



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABÍOLA DE SOUZA LIMA SANTOS

**A RELEVÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA
CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM**

Salvador-BA
2017

FABIOLA DE SOUZA LIMA SANTOS

**A RELEVÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA
CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM.**

Trabalho de conclusão de residência apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e Fundação Estatal Saúde da Família – FESF.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2017.

Edvanda Gomes Trindade - Orientadora _____
Enfermeira e Especialista em Saúde da Família (Instituto de Saúde Coletiva - ISC UFBA)

Giani dos Santos Barreto _____

Membro 01

Aline Dantas _____

Membro 02

SANTOS, Fabíola de Souza Lima. A relevância da educação em saúde na consulta ginecológica de enfermagem. 20 f. 2017. Trabalho de conclusão de residência (Especialização) – Fundação Estatal Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2017.

RESUMO

A definição de educação em saúde baseia-se no conceito de promoção da saúde, que abrange processos sobre a participação de toda a população em sua vida cotidiana. O sujeito deve fazer parte da construção da proposta de saúde, devendo tornar-se o principal ator desta prática. No que tange a promoção e prevenção da saúde em torno do câncer de colo de útero, estas são fundamentais, em especial as desenvolvidas pela enfermeira da atenção primária através da educação em saúde na consulta ginecológica de enfermagem, pois esta enfermidade na atualidade ainda se configura em um grave problema de saúde pública. Este estudo consiste em um relato de experiência, no qual retrata aspectos vivenciados, nas consultas de enfermagem do preventivo ginecológico, abordado a partir um olhar qualitativo, com métodos observacionais, descritivos e de intervenção. Foram usadas 3 categorias: Cenário encontrado e o início da residência; Inovando na consulta ginecológica: uso da ludicidade; Repercussão da conduta adotada. Este estudo ressalta a importância de reflexão sobre a práxis de enfermagem envolvendo a consulta ginecológica e a imprescindibilidade do uso da educação em saúde de forma coletiva, em seu cotidiano centrada nas usuárias, em suas necessidades e seus conhecimentos, com vistas a promover uma assistência humanizada e qualificada.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Enfermagem. Câncer de Colo de Útero. Papanicolau. Lúdico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. METODOLOGIA.....	8
3. CENÁRIO ENCONTRADO E O INÍCIO DA RESIDÊNCIA	9
4. INOVANDO NA CONSULTA GINECOLÓGICA: USO DA LUDICIDADE.....	10
5. REPERCUSSÃO DA CONDUTA ADOTADA	14
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A definição de educação em saúde está ancorada no conceito de promoção da saúde, que abrange processos sobre a participação de toda a população no âmbito de sua vida cotidiana e não apenas dos indivíduos sob o risco de adoecimento. Essa concepção está apoiada em uma concepção de saúde, considerada como um estado benéfico e dinâmico de busca do bem-estar, que une os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social (MACHADO et al, 2007).

A prática da educação em saúde tem sofrido transformações históricas marcadas por um aprofundado e amplo discurso referente à questão de higiene no cuidar do paciente. No século XIX, este entendimento assumiu importância histórica, principalmente na Europa, a partir da revolução bacteriana e das descobertas em torno destas, nas quais foram à base das ações em saúde, onde a educação tornou-se o recurso viabilizador para amparar a transformação de hábitos familiares de higiene (VIEIRA, 2007).

Vale destacar que, no final do século XIX, o governo brasileiro, com base no discurso higienista, associava as ações de saneamento nas cidades, embasadas no modelo europeu de civilização, vinculando a ocorrência de epidemias à pobreza existente em alguns cenários, aplicando a prática educativa em saúde através da força policial (CHALHOUB, 1996).

As críticas a este modelo e a proposta educativa, estão embasadas no fato de que este era desenvolvido com autoritarismo, sem levar em conta a subjetividade, a vivência e o conhecimento dos sujeitos envolvidos nos métodos educativos. A partir da circunstância em que há ampla valorização da higiene e da limpeza, os sujeitos passam por meros adjuvantes neste processo, visto que seus saberes práticos pregressos neste modelo, são irrelevantes (ACIOLI; LUZ, 2003).

O sujeito deve fazer parte da construção da proposta de saúde, visto que este se configura no principal ator desta prática, deixá-lo fora desta, torna a conduta mecanizada e pode favorecer a não aceitabilidade e adesão ao proposto, pelo fato do mesmo não estar conscientizado sobre o processo.

