagonismo de trabalhadores de enfermagem na roda. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção de 1990 a 2004. **Interface-Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v.11, n.23, p.605-618, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scieloorg/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edart.org&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=&xprSearch=NECESSIDADES%20,DE%20SAUDE>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

CARVALHO, M.L.; FUREGATO, A. R. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** [online], v.3, n.1, Goiânia, jan./jul., 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/698/771>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

CASTANHEIRA, E.R.L.; NEMES, M.I.B.; ALMEIDA, M.A.S. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.935-947, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29729/31606>>. Acesso em: 20 set. 2014.

CASTRO, V.P.N. **Educação em saúde da mulher**: integralidade e empoderamento. 2010. 76f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000001952>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

CECCIM, R.B; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, p. 443-456, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

CECÍLIO, L.C.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2014.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECILIO, L.C; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/UFERS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p.37-50.

CESNIK, V.M.; VIEIRA, E.M.; GIAMI, A. et al. The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. **Estud. Psicol**, Campinas, v.30, n.2, p.187-197, abr./jun., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n2/05.pdf>>. Acesso em 20 out. 2014.

COELHO, E.A.A.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, v.58, n.2, p.214-217, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a17.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

COELHO, E.A.C; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Ana Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.154-160, jan./mar, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1523-1531, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>>. Acesso em 30 out. 2013.

CONDILLO, C.S. A Identidade feminina na historiografia sobre as mulheres da Grécia Antiga. **Alétheia**: revista de estudos sobre antiguidade e medievo, v.1, p.1-9, jan./jul. 2009. Disponível em:<<http://revistaale.dominio-temporario.com/doc/CONDILLO.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

CORTÉS, N.R. Violência sexista e processos grupais de apoio. In: **VIDA de mulher**: gênero, sexualidade e etnia. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2011. p.213-254.

COSTA, L.H.R.; COELHO, E.C.A. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v.19, n.3, maio/jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_24.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

COSTA, T.; STOTZ, E.N.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, M.C.B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface-Comunic. Saúde Educ.** [online], Botucatu, v.10, n.20, p. 363-380, jul./dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007)>. Acesso em; 02 jul. 2014.

CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS.

COSTA, A.P.; RIBEIRO, P.R.M. Ser professora, ser mulher: um estudo sobre concepções de gênero e sexualidade para um grupo de alunas de pedagogia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 475-489, maio/ago. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572012000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572012000200005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 maio 2014.

CORDEIRO, S.N.; GIRALDO, P.C.; TURATO, E.R. Questões da clínica ginecológica que motivam a procura de educação médica complementar: um estudo qualitativo. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p.255-260, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a09v34n2.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000124&pid=S0104-1290201000020000500004&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000124&pid=S0104-1290201000020000500004&lng=es)>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.E.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, out./dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013)>. Acesso em 11 out. 2014.

DALL'AGNOL, M.C.; LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários em um ambulatório básico de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v.11, n.3, p.674-680, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>>. Acesso em: 20 set. 2014.

DAOLIO, J.; RIGONI, A.C.C; ROBLE, O.J. Corporeidade: o legado de Marcel Mauss e Maurice Merleau-Ponty. **Pro-Posições** [online]. Campinas, v.23, n.3, p.179-193, set./dez. 2012. Disponível em: <[http://674-www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072012000300011](http://674-www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072012000300011)>. Acesso em: 24 maio 2014.

DARON, V.L.P. A Dimensão educativa na luta por saúde no movimento das mulheres camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. **Cad. Cedes** [online], Campinas, v.29, n.79, p.387-399, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/08.pdf>>. Acesso em 30 Mar. 2014.

EGRY, E.Y.; OLIVEIRA, M.A.C.; CIOSAK, S.I. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. esp 2, p.1181-1186, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a06v43s2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

FERNANDES, A.F.C.; SANTOS, M.C.L.; OLIVEIRA, M.S. Características de uma consulta ginecológica do interior de Ceará, Brasil. **Enferm. Clin.**, Barcelona, v.17, n.5, p.252-256, 2007. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/caracteristicas-una-consulta-ginecologica-interior-ceara-brasil-13110932-originales-2007?bd=1>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

FERRAZ, L. O PET-Saúde e sua Interlocação com o Pró-Saúde a Partir da Pesquisa: o Relato dessa Experiência. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.36, n.3, Supl.1, p.166-171, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a23.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Rev. Psicol. UNESP**, São Paulo, v.9, n.1, p.70-82, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000133&pid=S1413-8123201200100001000022&lng=>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000133&pid=S1413-8123201200100001000022&lng=>)>. Acesso em 25 mar. 2013.

FERREIRA, L.O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas de atenção á saúde da mulher indígena. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1151-1159, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400028&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 set. 2014.

FIGUEIREDO, P.P. **Processo de trabalho da gestão da estratégia saúde da família**: um estudo da concepção de gestão e da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade. 2008. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008. Disponível em: <[http://www.argo.furg.br/bdtd/tde\\_arquivos/9/TDE-2009-03-26T093821Z-133/Publico/Paula.pdf](http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2009-03-26T093821Z-133/Publico/Paula.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Trad. Roberto C. Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, G.E. **Educação permanente e aprendizagem significativa no contexto hospitalar**: a perspectiva de enfermeiras educadoras. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

FONSECA, D.H.; RIBEIRO, C.G.; LEAL, N.S.B. Violência doméstica contra a mulher: realidades representações sociais. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.24, n.2, p.307-314, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822012000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008)>. Acesso em 19 out. 2014.

