



ARTIGO ORIGINAL

CONDIÇÕES DE ACESSO À ATENÇÃO GINECOLÓGICA EM SERVIÇOS
PRIMÁRIOS: PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS

*CONDICIONES DE ACCESO A LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA EN SERVICIOS
PRIMARIOS: PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS*

*CONDITIONS OF ACCESS TO GYNECOLOGICAL ATTENTION IN PRIMARY
SERVICES: USERS' PERSPECTIVE*

Maíra Rossetto¹

Rafaela Roque Queiroz²

Helga Geremias Gouveia³

Maria Luiza Paz Machado⁴

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira⁵

Doi: 10.5902/2179769224275

RESUMO: Objetivo: analisar as condições de acesso aos serviços ginecológicos na rede de cuidados primários. **Método:** estudo qualitativo exploratório-descritivo, desenvolvido em dois municípios, com 22 mulheres que realizaram consulta ginecológica. A coleta de dados foi de agosto de 2013 a abril de 2014. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** em ambos os municípios existem fragilidades na promoção do acesso e na atenção integral à saúde das mulheres. As usuárias que buscam as consultas ginecológicas são conduzidas pela rede de atenção de acordo com fluxos previamente pactuados pelos gestores. Os itinerários percorridos não são, portanto, necessariamente, resultado de escolhas pessoais, o que pode limitar a eficiência das respostas às demandas das usuárias. **Conclusão:** quanto às ofertas no âmbito da atenção ginecológica, ficou evidenciado que as usuárias conseguem acessar algumas tecnologias de cuidado, como é o caso da consulta ginecológica e dos procedimentos que a constituem.

Descritores: Saúde da mulher; Acesso aos serviços de saúde; Ginecologia; Enfermagem.

ABSTRACT: Aim: to analyze the conditions of access to gynecological services in the primary care network, considering the users' perspective. **Method:** exploratory-descriptive, qualitative study carried out in two municipalities, with 22 women who underwent gynecological consultation. Data collection was carried out from August 2013 to April 2014. The data were submitted to thematic content analysis. **Results:** in both municipalities there are weaknesses in the promotion of access to gynecological care and to integral attention to women's health. The users who seek gynecological consultations are conducted through the health care network according to flows previously agreed upon by the managers. The

¹Enfermeira e Professora, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: maira.rossetto@uffs.edu.br

² Enfermeira, Residente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: rafaelaqueiroz@gmail.com

³ Enfermeira e Professora, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: helgagouveia@hotmail.com

⁴ Enfermeira e Professora, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luiza@enf.ufrgs.br

⁵ Enfermeira e Professora, PhD. em Educação em Saúde, Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dora@enf.ufrgs.br

followed itineraries are therefore not necessarily the result of personal choices, which may limit the efficiency of the responses to the users' demands. **Conclusion:** regarding the gynecological offers, it was evidenced that the users can access some technologies of care, such as the gynecological consultation and the procedures that constitute it.

Descriptors: Women's health; Health services accessibility; Gynecology; Nursing.

RESUMEN: Objetivo: analizar las condiciones de acceso a los servicios ginecológicos en la red de atención primaria, a partir de la perspectiva de las usuarias. **Método:** estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, realizado en dos ciudades, con 22 mujeres que realizaron consulta ginecológica. La recolección de datos ocurrió entre agosto de 2013 y abril de 2014. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** en ambas ciudades hay debilidades en la promoción del acceso y en la atención integral a la salud de la mujer. Las usuarias que buscan consultas ginecológicas son conducidas por las redes de atención, con base en los flujos, previamente determinados por los administradores. Los trayectos no son, por lo tanto, necesariamente, resultado de elecciones personales, lo que puede limitar la eficacia de las respuestas a las demandas. **Conclusión:** sobre las ofertas de atención ginecológica, la investigación demostró que las usuarias pueden acceder algunas tecnologías de atención, tales como consulta ginecológica y procedimientos que la constituyen.