Diante disto, a partir da década de 70, a educação em saúde no Brasil toma outro rumo a partir de movimentos sociais e militâncias em busca dos direitos de cidadania, onde uma gama de profissionais da saúde interagia através do movimento sanitário, com intuito de superar a atenção centralizada no âmbito biologicista e hegemônico de atenção à saúde, quando as medidas preventivas e educativas aconteciam de forma isolada e fragmentada (GOMES; MEHRY, 2011).

A consequência disto foi à redefinição do papel da educação em saúde, visto que as propostas de uma educação transformadora, sem repressão, foram destacadas como meio de resistência e luta, bem como maneira de estabelecer a vinculação entre saber popular e saber acadêmico (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Observando o caminhar da história, percebe-se que no Brasil, o movimento sanitário passa a ser um marco histórico, em que o indivíduo passa de objeto de intervenção, à participante das práticas de saúde, onde aos poucos o contexto da educação em saúde, sai do modelo verticalizado para o horizontalizado, no qual o sujeito também interfere e constrói as políticas de saúde no país.

A década de 90 no Brasil foi caracterizada pela implantação de novos programas de saúde, com intuito de promover a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS), nos variados contextos. O Programa Saúde da Família e consequente, Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi uma das estratégias do SUS, que se constituiu em um importante instrumento para a atuação da enfermagem, voltado à reorientação de práticas de educação em saúde. Esta mudança expressiva no modelo de atenção à saúde, aproximou o enfermeiro da tríade paciente/família/comunidade (SENNA, 2002).

Neste contexto, a atuação da enfermagem na educação em saúde é inserida como um método para o desenvolvimento de uma relação dialógico-reflexiva entre o profissional enfermeiro e o paciente, em que este último se conscientizasse sobre sua situação de saúde/doença e se percebesse como protagonista e transformador de sua própria vida com autonomia (SOUZA, et al, 2010).

Assim, a enfermeira se fundamenta em Freire (2000) que se configura em um dos maiores idealizadores da realização da educação em saúde de forma libertadora e transformadora, onde na relação educador/educando, não há um saber soberano, mas saberes diferentes que devem confluir para a conscientização, reflexão e liberdade de escolha.

No que tange a promoção e prevenção da saúde em torno do câncer de colo de útero, estas são fundamentais, pois sendo a enfermeira atuante da atenção primária e uma das promotoras destas estratégias, esta pode e deve disseminá-las na consulta de enfermagem do preventivo ginecológico, visto que um cuidado prestado às usuárias com qualidade e excelência pode evitar problemas de morbimortalidade irreversíveis.

Segundo o Inca (2016) o câncer do colo do útero traduz-se em um relevante problema de saúde pública, devido a sua alta incidência. No ano de 2012, foi estimada a ocorrência de 527 mil casos novos e de 265 mil óbitos em mulheres a nível mundial, alcançando o quarto lugar nível global. No Brasil é o terceiro tumor mais recorrente, teve a estimativa de 16.340

casos incidentes, sendo o risco previsto de 15,85 por 100 mil mulheres e na Bahia estimou-se em 1.180 casos, ambos em 2016.

Diante deste contexto, segundo o Ministério da Saúde (2016), o exame do preventivo ginecológico (ou Papanicolau ou exame citopatológico) foi implementado na atenção primária, como forma preventiva diagnóstica e de tratamento das possíveis transformações cervicais, com a finalidade de prevenir o câncer de colo de útero.

Neste cenário, em geral a enfermeira tem como atribuições: Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária; Solicitar, avaliar exames e prescrever tratamento para outras doenças detectadas como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), na oportunidade do rastreamento do câncer de colo de útero, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidas; Contribuir, realizar e participar das atividades de “educação permanente” de todos os membros da equipe (BRASIL, 2012 e 2013).

Percebe-se que não é mencionado o uso da educação em saúde com as usuárias como método eficaz para inclusão destas em todo o processo. A consulta de enfermagem, em especial do preventivo ginecológico, pode se configurar em um ambiente propício para a implantação e o desenvolvimento da educação em saúde, pelo fato da enfermeira possuir a vinculação com as usuárias/comunidade, podendo desenvolver formas criativas e dinâmicas neste ambiente, principalmente de forma coletiva.