FOUCALT, M. **História da sexualidade I**: a vontade e saber. Trad. Maria Thereza C. Albuquerque e J.A. G. Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRANCO, C.M; FRANCO, T.B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. [S.n: s.l., s.d.] Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2013

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p.181-193.

FREITAS, G.L; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.11, n.2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/v11n2a26.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm)>. Acesso em: 17 ago. 2012.

FREITAS, L.A.; MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na estratégia saúde da família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.23, n.2, p.200-205, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf\(24set.\)](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf(24set.))>. Acesso em 30 set 2014.

FREITAS, P. A mulher é seu útero. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, Londrina, v.1, n.1, p.174-187, 2008. Disponível em:

<[www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/download/.../1627](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/download/.../1627)> . Acesso em 19 out. 2014.

FUJII, C.D.C.; OLIVEIRA, D L. L. C. Fatores que dificultam a integralidade no cuidado em hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, p. 953-959, 2011.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400014>>. Acesso em 10 out. 2012.

GARCIA, O.R.Z. **Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero**.

2007. 232 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas)-Centro de Filosofia e Ciências

Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90781/271860.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 18 ago. 2014.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000600003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000600003&script=sci_arttext)>.

Acesso em: 03 abr. 2014.

GARCIA, O.R.Z.; LISBOA, L.C.S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um

instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária.

**Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.3, p.708-716, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028&lang=pt)

[07072012000300028&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028&lang=pt)>. Acesso em: 05 maio 2014.

GASPERIM, S.I.; BOING, A.F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do

exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1312-1322, jul. 2011.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700007)

[311X2011000700007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700007)>. Acesso em: 16 out. 2014.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface-Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v.16, n.40, p.21-34, jan. mar. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100003&script=sci_arttext)>.

Acesso em: 30 abr. 2014.

GÉRVAS, J.; FERÁNDEZ, M.P. **Uma atenção primária forte no Brasil**: relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. [S.l.: s.n., s.d.] Disponível em:

<[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal\\_portugues.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf)>. Acesso em:

25 set. 2014.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: **Dicionário da educação**

**profissional em saúde** (online). Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível

em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em 30 Out.2014.

GROLI, D. **Alteridade e feminino**. São Leopoldo: Nova Harmonia, 2004.

GUEDES, C.R.; PITOMBO, L.B.; BARROS, M.E.B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1087-1103, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000400010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 set. 2014.

ILHA, M.M.; LEAL, S.M.C.; SOARES, J.F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in) visibilidade da violência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.328-334, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200018&script=sci_arttext)>. Acesso em 15 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/>>. Acesso em: 01 set. 2014.

JORGE, R.J.B.; DIÓGENES, M.A.R.; MENDONÇA, F.A.C. et al. Exame papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro v.16, n.5, p. 2443-2451, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500013&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500013&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 03 out. 2014.

KIS, L.B. SCHRAIBER, L.B. Temas médico sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1943-1957, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

KRUSE, M.H.L. **Os poderes dos corpos frios**: das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília, DF: ABEn, 2004.

LARA, L. A.S.; ROSA, A.C.S.; ROMAN, A.C.P.S.; JUNQUEIRA, F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, p.312-332, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032008000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600008)>. Acesso em: 22 set. 2014.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.244-253, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000200244&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000200244&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 out. 2014.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES, D.T. Violencia contra la mujer: la visibilidad del problema para un grupo de profesionales de salud. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.467-473, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 out. 2014.

LIMA, A.L.A. **A política de regulação da assistência e a integralidade à saúde da mulher: uma análise da situação do distrito sanitário III da cidade do Recife.** 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública)-Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010lima-ala.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

LIMA, M.A.D.S; RAMOS, D.D.; ROSA, R.B. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.20, n.1, p.12-17, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

LOPES, D.F.M.; MERIGHI, M.A.B.; GARANHANI, M.L. Reflexões a respeito da construção histórica da corporeidade da mulher enfermeira. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v.9, n.2, p.398-403, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8530/6092>>. Acesso em: 12 set. 2014.

LOPES, E.F.S. **A formação em serviço no programa de residência integrada multiprofissional em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA).** 2014. 366 f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

MACHADO, M.F.A.S; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

MACHADO, D.K.S.; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.224-232, abr./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200018)>. Acesso em: 02 nov. 2014.

MACIEL, I.; KUNZ, J.Z.; MORTARI, C.LH. **Assistência de enfermagem à mulher na promoção e prevenção de câncer do colo de útero e mama: fundamentado na teoria de Dorothea Elizabeth Orem.** 2010. 78f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-UNOCHAPECÓ, Chapecó, 2010. Disponível em: <<http://www5.unochapeco.edu.br/pergamum/biblioteca/php/imagens/000062/000062DF.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2012.

MAGALHÃES, K.A.; COTTA, R.M.M.; GOMES, K.O. et al. Entre o conformismo e o sonho: percepções de mulheres em situação de vulnerabilidade à luz das concepções de Amartya Sen. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.44, p. 1493-1514, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

MALTA, D. C.; MERHY, E.E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v.14, n.34, p. 593-606, jul./set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 maio 2013.

MANDÚ, E.N.T. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.57, n.6, p.729-732, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a20.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MANDÚ, E.N.T. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.58, n.6, p.703-709, nov./dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 ago. 2012.