Descriptor: Salud de la mujer; Accesibilidad a los servicios de salud; Ginecología; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), define-se acesso à saúde como a ausência de barreiras ao cuidado relacionadas a aspectos geográficos, financeiros, organizacionais, socioculturais, étnico e de gênero.¹ Conforme o Ministério da Saúde (MS), a análise de condições de acesso deve considerar a disponibilidade, a comodidade e a aceitabilidade do serviço pelos usuários.¹

No campo da saúde das mulheres, o acesso à atenção está previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM),² enfatizando-se o princípio da integralidade na definição do plano de ação. Dentre as ações previstas na PNAISM, destacam-se as que constituem a atenção à saúde ginecológica, proposta para garantir o cuidado integral à saúde materna e reprodutiva das mulheres.² Apesar da ênfase na garantia da integralidade da atenção à saúde, investimentos na ampliação do acesso à saúde ginecológica na rede de atenção básica têm sido insuficientes para atender às necessidades das mulheres.³

Neste contexto, as ações destinadas à prevenção e promoção à saúde ginecológica estão, usualmente, circunscritas a protocolos que constituem a chamada “consulta ginecológica” (CG) e aos encaminhamentos que dela se originam. Nos serviços, as consultas ginecológicas (CsGs) têm sido configuradas a partir de metas programáticas definidas em nível governamental e com base

em evidências epidemiológicas, como é o caso do diagnóstico do câncer de colo de útero e de mama, identificação e tratamento de infecções e abordagens de questões reprodutivas.⁴⁻⁵ Aspectos da saúde reprodutiva enfocados nas CsGs são, geralmente, restritos à prescrição e acompanhamento do uso de métodos anticoncepcionais.

Formatadas de modo apriorístico, as CsGs tem seu potencial dialógico enfraquecido, reduzindo, assim, sua capacidade para produzir integralidade em saúde. Sem desconsiderar a relevância dos procedimentos de rastreamento de agravos e das ações preventivas que, frequentemente, fazem parte da configuração de CsGs, há que se reconhecer, também, que tais estratégias de cuidado se limitam a atender um conjunto específico de necessidades, em detrimento de outras possíveis demandas pessoais de saúde, igualmente importantes, mas que, em função do seu caráter singular, encontram pouco espaço para se expressarem.

A CG tem um papel importante na promoção da saúde e redução da morbimortalidade, mas é preciso ampliar seu escopo. Neste sentido, propõe-se que CsGs sejam definidas como encontros entre usuária e profissional de saúde que, além de contemplar uma abordagem da clínica ampliada e atender às demandas previstas pelos programas e políticas de saúde dirigidos às mulheres, valorizando suas necessidades singulares de saúde para além das queixas, sinais e sintomas relacionados à sexualidade, à reprodução e à dimensão biofisiológica de sua saúde.⁶ O pressuposto que encaminha esta definição é que a valorização da capacidade dialógica das CsGs pode resultar na qualificação da atenção à saúde ginecológica ofertada na atenção básica, qualificando o acesso e reforçando seu potencial para a integralidade.⁷

Investimentos na incorporação de tecnologias leves em espaços de cuidado, como é o caso da escuta e do diálogo, podem facilitar o ajuste das ofertas dos serviços às necessidades de saúde das mulheres.¹ A ampliação do diálogo entre usuária e profissional facilita o estabelecimento de vínculo, condição para a promoção da confiança mútua e reciprocidade na compreensão sobre o que se quer obter no processo de cuidado. Valorizar a escuta em CsGs é capaz de facilitar a identificação das demandas das mulheres ou dos motivos para a busca de atendimento, visto que nem sempre o que é definido como demandas nos protocolos assistenciais são as necessidades ou as prioridades das mulheres. Nesta perspectiva, a CG tem o potencial de ser um espaço para a identificação de necessidades que não podem ser atendidas apenas no escopo da consulta, expandindo-se o cuidado às mulheres para outros serviços da rede de atenção, o que pode resultar em integralidade em saúde.

Tendo em conta esta perspectiva, desenvolveu-se uma pesquisa com o objetivo de analisar as condições de acesso aos serviços ginecológicos na rede de cuidados primários. A análise explora as informações geradas pela pesquisa acerca da questão: como se dá o acesso à CG e como ela está configurada nos cenários enfocados? A CG pode ser considerada um eixo estruturante da atenção ginecológica, na qual podem ser disparados outras importantes ações para a promoção da saúde das mulheres.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo que integra o enfoque qualitativo⁸ de uma pesquisa de delineamento misto intitulada “Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica”. O estudo foi desenvolvido em dois municípios do Rio Grande do Sul. Tais municípios foram selecionados por meio da etapa quantitativa da pesquisa matricial que analisou os indicadores de acesso ao rastreamento do câncer de mama e de colo do útero. A análise dos indicadores apontou os municípios em situação extremo-negativa (A) e em situação extremo-positiva (B), ou seja, indicadores de menor e de maior valor de acesso a esse rastreamento. O trabalho de campo aconteceu em serviços de saúde de atenção básica do município A, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, e do município B, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 22 mulheres com idade superior a 18 anos que realizavam CG nestes locais, caracterizando uma amostra intencional.