Para prestar o cuidado na assistência à saúde, é necessário que a enfermeira incentive o compartilhamento coletivo de experiências, percepções e sentimentos (GEHRMANN et al, 2007).

As atividades coletivas surgem como uma alternativa que agrega os sujeitos inseridos em realidades divergentes e com saberes diferentes, proporcionando a troca de conhecimentos. A partilha de experiências em espaços coletivos propicia aos envolvidos, alternativas que proporcionam a adesão às condutas e aos encaminhamentos adotados através das vivências exitosas de outros pares do grupo (GURGEL et al, 2013).

Neste sentido, na atividade coletiva referente à consulta de enfermagem do preventivo ginecológico, pontua-se que é possível conscientizar às usuárias como protagonistas das ações de saúde, valorizando os seus saberes, promovendo as trocas de experiências e a autonomia, aumentando a capacidade reflexiva da complexidade dos determinantes de saúde, de forma a torná-las empoderadas e conscientes de que o autocuidado é imprescindível.

No processo de aprendizagem coletiva o uso do lúdico pode ser um excelente aliado para que haja interação e assimilação do conteúdo exposto. Para Alves (1987), um defensor

da ludicidade, esta preocupa-se com o aqui e agora, não prepara para um futuro inexistente, sendo o momento em que ocorre esta atividade, o fruto que brotará no amanhã, favorecendo a construção do futuro a partir do presente.

Conforme Winnicott (1995), outro simpatizante do lúdico, este é considerado prazeroso, em função da capacidade de absorver o indivíduo de forma intensa e total, promovendo um clima de entusiasmo. É este aspecto de abrangência emocional que torna uma atividade de forte teor motivacional, sendo capaz de proporcionar um estado de vibração e euforia.

Assim, o lúdico é uma ferramenta que promove a melhoria dos resultados por parte dos educadores interessados no favorecimento de transformações. Este instrumento é uma necessidade humana que proporciona a interação do sujeito com o ambiente em que vive, sendo considerado como meio de expressão e aprendizado. As atividades lúdicas propiciam à incorporação de valores, o crescimento cultural, a assimilação de novos conhecimentos, o desenvolvimento social e criativo do indivíduo (PINTO; TAVARES, 2010).

Neste âmbito, a consulta ginecológica de enfermagem se configura em um ambiente de reelaboração do conhecimento vivencial e constituído, principalmente em coletividade, sendo o uso da ludicidade com as usuárias, um excelente método para promover a educação em saúde, fazendo com que as mulheres sejam protagonistas de todo o processo, possibilitando uma construção significativa e contínua do aprendizado em favor de sua saúde e conseqüentemente de uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, este trabalho se justifica pela identificação sobre a falta de informações das mulheres sobre a consulta ginecológica de enfermagem; a insegurança e receio destas em realizar o procedimento e a importância de problematizar o papel da enfermagem na consulta do preventivo ginecológico.

E tem como objetivos: Relatar a experiência prática da educação em saúde na consulta ginecológica de enfermagem, utilizando atividades lúdicas como ferramenta educativa e assim poder contribuir para a reflexão dos profissionais de enfermagem sobre o seu papel, na orientação às mulheres em consultas do preventivo ginecológico.

2. METODOLOGIA

Este estudo se configura em um relato de experiência, por se tratar de uma ferramenta científica da pesquisa descritiva que evidencia uma reflexão sobre uma ação ou um agrupamento de ações, acerca de uma situação vivenciada no contexto profissional de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

A pesquisa retrata aspectos vivenciados pela autora, nas consultas de enfermagem do preventivo ginecológico realizadas na USF CAIC, campo de atuação da residência multiprofissional em saúde da família Fesf/Fiocruz.

A atividade prática ocorreu no período compreendido entre julho a dezembro de 2015, teve como método a observação direta durante as consultas, que ocorriam todas as sextas-feiras, na cidade de Camaçari-Bahia.

O cenário em questão foi abordado a partir de um olhar qualitativo, descrito através de métodos observacionais, descritivos e de intervenção.

Para descrição da prática, foram usadas 3 categorias, a saber: Cenário encontrado e o início da residência; Inovando na consulta ginecológica: uso da ludicidade; Repercussão da conduta adotada, bem como foram utilizadas as seguintes palavras chave: Educação em Saúde. Enfermagem. Câncer de Colo de Útero. Papanicolau. Lúdico.