MANDÚ, E.N.T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.358-371, maio/jun. 2002. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MARCOLINO, D.L. saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa. 2012. 50 f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55289/000857050.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MARTINS, A.P.V. **A medicina da mulher**: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX. 2000. 291f. Tese (Doutorado em História)-Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000212201>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

MARTINS, K.L. **Corporeidade**: uma expressão da comunicação humana como possível vertente na fonoaudiologia. 2008. 157f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba, 2008. Disponível em: <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/EHBJSOJGNUQB.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2012

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2007. p.57-59.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2001. p.39-64.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; KAWATA, L.S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p.123-130, jan./fev, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2014.

MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v.12, n. 3, p.402-413, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06>>. Acesso em: 02 out. 2014.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v.17, n.1, p.31-48, jan./abr., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.113-150.

MERHY, E.E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, 1999. Disponível em: <[http://www.puc.sp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato\\_cuidar.pdf](http://www.puc.sp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf)>. Acesso em 20 jan.2012.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-323, set./dez. 2003. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2012.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, V.L.I.; SANTOS, M.F. Qualidade de vida em saúde: avaliação de uma população carcerária feminina do estado de São Paulo. **Rev. Univap**, São José dos Campos-SP, v.17, n.29, p.99-117, ago. 2011. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/22/19>>. Acesso em: 20 out. 2014.

MORALES, A.U.; BARREDAS, P.Z. Vulnerabilidad al VIH em mujeres en riesgo social. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.5, p.822-829, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 out. 2013.

MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.19-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

MÜHLEN, J.C.V.; GOELLNER, S.V. Jogos de gênero em Pequim 2008: representações de feminilidades e masculinidades (re) produzidas pelo site Terra. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v.34, n.1, p.165-184, jan. mar., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32892012000100012&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000100012&lang=pt)>. Acesso em: 05 maio 2014.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl, p.77-87, 2002. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

NETO, F.R.G. X; CUNHA, I.C.K.O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto Contexto- Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.3, p.427-433, jul./set.2006. Disponível em:  
<<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415306.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

NETO, R.O.N.; SILVA, G.M. Saúde e qualidade de vida da mulher indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. **Saúde em Foco**, Amparo, p.29-39, 2014. Disponível em: <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2014/saude\\_indigena.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2014.

NICOLAU, A.I.O. et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.25, n.3, p.386-392, 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a11.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

NICOLAU, S.M.; SCHRAIBER, L.B.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção de integralidade em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.863-872, mar., 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300032&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300032&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 out. 2013.

NOGUEIRA, V.M.R. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Pol. Públ.** [online], São Luís, v.16, n.42, p.481-489, jul./dez. 2012. Disponível em:  
<<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1536>>. Acesso em: 12 out. 2014.

OBSERVATÓRIO DE GÊNERO. **Mulheres indígenas e governo federal vão intensificar diálogo nacional**. Oficina “Diálogo com Mulheres Indígenas”. Brasília, 2012. Disponível em:  
<<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/mulheres-indigenas-e-governo-federal-vao-intensificar-dialogo-nacional>>. Acesso em: 19 out. 2013.

OLIVEIRA, A.F; PELLOSO, S.M. Paradoxo e conflitos frente ao direito de ser mulher. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v.26, n.2, p.279-286, 2004. Disponível em:  
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1578/929>>. Acesso em: 12 out. 2014.

OLIVEIRA, M.L.P. **A trajetória das mulheres negras no mundo do trabalho**: refletindo sobre gênero e raça/etnia a partir de denúncias de discriminação racial. In: VIDA de mulher: gênero, sexualidade e etnia. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. p.191-206.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência sexual na América Latina e no Caribe**: uma análise de dados secundários. Pretória, 2010. Disponível em:  
<[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/sexual\\_violence\\_la\\_Caribbean\\_p.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/sexual_violence_la_Caribbean_p.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

OSORIO, R.G.; SERVO, L.M.S.; PIOLA, S.F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.9. p.3741-3754, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n9/a11v16n9.pdf>>. Acesso em 23 out.2013.

ORTIGA, A.M.B.; CONILL, L.M. Municipalização da saúde: a trajetória no estado de Santa Catarina. **R. Saúde Públ Santa Cat.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.27-35, jan./jul., 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/5/74>>. Acesso em: 10 out. 2014.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, jan./mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000100015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 jul. 2013.

PEREIRA, I.D.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.319-338, maio/ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200004)>. Acesso em: 22 set. 2014.

PEREIRA, J.S.C. **A mulher trabalhadora frente à consulta ginecológica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, S.M.; TAQUETTE, S.R. La consulta ginecológica em la adolescencia bajo la óptica de médicos ginecólogos de la ciudad de Rio de Janeiro. **Chil. Obstet. Ginec.**, Rio de Janeiro, v.76, n.5, p.311-317. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000500005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PIASON, A.S; STREY, M.N. Um novo olhar em relação às mulheres: em busca de visibilidade às lésbicas. In: **VIDA de mulher**: gênero, sexualidade e etnia. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2011. p.123-127.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). Direito à saúde: emancipação, necessidade e poder. In: **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS,R.A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, T.F.; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.73-92, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 out. 2014.

PINTO, R.M.F et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.105, p.167-179, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n105/10.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

PINTO, A.A. Reinventando o feminismo: as mulheres indígenas e suas demandas de gênero In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 9., 2009 Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis, 2010. [10 f.] Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1276200140\\_ARQUIVO\\_ApresentFazendoGeneroAleword.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1276200140_ARQUIVO_ApresentFazendoGeneroAleword.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2013.

PIRES, M.R.G.M; GÖTTEMS, L.B.D.; MARTINS, C.M.F.; GUILHEM, D.; ALVES, E.D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com a atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1009-1019, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Oferta%20e%20demanda%20por%20m%C3%A9dia%20complexidade/SUS:%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2014.