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2013 a abril de 2014, por meio de grupo focal (GF). A técnica do GF foi usada em função do seu potencial para investigar temas de natureza íntima e explorar questões subjetivas como, por exemplo, experiências, opiniões, desejos e preocupações. Os GF são particularmente úteis em pesquisas qualitativas por permitirem que os participantes interajam e gerem suas próprias perguntas, quadros e conceitos.⁹

Os GF foram desenvolvidos de acordo com um roteiro de perguntas orientadoras. No município A, foi realizado um encontro, com a participação de cinco mulheres (M1 à M5). Já no município B, foram realizados dois encontros, devido à necessidade de maior aprofundamento das reflexões e discussões, sendo que o primeiro encontro contou com a participação de 12 mulheres (M6 à M17) e o segundo encontro contou com seis mulheres (M17 à M22). Ressalta-se que a participante M17 esteve presente nos dois encontros. No

município A, apenas um encontro de aproximadamente três horas foi suficiente para responder às questões do estudo, pois, em função do interesse das participantes e da naturalidade para participar do GF. Além disto, a rede de serviços do município já era conhecida das pesquisadoras, o que facilitou o fluxo das discussões durante o encontro. A organização da rede de serviços do município B, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, não era conhecida pelas pesquisadoras e, desta forma, não havia qualquer relação com as participantes do GF. Acredita-se que esse fato fez com que as mulheres se mostrassem mais tímidas, levando um tempo para se vincularem para se sentirem à vontade e conseqüentemente, para se manifestarem. Isto gerou a necessidade da realização de dois encontros, com duração de duas horas e 30 minutos cada um. Os GF foram gravados em formato mp3, com posterior transcrição e categorização com auxílio do *software* Nvivo.

Para definir as participantes do estudo, foi realizada uma conversa entre as chefias das unidades de saúde dos municípios A e B e as pesquisadoras, delimitando-se como critério para convite à participação nos GF, ser usuária dos serviços e neles ter realizado CG. As mulheres foram convidadas pelos profissionais, buscando-se uma variação de perfis relativos às etapas de vida, considerando o interesse em abordar uma possível diversidade de demandas. Assim, participaram do GF adolescentes maiores de idade, mulheres adultas e em período reprodutivo, no climatério, gestante e puérpera.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática que compreendeu as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁸ Como resultado construiu-se um mapa analítico organizado em quatro categorias: a) necessidades de saúde das mulheres que resultam em demandas; b) percepção das mulheres sobre a capacidade resolutiva dos serviços de saúde no atendimento de suas necessidades; c) fluxos das ações ofertadas; d) acesso das mulheres aos serviços. Neste artigo, será enfocada a última categoria e suas subcategorias. Justifica-se o recorte por se considerar inviável apresentar, com qualidade, as quatro categorias no mesmo manuscrito.

Os aspectos éticos foram respeitados, sendo seguidas as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes foram informadas sobre os objetivos da investigação e sua forma de participação, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número 376.543, em 11 de julho de 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Serão apresentados aqui os resultados referentes à categoria “Acesso das Mulheres aos Serviços” e às suas três subcategorias de análise: “A Aceitabilidade do Atendimento em Consulta Ginecológica – *ela é bem parceira mesmo, mas eu não vou querer ir ali me expor*”; “Comodidades e Desconfortos no Acesso à Consulta Ginecológica: *tem que ter aquela paciência de ficar esperando, mas encaminha pra outro e é atendido*”; “A Disponibilidade Técnica como Fator Dificultador da Qualidade da Atenção Ginecológica – *eles se empenham, mas claro que seria bom ter um ginecologista aqui*”.

A Aceitabilidade do Atendimento em Consulta Ginecológica – *ela é bem parceira mesmo, mas eu não vou querer ir ali me expor.*

Segundo o MS, a aceitabilidade é um dos constituintes do acesso, estando relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, quanto aos profissionais responsáveis. Como sugere o trecho de GF abaixo, no município B, parece não haver consenso entre as usuárias com relação à aceitabilidade do atendimento recebido em CG. Algumas mulheres referiram satisfação, enfatizando a postura adequada dos profissionais que as atendem nas CsGs. Por outro lado, outras se mostraram insatisfeitas, também levando em consideração a postura profissional como critério de avaliação. A crítica tem a ver com a falta de sigilo das informações colhidas nas consultas.