3. CENÁRIO ENCONTRADO E O INÍCIO DA RESIDÊNCIA

A residência multiprofissional em saúde da família da Fesf/Fiocruz, iniciou suas atividades na cidade de Camaçari, no dia 09 de março de 2015, na região 3, atualmente 4, onde os residentes foram distribuídos em 5 unidades de saúde. Inicialmente fiquei na Policlínica de Nova Aliança, que atendia em média 21 mil usuários por meio de uma equipe composta por médicos especialistas, dentistas, enfermeiras, nutricionista, assistente social e técnicas de enfermagem, porém segundo relatos dos usuários, para conseguir marcar um atendimento era necessário dormir em filas fora da unidade, visto que as senhas eram distribuídas por ordem de chegada pela manhã, o que limitava o acesso deles ao serviço.

Após a entrada da residência, a Policlínica migrou para Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Aliança, passando a funcionar com 4 equipes de saúde da família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, mudando totalmente o contexto encontrado. Esta implantação teve como base a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde.

Próximo a USF de Nova Aliança existia um posto de saúde desativado há alguns anos, que passou por reforma e foi reinaugurado no dia 17 de julho de 2015, passando a funcionar como USF CAIC composto por 3 equipes mínimas (uma das quais eu comecei a fazer parte) e um NASF. Esta Unidade passou a fazer o atendimento a 9000 usuários, dos bairros do PHOC I e II, que migraram da USF Nova Aliança, tornando a quantidade de usuários equivalente nas 2 unidades.

O cenário encontrado apresentava uma demanda reprimida, lotando a Unidade de forma considerável, principalmente em busca do preventivo ginecológico, visto que muitas mulheres, segundo relatos, estavam sem atendimento há bastante tempo.

Assim foi iniciada a implantação do acolhimento na USF CAIC (que foi sendo moldado longitudinalmente), partindo da territorialização e cadastramento das famílias, com intuito de qualificar a oferta de serviços, bem como para conhecer e criar vínculos com a população adstrita.

Particularmente, eu como enfermeira atendia a todas as demandas que apareciam, inclusive aos programas determinados pelo Ministério da Saúde, especialmente as consultas de enfermagem ginecológica, onde as vagas eram preenchidas rapidamente em minha agenda, devido à precariedade pregressa de atendimento, visto que os profissionais de saúde lotados na região 4 não davam conta da quantidade demandada de usuários, situação esta que foi se regularizando após a entrada da residência, visto que esta inseriu uma gama expressiva de profissionais de saúde neste cenário.

Apesar da ampla demanda para marcação da consulta ginecológica de enfermagem, nem todas as usuárias compareciam, fazendo com que eu entrasse em contato com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para fazer busca ativa das absenteístas, além disto as usuárias que compareceram às consultas também ajudavam disseminando as experiências vivenciadas para as suas vizinhas faltosas, no qual será descrito posteriormente.

4. INOVANDO NA CONSULTA GINECOLÓGICA: USO DA LUDICIDADE

Antes de adentrar a área de saúde, em minhas experiências como paciente na consulta ginecológica na rede privada, sempre quis saber quais e porque aqueles materiais eram utilizados, porém em nenhum destes momentos foi esclarecido. Além disto, alguns profissionais realizavam o exame das mamas, mas não explicavam a forma e o período ideal para sua prática. Dessa forma, o profissional realizava o atendimento de forma rápida e mecanizada não demonstrando sensibilidade para perceber as possíveis demandas das usuárias e nem do esclarecimento de suas dúvidas.

A experiência pregressa como paciente me fez transformar a consulta ginecológica de enfermagem inserindo a educação em saúde desde o primeiro atendimento, visto que esta é necessária para prestar um cuidado qualificado, respeitando a usuária e tornando-a parte do processo de saúde.

Assim, a consulta de enfermagem do preventivo ginecológico, objetiva não somente prestar um atendimento voltado para os aspectos biológicos das usuárias, mas principalmente

interrelacioná-los com os aspectos sociais e psicológicos, com intuito de garantir que o cuidado prestado seja transformador, inovador, interdisciplinar e integral. Desta forma é preciso respeitar as mulheres diante de suas singularidades, realidades e ciclos de vida, assegurando que suas demandas bio-psico-sociais sejam atendidas, respeitando a autonomia destas, frente ao seu processo de saúde/doença (TEIXEIRA et al, 2013).