PUSTAI, O.J. **A ordem de vida para o médico pensar o paciente**: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. 2006. 231 f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

QUARANTA, I. Os usos da informação e suas tecnologias em gestão e ensino em saúde [suplemento]. **R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/621/1087>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

RABELLO, L.R. **A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às lésbicas no discurso de profissionais da saúde do HRC**. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais)-Departamento de Antropologia do Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4690/1/2013\\_LuizaRochaRabello.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4690/1/2013_LuizaRochaRabello.pdf)>. Acesso em: 06 out. 2014.

RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.25, n.esp. 2, p.61-67, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900010&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 26 set. 2014.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S.; JÚNIOR, A.P. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p.129-135, jan./mar.2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/510>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

REIS, C.B.; ANDRADE, S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.61-70, jan./fev. 2008. Disponível em:



SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidad del cuidado em la salud: indicaciones desde la formación del enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 48-56, 2008.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan., 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023)>. Acesso em: 31 out. 2014.

SILVEIRA, R.; STIGGER, M. P. Jogando com as feminilidades: um estudo etnográfico em um time de futsal feminino de Porto Alegre. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v.35, n.1, p. 79-94, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v35n1/a14v35n1.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2014.

SOARES, M.C. **A integralidade na saúde da mulher**: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. 2007. 204f.. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/...22.../marilucorreasoares.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/...22.../marilucorreasoares.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2012.

SOARES, R.S.G; SIMOES, F.; SILVEIRA, K.L.F.; COUTINHO, F.H; ANTUNES, E.C. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. **Enferm. Glob.** [online], Murcia, v.11, n.25, p.440-450, 2012. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000100025&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100025&lang=pt)>. Acesso em: 23 out. 2013.

SOUZA, L.B.; BARROSO, M.G.T. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc. Ana Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.123-130, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a17>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

SOUZA, F.M.; COVRE, B.F.; ALMEIDA, A.F. et al. Sistema Único de Saúde (SUS): limites, possibilidades e interesses revelados pela mídia capixaba. **Rev. Bras. Pesq. Saúde.**, Niterói, v.1., n.13, p.67-72, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/1332/993>>. Acesso em: 22 set. 2014.

SOUZA, L.M. et al. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade básica de saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Rev. Ciênc. Saúde** [online], Porto Alegre, v.4, n.2, p.50-58, jul./dez., 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/faenfi/article/view/9286>>. Acesso em: 03 out. 2014.

SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C; LOPES, R.A.M.; SOUZA, D.C.D. Municipalização em saúde: avanços, desafios e atuação do enfermeiro. **Rev Enferm Centro Oeste Mineiro**, Chanadour Divinópolis, v.1, n.1, p.112-20, jan. mar., 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-24442>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SOUZA, M.C.P; SANTO, A.C.G.E.; MOTTA, S.K.A. Gênero, vulnerabilidades das mulheres ao HIV/aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.58-68, 2008, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013

SOUZA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.2, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 out. 2013.

SOUZA, P.P.A. Ensaio sobre a corporeidade: corpo e espaço como fundamentos da identidade. **Geografares**, Vitória, n.7, p.35-50, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/geografares/article/viewFile/149/75>>. Acesso em: 12 set. 2014.

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.P. L; PORTELLA, A.P; MENICICCI, E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1019-1027, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2013.

SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n10, p-2635-2644, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.P. L; JÚNIOR, I.F.; STRAKE, S.S; OLIVEIRA, E.A. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde Soc.** [online], São Paulo, v.9, n.1-2, p.3-15, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/02.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

SCLOWITZ, M.L., MENEZES, A.M.B., GIGANTE, D.P., TESSARO, S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 340-349, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n5/07.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

STEDILE, N.L.R.; CECCIM, R.B.; **Ensino e atenção à saúde**: aprendizados da integração da Educação Superior com a rede assistencial. Caxias do Sul, RS: EdUCS, 2007.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito. 1991. 765p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1991.

STREY, M.N. Vida de mulher: isto dá muitas histórias. In: STREY, M.N; PIASON, A.S.; JULIO, A.L.S. **Vida de mulher**: gênero, sexualidade e etnia. Porto Alegre: EdPUCRS, 2011. p.15-34.

TAVARES, M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1054-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/12.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

TAVARES, R.R. Igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. In: BASRTED, L.L.; PITANGUY, J. (Orgs). **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA, Brasília: ONU Mulheres, 2011. Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/progresso.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

TEIXEIRA, C.A.B. et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.12, n.1, p.16-28, jan. mar., 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/search/titles>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

TORRES, M.E.A. **Percepções e perfis acerca da consulta ginecológica em Belo Horizonte no início do século XXI**. 2007. 94f. Dissertação (Mestrado em Demografia)-Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2007/Maria\\_Eponina.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2007/Maria_Eponina.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2012.