Eu me sinto bem, porque ela [enfermeira] é bem querida, ela distrai bastante, porque ela vai conversando, fazendo o atendimento dela, é bem parceira mesmo. (M12)

Mas alguns [profissionais] saem contando, não têm ética, eles espalham para todo mundo alguma coisa. E isso é o que impede as pessoas de virem na unidade de saúde fazer [citopatológico], é um motivo que as mulheres buscam ir para outros municípios, eu não vou querer ir ali e me expor. (M19)

Além de se constituir em falta de ética, divulgar informações do atendimento realizado abala a confiança e dificulta o vínculo com a usuária. Tais problemas podem reduzir o potencial da atenção ginecológica ofertada pelos serviços para produzir integralidade, principalmente, em razão da provável diminuição da adesão das mulheres a um comportamento de autocuidado e da capacidade da equipe de compreender suas necessidades.

Embora as relações que se dão na vida privada das mulheres possam ser valorizadas pelos profissionais nas suas abordagens assistenciais, nem sempre suas relações com as usuárias são valorizadas na mesma medida.⁴

No município A, as mulheres referiram satisfação com o atendimento decorrente do contato periódico prolongado com o profissional que realiza a CG. Esse foi considerado pelas mulheres como um fator que interfere, positivamente, no acesso ao serviço e às CsGs.

Eu tenho ele [o profissional] como se fosse da família, a gente conversa muito. Ele é muito legal. Então, eu fico mais à vontade do que cada vez ter de trocar de médico. (M3)

A enfermeira também deixa a gente bem à vontade. (M5)

Por outro lado, o constrangimento é um fator também implicado na aceitabilidade da atenção ofertada em CGa mulheres do município A, contribuindo de forma negativa para a satisfação com o atendimento. As falas abaixo sugerem que o constrangimento da mulher ao ser examinada pode estar presente em CsGs independentemente de o profissional ser do sexo masculino ou do sexo feminino:

eu sinto um pouco de vergonha de fazer, quando é com homem, ou até com mulher. Dá vontade de fugir. (M2)

acho constrangedor se for um homem. Prefiro com uma mulher, ali é sempre mulher. Eu nunca consultei com homem. (M4)

Este sentimento de vergonha em se submeter a procedimentos que exigem a manipulação profissional do corpo feminino, em especial da sua genitália, já foi evidenciado em outros estudos, sendo apontado como fator que interfere na adesão das mulheres à realização periódica de CG.^{3,5} Estudo realizado com mulheres que se submeteram ao exame ginecológico concluiu que, além da vergonha, as mulheres também experimentam incômodo e medo. Tal exame expõe as mulheres no seu íntimo e os sentimentos negativos podem ser oriundos das experiências restritivas sobre sexualidade vivenciadas por elas, além da falta de informações sobre seu corpo, do seu papel na sociedade e das relações de gênero.¹⁰ Nesta perspectiva, recomenda-se que o planejamento de ações no campo da atenção ginecológica leve em conta uma possível influência de aspectos culturais na aceitabilidade dos serviços e respectivas ofertas de cuidado por parte das usuárias, expressa, muitas vezes, na adesão ou não à realização de CsGs periódicas, conforme preconizado.¹¹

Comodidades e desconfortos no acesso à consulta ginecológica: *tem que ter aquela paciência de ficar esperando, mas encaminha pra outro e é atendido, sempre tem*

A análise, a seguir, enfoca a comodidade como elemento constituinte do acesso. Segundo o MS, comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais e ao conforto dos ambientes para atendimento.¹

Do mesmo modo que no quesito aceitabilidade, a avaliação das usuárias sobre a comodidade no acesso a CG não é unânime. Este foi um aspecto muito destacado nas falas das usuárias do município B, em razão da necessidade de deslocamento para outros municípios para acessarem atendimento ginecológico e exames e procedimentos de maior complexidade. No GF realizado no município A, a comodidade não teve a mesma relevância na avaliação do acesso à CG, provavelmente porque a resolutividade das suas demandas se realizava na própria unidade de saúde, sem necessidade de deslocamentos.

Sempre [as consultas e exames] foram aqui no posto, coleta de citopatológico e mamografia. Qualquer queixa ginecológica, sempre aqui no posto. (M5)

Apesar de destacarem o tempo de espera para serem atendidas em CsGs ou para realizarem algum procedimento ginecológico, quando encaminhadas a serviços em outros municípios pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), as usuárias do município B parecem aceitar a necessidade do deslocamento e da espera como inevitáveis. O motivo desta aceitação é a compreensão de que é necessário aguardar o término do atendimento de todos os usuários para retorno ao município de origem. Os dados sugerem que tal situação não tem influência na sua satisfação com o atendimento. A necessidade de despender tempo para levar e trazer usuários que fazem parte de um grupo que está sendo transportado a outro município para atendimentos e de atender prioritariamente as urgências são citadas como justificativas para esta espera.

Às vezes, por não ter paciência, não querem esperar a vez. Porque aqui eles [o veículo municipal que transporta os usuários do município B ao município onde serão atendidos conforme a especialidade médica] vão buscar na casa e, às vezes, daqui já levam para onde tem que ir, o primeiro que for despachado [chegar ao serviço ao qual foi encaminhado] tem que esperar até o último [que “foi despachado” ser atendido] e tem que ter paciência de ficar esperando. (M12)

Um dia eu também posso chegar com urgência e precisar ser atendida na frente das outras pessoas. (M17)

Se não estou com urgência deixo passar na minha frente. (M18)

No município B, exames e procedimentos ginecológicos mais complexos são encaminhados por meio do CIS a outros municípios maiores. Os CIS são autorizados pelo MS desde 1996 e foram criados a partir da busca por práticas de gestão inovadoras que pudessem concretizar os princípios do SUS, em especial o da integralidade, melhorando o atendimento à população de determinado território em todos os pontos de atenção.¹²

As usuárias do município B mencionaram a demora em conseguir realizar CsGs na unidade básica de saúde. As falas abaixo demonstram, também, a dificuldade em agendar consultas utilizando o CIS:

encaminham, mas depende muito, mas nem sempre você consegue atendimento com o médico que quer. (M16)

aqui na unidade a gente agenda, mas também demora um pouco para ser atendido. (M17)

tem dois médicos que atendem. O de um município demora mais porque muita gente quer ir lá, aí demora. Às vezes, você consegue consulta, outras não. (M20)

O CIS organiza a rede de atenção em nível regional, resultando em facilidades para o acesso a consultas com especialistas. Um efeito negativo, porém, é a descontinuidade e fragmentação da atenção à saúde, uma vez que parte do atendimento é realizado em nível municipal e parte em nível regional sem, muitas vezes, ocorrer o compartilhamento de informações entre os serviços de saúde. Neste sentido, é possível argumentar que, apesar de o CIS ser garantia de acesso, isto nem sempre resulta em integralidade da atenção.

Segundo as usuárias do município B, por ser um município pequeno, o contato pessoal com o Secretário Municipal de Saúde é facilitado. O mesmo não acontece no município A, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre, e, portanto, com uma maior abrangência geográfica. No município B, quando há necessidade de agendamento de consultas, exames e/ou procedimentos que demandam atendimento mais especializado, portanto encaminhados a municípios maiores, a proximidade com o gestor agiliza os agendamentos.

A gente vai ali e marca com o secretário de saúde e ele agenda e consegue. É que eles têm convênio com os médicos de outros lugares. (M22)

Sempre tem disponível um motorista e um carro para te levar para qualquer lugar, mesmo que eles não tenham convênio, sempre dão um jeito de levar. (M19)

A proximidade das usuárias com o gestor municipal facilita encaminhamentos, o que não foi visto no município A. Apesar desta facilidade, a necessidade de reiterados deslocamentos para atender uma única necessidade é alvo de queixas no município B.

Na ultrassonografia com o ginecologista, o que acontece é que você tem que se deslocar duas vezes, para fazer e para mostrar, então isso tinha que mudar [...] daí tem que ir um dia para consulta e um dia para fazer a ultrassonografia. (M14)

Em um dos municípios, ele faz tudo na hora, consulta e já faz os exames tudo junto, preventivo e ultrassom, diferente do outro município. (M16)

A oferta de transporte facilita e confere comodidade ao acesso a atendimentos em outras cidades. Por outro lado, evidencia a necessidade de peregrinação em busca de atendimentos às suas demandas, gerando desconforto. No município A, não foi mencionado pelas usuárias a oferta de transporte pelo município para realização de consultas, exames e/ou procedimentos em outros locais, tampouco se a ausência de transporte ofertado pelo município representava limite de acesso a outros serviços de saúde. Neste sentido, as usuárias do município B referem que o horário disponível para a realização da coleta de citopatológico (CP) na atenção básica do município onde residem deveria ser mais flexível, de modo a viabilizar o acesso às mulheres que trabalham fora.