TORRES, M.E.A.; RIBEIRO, P.M; MACHADO, C.J. Vai lá, tira a roupa... e... pronto...: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. **Rev. Bras. Est. Popul.**, São Paulo, v.25, n.1, p.49-69, jan. jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a04.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunic. Saúde Educ.** [online], Botucatu, v.13, supl.1, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008)>. Acesso em: 2 out. 2014.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M.A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.3, p.417-23, jul. set., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

VALADÃO, R.C. GOMES, R.A. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out. dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a14v21n4.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

VALENÇA, C.N.; FILHO, J.N.N.; GERMANO, R.M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, p-273-85, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

VIALE, MS. **O Sentido dos exames preventivos e das consultas ginecológicas para mulheres**: uma análise a partir das narrativas de portadoras de patologias precursoras de câncer de colo de útero. 2006. 302f. Tese (Doutorado em Psicossociologia)-Programa Eixos de Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pos\\_eicos/arqanexos/arqteses/marisaviale.pdf](http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/arqanexos/arqteses/marisaviale.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

VIANA, L.M.M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/L%C3%ADvia%20Maria%20Mello%20Viana.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

VILLA, M.C.E. As práticas e o direito à saúde: a vivência de uma mulher com câncer de colo de útero. 2008.153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008. Disponível em:

<[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/97/dissertacao-de-mestrado-maria-conceicao-da-encarnacao-villa-as-praticas-e-o-direito-a-saude-a-vivencia-de-uma-mulher-com-cancer-do-\[97-261109-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/97/dissertacao-de-mestrado-maria-conceicao-da-encarnacao-villa-as-praticas-e-o-direito-a-saude-a-vivencia-de-uma-mulher-com-cancer-do-[97-261109-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2012.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. In: ARAÚJO, M.J.O. et al. **Saúde das mulheres**: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo, 2000. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=315655&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 out. 2013.

VILELA, W.V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc** São Paulo, v.20, n.1, p.113-123,2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100014)>. Acesso em: 06 jul. 2013.

VAN STRALEN, C.J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019)>. Acesso em: 20 Out. 2014.

ZOCHE, D.A.A. **Produzindo identidades e necessidades em experiências de puerpério**. 2014. 128f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104536/000940330.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 nov. 2014.

## APÊNDICE A

<b>Roteiro do Grupo Focal (GF) com as Usuárias</b>
----------------------------------------------------

<b>FOCO</b>
<b>Sentidos atribuídos à consulta ginecológica, motivos de busca por acesso e marcadores de qualidade</b>

### 1. Roteiro do Primeiro GF

- 
- 1.1 – Agradecimento pela participação – relato da importância da participação do grupo para a pesquisa.
- 1.2 – Apresentação do Projeto de Pesquisa: justificativa, título, objetivos, questões norteadoras e finalidade do estudo. (10 min)
- 1.3 – Esclarecimento e Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- 1.4 – Momento para questionamentos dos participantes (10 min).

#### Questões Orientadoras das Discussões Grupais

- a) Nas vezes em que você foi ou vai à ESF para procurar atendimento em uma consulta ginecológica, qual, normalmente, foi/tem sido o (os) motivo (os) desta procura?
- b) Quais as suas expectativas com relação ao atendimento nessa consulta?
- c) Em que momento da consulta você normalmente expressa este (es) motivo (os) ? No início, no meio ou no fim da consulta?
- d) Qual profissional normalmente lhe atende nestas consultas?
- e) Descreva o que mais comumente aconteceu/acontece nestas consultas, desde a sua entrada no consultório até a sua saída, ao término da consulta.

### 2. Roteiro do Segundo GF

- 
- 2.1 – Atividade integradora (15 min.)
- 2.2 – Síntese e validação das informações coletadas no grupo anterior

#### Questões Orientadoras das Discussões Grupais

- a) Como você se sentiu/sente durante a consulta?
- b) Suas expectativas foram atendidas?
- c) Você resolveu/tem resolvido os problemas que motivaram/tem motivado sua busca por atendimento em uma consulta ginecológica?

### 3. Roteiro do terceiro GF

- 
- 3.1 – Atividade integradora (15 min.)
- 3.2 – Síntese e validação das informações coletadas no grupo anterior

#### Questões Orientadoras das Discussões Grupais

- a) Qual a sua avaliação sobre o atendimento recebido nas consultas ginecológicas que já realizou na ESF que lhe atende?

- b) Por que você avalia deste modo o atendimento?
- c) O que você mais gostou na última consulta ginecológica que fez?
- d) O que menos você gostou na última consulta ginecológica que fez?
  - Síntese do conteúdo do GF, encerramento do encontro e agradecimentos.

**APÊNDICE B****Perfil das Usuárias****1.1 Dados de identificação:**

---

1.1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.1.2 Idade: \_\_\_\_\_

1.1.3 Religião/Crença: \_\_\_\_\_

1.1.4 Endereço: \_\_\_\_\_

1.1.5 Município: \_\_\_\_\_

1.1.6 Estado: \_\_\_\_\_

1.1.7 Unidade de saúde de referência: \_\_\_\_\_

1.1.8 Número do prontuário de família: \_\_\_\_\_

1.1.9 Número do Cartão SUS: \_\_\_\_\_

1.1.10 Raça (autorreferida): Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda/mestiça ( ) Indígena ( )  
Ignorada ( )

1.1.11 Estado civil/situação conjugal/Companheiro (a): Sim ( ) Não ( )

**2. Dados Sócio demográficos**

---

2.1 Trabalha: Sim ( ) Não ( )

2.2 Com carteira assinada: Sim ( ) Não ( )

2.3 Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

2.4 Quantos anos completos de estudo: \_\_\_\_\_

2.5 Estuda atualmente: Sim ( ) Não ( ) Qual curso: \_\_\_\_\_

2.6. Renda familiar:

( ) Menos que 1 salário mínimo

( ) Entre 1 e 3 salários mínimos

( ) Mais que 3 salários mínimos

2.7 É a principal responsável pela renda familiar? Sim ( ) Não ( )