No meu trabalho, eles deixam esse tempo para vir até o posto de saúde, mas tem pessoas que não tem prioridade de sair e ir ali [no serviço de saúde], então seria muito importante ter esse horário. Houve uma época que teve turno estendido e foi muito interessante. (M13)

Tinha no sábado também, e era muito bom. (M17)

No município A, não houve reclamação e as usuárias dizem que os horários das consultas são adequados. No município, os horários para agendamento foram ampliados para facilitar o acesso de usuárias trabalhadoras.

Eu acho que é mais fácil, assim tu liga marca, agenda e tu sabe qual o dia. Aí tu vais lá e te atendem, aí os exames também é tudo marcado. (M3)

Este problema do horário em que as CsGs e os procedimentos são ofertados pelos serviços ou, mais genericamente, do próprio horário de funcionamento dos serviços, também tem sido citado em outros estudos como fator que dificulta o acesso das usuárias ao atendimento das suas demandas.³⁻⁵ Um estudo evidencia que o funcionamento apenas durante o horário comercial não favorece o acesso das mulheres que trabalham, sendo comum a busca por atendimento somente

quando se encontram doentes ou durante campanhas, visto que nessa última situação, na maioria das vezes, o atendimento é mais acessível e tem horário diferenciado.⁵

Quanto ao retorno do resultado do CP e de outros exames realizados em CsGs, as usuárias consideram que os meios utilizados para esse fim não são eficientes. Conforme as falas abaixo, a demora em fornecer o resultado é frequente no município A.

O resultado do exame de mama demorou 90 dias, eu faço acompanhamento porque minha mãe morreu de câncer de mama, agora mesmo eu estou esperando para fazer uma cirurgia, estou com nódulo e o doutor disse que não é câncer, mas tem de tirar. (M1)

Podia ser mais ligeiro, porque demora bastante. (M4)

A experiência das usuárias do município B parece ser diferente. Na fala abaixo, uma das usuárias refere que a busca ativa é feita pela agente comunitária de saúde, prática facilitada pela existência de uma Estratégia de Saúde da Família, com população adstrita. No interior, o uso do rádio, ferramenta útil de comunicação, também parece ser um diferencial e um fator facilitador.

Os agentes de saúde têm uma folha, no caso se eu for fazer visita e ela [a mulher] tiver feito o preventivo e não souber, a agente de saúde tem o dever de avisar ela - lá na unidade de saúde tem um exame para senhora buscar. (M19)

É como eu te disse, têm os programas da prefeitura todos os sábados, aí eles dizem de tal mês até tal mês tem agendamento, e as mulheres que fizeram de tal mês até tal mês podem passar no posto de saúde para pegar o exame. (M20)

Os exames têm importante função no diagnóstico clínico de qualquer alteração fisiológica ou estado de adoecimento. A marcação e o posterior retorno dos exames são problemáticas e fator de estresse em vários serviços. Outros estudos também já identificaram esse problema,¹³⁻¹⁴ demonstrando que a demora no retorno dos exames pode até agravar o estado de saúde de algumas usuárias. O acesso à informação referente aos resultados de exames é um critério importante na escolha das usuárias sobre o serviço a ser acessado. Um fator que pode facilitar o retorno dos resultados às usuárias é a modernização dos mecanismos informativos, os quais incidem diretamente no processo de atenção das demandas dos usuários, gerando, assim, uma maior satisfação.¹⁵

A disponibilidade técnica como fator dificultador da qualidade da atenção ginecológica – *eles se empenham, mas claro que seria bom ter um ginecologista aqui*

A disponibilidade também é referida pelo MS como constituinte do acesso à atenção em saúde, dizendo respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.¹ As usuárias do município B sentem-se contempladas neste aspecto, conforme evidenciado nas falas abaixo.

Eu acho que, em termos de urgência, aqui no posto, eles se empenham. É só chamar que eles vêm. (M20)

Eu nunca precisei, mas eu já vi casos urgentes, aí eles deram um jeito e a ginecologista conseguiu encaixar [uma consulta], no mesmo dia. (M21)

Apesar da satisfação com relação à disponibilidade de atendimentos em CsGs, exames e procedimentos relacionados à atenção ginecológica, estas mesmas usuárias destacam a insatisfação quanto à disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde. O depoimento indica que, muitas vezes, foi necessária realizar a compra do medicamento pela própria usuária.

Precisei do tratamento, vinha para o posto e não tinha [medicamento], ia para farmácia, muitas vezes aconteceu isso. Alguns medicamentos eu comprei. A pomada ginecológica, sempre tive que comprar. (M10)

Um aspecto positivo destacado pelas usuárias do município A é a oferta de exames diagnósticos, como a mamografia, além das CsGs. As falas abaixo evidenciam a satisfação das usuárias com a disponibilidade dos exames diagnósticos.

A mesma coisa, a minha mamografia eles mesmo que marcaram, só ligaram para minha casa pra avisar. (M1)

O posto que marca, eu fiz no mesmo mês o preventivo e a mamografia. (M4)

Quanto à disponibilidade de recursos humanos, as usuárias do município B destacam a necessidade de contar com o atendimento de um ginecologista na unidade de saúde do seu município, evidenciando o desejo de acessar o saber técnico de um especialista. Segundo as usuárias, isso facilitaria o acesso às consultas e procedimentos, diminuindo a espera e a necessidade de deslocamento para outros municípios.

Acho que se tivesse uma ginecologista aqui seria melhor. (M13)

Sempre fui bem atendida, seria bom uma ginecologista aqui. (M14)

Eles disseram que vão trazer, que estão tentando. (M17)

Como o município A já conta com este profissional, este problema não foi mencionado pelas usuárias. A demanda por profissionais da área da medicina é conhecida e enfrentada de diferentes modos pelos gestores, sendo que alguns programas mais recentes têm enfrentado essa problemática, propondo mudanças na formação médica e na distribuição desses profissionais pela rede de assistência.¹⁶⁻¹⁷ O município B está localizado em uma área de abrangência rural, dificultando ainda mais a contratação de profissionais. Neste cenário, o CIS configura-se como estratégia útil para a viabilização da oferta de serviços que não podem ser viabilizados no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise sugere que, em ambos os municípios, existem fragilidades nas condições de acesso à atenção em saúde ginecológica nos serviços de atenção básica configurada, principalmente, pelo acesso à CG. Ficou evidenciado que as usuárias conseguem acessar tecnologias de cuidado específicas da ginecologia, como é o caso da CG e dos procedimentos de mamografia e exames preventivos de colo de útero. Por outro lado, a configuração das consultas, limitada a protocolos e metas assistenciais definidas a priori, se revelou influente na restrição das ofertas de cuidado acessadas.

Apesar de não haver consenso entre as participantes da pesquisa sobre os problemas que afetam as condições de acesso à atenção em saúde no campo da ginecologia nos municípios em tela, os dados revelam que, na sua percepção, este acesso pode ser melhorado. Aceitabilidade e satisfação em relação às ofertas assistenciais, melhor comodidade e facilidade para utilizá-las e disponibilização de atendimento especializado em ginecologia foram aspectos referidos pelas usuárias como importantes no atendimento das suas necessidades.

Referente à aceitabilidade, mesmo sem consenso, os dados sugerem que algumas participantes sentem desconforto na realização da CG e, por vezes, sofrem com a falta de ética dos profissionais que realizam o procedimento. Quanto à comodidade, as participantes mencionam que são atendidas mas que, muitas vezes, se deslocam para outros municípios integrantes da rede de atenção, a fim de garantir a resolutividade de suas necessidades de saúde. No que se relaciona à disponibilidade, os depoimentos sugerem a necessidade de contratação de mais médicos ginecologistas para atender as usuárias dos dois municípios, melhorando o acesso e tornando mais rápido os atendimentos.



Os dados foram coletados em municípios pequenos e com características culturais, geográficas, econômicas e populacionais próprias. Assim, o estudo apresenta como limitações a impossibilidade de generalizações, característica comum às pesquisas qualitativas.