2.8 Características da moradia e entorno:

( ) Zona rural ( ) Zona urbana

Acesso a transporte público

Acesso a telefone

Acesso à internet

Luz elétrica

Saneamento básico:

água encanada

rede de esgoto

coleta de lixo

## APÊNDICE C

<b>Roteiro de Entrevista para Usuárias</b>
--------------------------------------------

- a) Nas vezes em que você foi ou vai à ESF para procurar atendimento em uma consulta ginecológica, qual, normalmente, foi/tem sido o (os) motivo (os) desta procura?
- b) Quais as suas expectativas com relação ao atendimento nessa consulta?
- ) Como você se sentiu/sente durante a consulta?
- b) Suas expectativas foram atendidas?
- c) Você resolveu/tem resolvido os problemas que motivaram/tem motivado sua busca por atendimento em uma consulta ginecológica?
- d) Qual a sua avaliação sobre o atendimento recebido nas consultas ginecológicas que já realizou na ESF que lhe atende?

## APÊNDICE D

<b>Roteiro de Entrevista Semiestruturada para os Profissionais de Saúde</b>
-----------------------------------------------------------------------------

<b>Foco</b>
-------------

<b>Ações e procedimentos que compõem a consulta ginecológica realizada no serviço</b>
---------------------------------------------------------------------------------------

### 1. Perfil do Profissional

---

Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Área de Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formação profissional: \_\_\_\_\_

Especialização? Sim ( ) Não ( ) Em quê? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha com consulta ginecológica? \_\_\_\_\_

### 2. Roteiro da Entrevista Semiestruturada

---

2.1. Com base em sua experiência, quais os motivos que levam as mulheres a procurarem a consulta ginecológica neste serviço?

2.2. Há outras necessidades de saúde que podem estar ocultas nesta motivação? Quais?

2.3 Como você identifica estas necessidades?

2.4 Quais são as ações e procedimentos realizados na consulta ginecológica?

2.5 Qual a importância dos protocolos na definição das ações e procedimentos mais comumente realizados durante a consulta ginecológica?

2.6. Que encaminhamentos são realizados ao serviço ou à rede de atenção a partir das necessidades das usuárias que não são resolvidas na consulta? Quais os mais frequentes?

2.7. Como ocorre o acompanhamento dos encaminhamentos e dos atendimentos realizados a partir da consulta e os seus resultados?

2.8. Quais competências você julga necessárias para que o profissional realize consultas ginecológicas de modo a atender com resolutividade as necessidades de saúde que motivam a busca pela consulta ginecológica?

2.9. A consulta ginecológica, em sua opinião, atende as necessidades de saúde das mulheres?

2.10 Como você avalia o atendimento ofertado às mulheres na consulta ginecológica?

## APÊNDICE E

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista com Profissionais

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada: **Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?** Esta pesquisa tem por objetivos:

- a) Conhecer e analisar as ações e procedimentos que compõem a consulta ginecológica, no âmbito da atenção básica, para atender às necessidades singulares de saúde das mulheres que buscam os serviços.
- b) Conhecer e analisar os motivos e expectativas das mulheres na busca por acesso à consulta ginecológica na atenção básica.
- c) Identificar os marcadores de qualidade do (s) cuidado (s) produzido (s) na consulta ginecológica, a partir dos modos de ver de usuárias e de profissionais.

Os resultados do estudo poderão ser utilizados para qualificar a atenção à saúde das mulheres na rede básica de atenção.

Trata-se de uma dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Maria Rejane Rosa dos Santos, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF, da Universidade Federal do Rio grande do Sul, orientado pela Profa. Dra. Lucia Leidens Correa Oliveira, pesquisadora responsável.

Esta pesquisa tem como coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA).

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais dos serviços da rede básica de atenção que poderá durar de 40 minutos a 1 hora, em local e hora a ser combinado entre a pesquisadora e os entrevistados. O conteúdo destas entrevistas é confidencial e sua identificação será preservada. As respostas serão gravadas em áudio e depois transcritas. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após este período serão totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/2012).

Sua participação é *voluntária* e em qualquer momento da entrevista você poderá solicitar esclarecimento ou retirar o seu consentimento, deixando de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo a sua pessoa ou ao seu trabalho no serviço de saúde. A sua participação não implicará em ônus para você a não ser a disponibilidade de, cerca de uma hora do seu tempo, para responder a entrevista. Para não causar transtornos ao seu trabalho ou ao serviço, será feito um contato prévio com você e sua chefia de serviço, para explicar os

objetivos da pesquisa e combinar a melhor forma de realizar essa entrevista, acordando data e horário mais adequados. A sua participação, relatando a sua experiência e conhecimento na atenção à saúde das mulheres, pode resultar em benefício como a produção de conhecimento para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres. Fica claro que esta pesquisa não tem o objetivo de avaliar o trabalho do profissional ou do serviço, mas pode contribuir para qualificar seus processos de trabalho através dos conhecimentos produzidos.

EU \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informada (o):

- ✓ Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- ✓ De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- ✓ Da garantia de que não serei identificada (o) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- ✓ Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Maria Rejane Rosa dos Santos, telefone (51) 99579651, e-mail: mrsantos@hcpa.ufrgs.br.

Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com a prof<sup>a</sup> Dora Lucia Leidens Correa Oliveira, telefone (51) 33085481, e-mail: [dora@enf.ufrgs.br](mailto:dora@enf.ufrgs.br), ou com o Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738, e-mail [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br) ou no endereço Prédio da Reitoria, 2º andar – Campus Central/ UFRGS, Av. Paulo Gama, 110 – Bairro Farroupilha – POA – RS, das 9h às 12 h. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre pelo telefone (051)32895517 ou pelo e-mail [cep-sms@prefpoa.com.br](mailto:cep-sms@prefpoa.com.br) ou na Rua Capitão Montanha, 27 no 7ºAndar.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2014

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE F

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal com Usuárias

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?** Esta pesquisa tem por objetivos:

- a) Conhecer e analisar as ações e procedimentos que compõem a consulta ginecológica, no âmbito da atenção básica, para atender às necessidades singulares de saúde das mulheres que buscam os serviços.
- b) Conhecer e analisar os motivos e expectativas das mulheres na busca por acesso à consulta ginecológica na atenção básica.
- c) Identificar os marcadores de qualidade do (s) cuidado (s) produzido (s) na consulta ginecológica, a partir dos modos de ver de usuárias e de profissionais.

Os seus resultados poderão ser utilizados para qualificar a atenção à saúde das mulheres na rede básica de atenção

Trata-se de uma dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Maria Rejane Rosa dos Santos, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientado pela Profa. Dra. Lucia Leidens Correa Oliveira, pesquisadora responsável.

Esta pesquisa tem como coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA).

Para alcançar os objetivos do estudo, serão realizados três Grupos Focais. O grupo Focal (GF) é uma entrevista em grupo. Serão convidadas de 6 a 12 usuárias dos serviços da rede básica de atenção. Estas entrevistas poderão durar cerca de 1 hora e 30 minutos a duas horas e serão agendadas, previamente, com as usuárias em hora e local que lhes ofereça maior facilidade para a sua participação e sua privacidade. O conteúdo destas entrevistas é confidencial e sua identificação será preservada. As respostas serão gravadas em áudio e depois transcritas. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante cinco anos e após este período serão totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/2012).

Sua participação é *voluntária* e em qualquer momento da entrevista você poderá solicitar esclarecimento ou retirar o seu consentimento, deixando de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo à sua pessoa ou ao atendimento recebido no serviço de saúde. A sua participação não implicará em ônus para você, vai exigir apenas que organize cerca de seis horas de seu tempo, ao longo de aproximadamente quatro semanas, para participar dos

GF. Para ser menos desgastante, organizaremos os GF em local acessível e próximo ao seu domicílio (ESF ou associação de bairro), em horários e datas acordados com você e outras usuárias que participarão. Com esse objetivo, será feito um contato prévio com você para explicar-lhe o objetivo da pesquisa, o que é um GF, a importância de sua participação e as suas possibilidades considerando o acesso, as datas e horas para realização dos encontros. No GF, serão feitas algumas perguntas em relação aos motivos de procura à consulta ginecológica e a sua avaliação do atendimento na consulta. Se você se sentir constrangida com alguma pergunta, você não é obrigada a responder.

Por outro lado, a sua participação relatando as suas experiências em termos de busca à consulta ginecológica, pode resultar em benefício como a produção de conhecimento para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres.

Eu, \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informada:

- ✓ Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- ✓ De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- ✓ Da garantia de que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- ✓ Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Maria Rejane Rosa dos Santos, telefone (51) 99579651, e-mail: mrsantos@hcpa.ufrgs.br.

Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com a prof<sup>a</sup> Dora Lucia Leidens Correa Oliveira, telefone (51) 33085481, e-mail: dora@enf.ufrgs.br ou com o Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738, e-mail etica@propesq.ufrgs.br ou no endereço Prédio da Reitoria, 2º andar – Campus Central/ UFRGS, Av. Paulo Gama, 110 – Bairro Farroupilha – POA – RS, das 9h às 12 h. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre pelo telefone (051)32895517 ou pelo e-mail cep-sms@prefpoa.com.br ou na Rua Capitão Montanha, 27 no 7º Andar.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

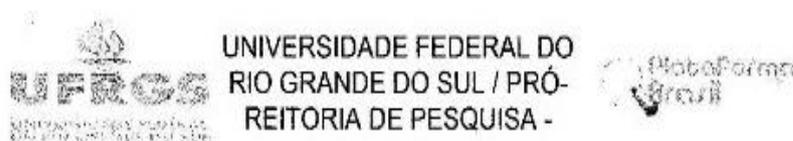
Porto Alegre, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora

## ANEXO A

<b>Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?

**Pesquisador:** Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 27612214.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 648.626

**Data da Relatoria:** 24/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de retorno de diligência do projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS, tem como co-participante a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA). Caracteriza-se como pesquisa exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Campo será constituído por 2 serviços de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre do distrito sanitário leste/nordeste. Participantes serão 24 usuárias dos serviços que buscam as consultas ginecológicas e 6 profissionais que realizam a consulta ginecológica. Serão convidadas cerca de 6 a 12 usuárias de cada ESF e os profissionais (médicos e enfermeiros) que realizam a consulta, totalizando 30 participantes. As informações serão coletadas em 2 etapas: 1ª etapa: 3 Grupos Focais com cada grupo de usuárias de cada ESF;

2ª etapa: entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde. Para interpretação das informações será utilizada análise de conteúdo do tipo temático na perspectiva de Minayo. Os aspectos éticos estão de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

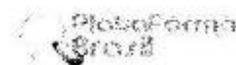
**Objetivos Primário:**

Conhecer e analisar as ações e procedimentos que compõem a consulta ginecológica, no âmbito da atenção básica, para atender às necessidades singulares de saúde das mulheres que buscam os

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrapilha **CEP:** 90.040-000  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 648.626

serviços.