Estas limitações, contudo, não reduzem a relevância das contribuições da pesquisa para o campo da saúde das mulheres, em especial da saúde ginecológica, para a sensibilização de profissionais que atuam no campo e são protagonistas nas áreas do ensino, pesquisa, assistência e gestão, de modo a pensar e implementar mudanças. E, considerada a significativa participação de enfermeiros neste contexto, particularmente na realização de CsGs no cenário da atenção básica, é possível argumentar que os resultados do estudo podem servir, especialmente, para sensibilizar estes profissionais para uma reconfiguração dos modos como esses vem atendendo as usuárias nesse cenário.

A sensibilização dos profissionais pode, também, repercutir no âmbito da formação em enfermagem. Enfermeiros docentes e enfermeiros assistenciais que atuam nos serviços onde os alunos tem seus estágios práticos, são os principais responsáveis pela condução dos processos de ensino na enfermagem. Suas convicções e suas práticas são, em grande medida, as principais referências para a atuação dos futuros enfermeiros. Associado a isso, a visão mais abrangente sobre a consulta ginecológica nos estudantes em formação pode repercutir na assistência prestada posteriormente. O ensino, a pesquisa e a extensão na área da saúde da mulher, podem valer-se do conceito ampliado de consulta ginecológica, investigando e problematizando uma visão geral de saúde, que transcenda aspectos biológicos e considere outros marcadores da vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. 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; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
3. Silva MMP, Lagana MTC, Simpson CA, Cabral AMF. Acesso a serviços de saúde para o controle do câncer do colo uterino na atenção básica. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2013 [acesso em 2017 set 08];5(3):273-82. Disponível em:



http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2042/pdf_867. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n3p273.

4. Diniz AS, Xavier MB, Braga PP, Guimarães EAA. Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. *Rev APS*. 2013;16(3): 333-7.

5. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 set 08];21(60):52-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100052&lng=en. Doi.org/10.1590/1807-57622015.0357.

6. Frigo J, Oliveira DLLC, Rodrigues RM, Zocche DAA. A consulta ginecológica e seu potencial para produzir integralidade da atenção em saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2016 [acesso em 2017 set 08];10(4): 1299-306. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11117/12594>.

7. Manica ST, Drachler ML, Teixeira LB, Ferla AA, Gouveia HG, Anschau F, et al. Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 set 08];37(1):e52287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100410&lng=en. Doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.52287.

8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.

9. Oliveira DLLC. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perception about sexual risks. *Ciênc Saúde Colet*. 2011 [acesso em 2017 set 08];16(2):3093-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800009&lng=en. Doi.org/10.1590/S1413-81232011000800009.

10. Jorge RJB, Diogenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRL, Jorge Júnior R. Pap smear screening: sensations reported by nursing professionals when submitted to this test. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011 [acesso em 2017 set 08];16(5):2443-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500013&lng=en. Doi.org/10.1590/S1413-81232011000500013.

11. Lida M, Horiuchi S, Porter SE. The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*. 2012 [acesso em 2017 set 08];28(4):398-405. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613811000969?via%3Dihub>.

12. Braga RQ, Ribeiro HA. Administração de consórcios intermunicipais de saúde. *Rev Bras Gestão Engenharia*. 2011 [acesso em 2017 set 08];3(7):105-22. Disponível em: <http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia/article/view/54/67>.

13. Leite MF, VittaI MCF, Carnaz L, Conti MHS, Marta SN, Gatti MAN, et al. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2014 [acesso em 2017 set 08];24(2):208-13. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000200014&lng=pt&nrm=iso.



14. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis (Rio J)*. 2014;24(1):127-46. [acesso em 2017 set 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00127.pdf>.
15. Reis C, Mattos MM, Lenzi FC, Santos T. Information technologies in health: challenges and prospects from the evaluation members of the public network Blumenau (SC). *Rev Gest Sist Saúde*. 2015;4(1):71-82. [acesso em 2017 set 08]. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/195888d6335be60ba51ec3d0e73e407c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037575>. DOI: 10.5585/rgss.v4i1.115.
16. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 [acesso em 2017 set 08];21(9):2655-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en. Doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016.
17. Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015 [acesso em 2017 set 08];19(Supl 1):731-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500731&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1079>

Data de submissão: 03/10/2016

Data de aceite: 21/09/2017

Autor principal: Maíra Rossetto

Email: maira.rossetto@uffs.edu.br

Endereço: Travesa Tijucas, nº108, edifício Vista Alegre, apartamento 802, bairro Presidente Médice, Chapecó, SC, Brasil.

CEP: 89801-307