Conhecer e analisar os motivos e expectativas das mulheres na busca por acesso à consulta ginecológica na atenção básica.

Identificar os marcadores de qualidade do (s) cuidado (s) produzido (s) na consulta ginecológica, a partir dos modos de ver de usuárias e de profissionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram adequados e inseridos no Formulário da Plataforma Brasil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância científica e a temática abordada poderá contribuir com a qualificação do cuidado à saúde da mulher

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Encontra-se anexado ao projeto o Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação dos Dados e o TCLE foi adequado, conforme solicitação CEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O cronograma foi alterado no Formulário da Plataforma Brasil, conforme solicitado no parecer anterior.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

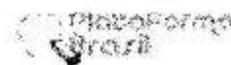
Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farrowipilha CEP: 91.040-000  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Página 02 de 05



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 648.626

PORTO ALEGRE, 15 de Maio de 2014

Assinado por:  
José Artur Bogo Chies  
(Coordenador)

## ANEXO B

<b>Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------



**PARECER DO COLEGIADO**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?

**Pesquisador:** Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 27612214 0.3001.5338

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 673.373

**Data da Relatoria:** 27/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Estudo qualitativo perspectivo, embasado em Minayo, que abordará usuárias do serviço de saúde, não no ambiente do serviço e sim em Centros Comunitários, para compor grupos focais e fazer entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde que realizam a consulta ginecológica nos serviços. O objeto de estudo é a atenção à saúde das mulheres, no âmbito da consulta ginecológica, considerando as necessidades de saúde que as levam a procurar atendimento e as ofertas assistenciais que os serviços da rede básica de saúde oferecem. É reconhecida por diversos autores a importância da consulta ginecológica na prevenção de câncer de colo de útero, de mama e de doenças sexualmente transmissíveis, assim como no planejamento familiar. Estas, contudo, não são as únicas possibilidades de cuidado em saúde no espaço da consulta ginecológica. Sua importância também se revela nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das mulheres considerando seus direitos e suas necessidades de saúde. A percepção de que, nem sempre, o atendimento ofertado na consulta ginecológica é coerente com os princípios da integralidade, em função do foco na coleta de material para realização do exame preventivo de colo uterino, em detrimento de outras possíveis necessidades de saúde das mulheres constitui-se no ponto de partida da proposta de pesquisa. O estudo visa produzir conhecimento sobre a relação entre a oferta da atenção básica e a demanda das usuárias ao buscarem atendimento em consultas ginecológicas. A aposta é que a valorização da integralidade como eixo da atenção pode

Endereço: Rua Capitão Morlanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Formulário: 879.375

contribuir para significativas mudanças na formação profissional, nas práticas profissionais e na organização dos serviços, ampliando olhares e focos sobre o cuidado às mulheres. O estudo dessas mudanças, por sua vez, pode facilitar a sistematização de tecnologias de cuidado à saúde feminina mais voltada à integralidade e constituir o próprio estudo como dispositivo de produção da integralidade na atenção à saúde das mulheres. Serão estudados dois serviços de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre do distrito sanitário leste/nordeste. Serão convidadas cerca de 6 a 12 usuárias de cada ESF e os profissionais (médicos e enfermeiros) que realizam a consulta. Os dados serão coletados em 2 etapas: 1ª etapa: 3 Grupos Focais com cada grupo de usuárias de cada ESF e, na 2ª etapa, entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer e analisar as ações e procedimentos que compõem a consulta ginecológica, no âmbito da atenção básica, para atender às necessidades singulares de saúde das mulheres que buscam os serviços.
- Conhecer e analisar os motivos e expectativas das mulheres na busca por acesso à consulta ginecológica na atenção básica.
- Identificar os marcadores de qualidade do (s) cuidado (s) produzido (s) na consulta ginecológica, a partir dos modos de ver de usuárias e de profissionais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Pode apresentar o risco de constrangimento aos sujeitos da pesquisa, ao responder alguma questão mais íntima dos aspectos de saúde da mulher. E quando referente aos profissionais pode apresentar o risco aos profissionais ao questionar seus processos de trabalho.

Benefícios: Contribuir para a melhoria a atenção a saúde da mulher, através da qualificação dos processos de trabalho e da formação profissional.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Curso: Mestrado em Enfermagem

Aluna: Maria Rejane Rosa dos Santos

Número de participantes: 24 usuárias de ESF em três grupos focais e 6 profissionais de saúde de cada ESF que realizam as consultas ginecológicas. Ao todo, 30 participantes.

Local de realização: Gerência Distrital Leste-Nordeste, em duas Equipes de Saúde.

Data de término: dezembro de 2014

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3269-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_smsa@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 873373

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Os dois TCLEs devem ser adequados conforme a Resolução CNS 466/12, item IV.5 letra d): "ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente." O texto informa que serão fornecidas cópias, e não vias originais, aos participantes da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atender à recomendação expressa acima.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Junho de 2014

Assinado por:

MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI  
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 91.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3288-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cap\_sms@hotmail.com

## ANEXO C

**Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**

**Título da Pesquisa:** Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?

**Pesquisador (a) Responsável:** Maria Rejane Rosa dos Santos

**Instituição:** UFRGS

**Telefone e e-mail de contato:** (51)99579651

**Email:** mrsantos@hcpa.ufrgs.br/mrejanes@hotmail.com

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA  
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

☐ 3289.5517 ☐ [cep-sms@sms.prefpoa.com.br](mailto:cep-sms@sms.prefpoa.com.br); [cep\\_sms@hotmail.com](mailto:cep_sms@hotmail.com)