Segundo Lício, Zuffi e Ferreira (2013) o acolhimento constitui-se em uma poderosa ferramenta que permite maior acesso da mulher ao serviço de saúde e possibilita a construção de vínculos, além de avaliação global e intervenção possivelmente mais resolutiva, consolidando-se, assim, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na USF CAIC as usuárias eram atendidas por ordem de chegada, em todas as consultas. No início do turno de atendimento, eu me dirigia à sala de espera, me apresentava e segurando em sua mão, a conduzia até o consultório. Em seguida, iniciava um diálogo para saber se elas já tinham feito exame Papanicolau antes, se sabia o objetivo do exame, os materiais utilizados e se realizava mensalmente o autoexame das mamas. Esta forma de abordagem além de acolhedora favorece a criação de vínculo. Este era um momento estratégico também para me familiarizar sobre outras questões biológicas e da vida pessoal e social que poderiam influenciar na realização do exame.

Neste contexto, ressalto que desde o meu primeiro atendimento, todas as mulheres atendidas nesta trajetória referiram que conheciam o espécuro, mas não sabiam porque depois de introduzido este era aberto dentro do canal vaginal. O restante dos materiais apresentados utilizados no exame, elas desconheciam a função ou nunca tinham visto.

Desta forma, separei todos os materiais utilizados para realização do preventivo ginecológico para usá-los como ferramenta da educação em saúde nas consultas, começando individualmente, onde apresentava os utensílios, entregava-os a mulher para que os observasse e sentisse, ao passo que ia denominando e informando as funções de cada um. Neste momento muitas dúvidas iam sendo esclarecidas. Em seguida, questionava se sabia e realizava o exame das mamas, em caso afirmativo, pedia que demonstrasse como fazia. Pontuo que a maioria das mulheres não sabia realizar o exame das mamas e as que diziam saber, não o realizava com fidedignidade.

Para ensinar corretamente como realizar o exame das mamas fazendo uso da ludicidade, eu solicitava que a usuária ficasse sentada na maca de frente para mim e pedia que a mesma imaginasse que ela seria um espelho e que eu seria ela, isto para poder ensiná-la a realizar o autoexame das mamas do modo e no período correto. Na sequência pedia que a mesma deitasse na maca para que eu realizasse a inspeção das mamas. Ressalto que na USF

não havia roupa descartável para as usuárias utilizarem no momento do exame ginecológico, assim eu as cobria com sua própria roupa, com intuito de manter a privacidade e evitar constrangimentos.

Após a inspeção das mamas, eu fechava uma de minhas mãos na frente da usuária e pedia que a mesma fechasse uma das dela e colocasse atrás da minha. Fazendo uso do lúdico, solicitava que a mulher imaginasse que minha mão era a vagina, e seu canal e a dela o útero. Dizia que era ali que o espécuro iria entrar e ser aberto, por ser o canal estreito, e por ser escuro eu tinha que utilizar o foco para iluminar, tudo isto para enxergar o canal e alcançar o útero.

Dando seguimento, eu pedia que a usuária fizesse de conta que seu braço era o canal vaginal e com minhas mãos eu o apertava e soltava, e perguntava se ela conseguia fazer este movimento com o canal vaginal, após a afirmação, eu informava que o canal fazia estes movimentos quando contraíamos e relaxávamos, pois esta estrutura é composta também por musculatura, e que esta servia para ajudar os bebês a saírem, bem como para o prazer sexual. Neste momento eu expunha para ela que seria importante ela se manter relaxada, pois a tensão muscular causaria dor e desconforto.

Antes de introduzir o espécuro na genitália da usuária, eu informava que iria tocá-la para abrir os lábios e introduzir o aparelho com intuito de não machucá-la, conversando com a mesma durante todo o exame, fortalecendo a confiança e a vinculação entre nós.

Esta consulta individual durava em torno de 50 a 60 minutos, porém a usuária saía muito satisfeita com o atendimento. No entanto, as usuárias que estavam aguardando para serem atendidas, reclamavam devido à demora em chegar para que a sua vez. A usuária que havia recebido o atendimento acalmava as que estavam aguardando dizendo que iriam se sentir muito bem, pois o atendimento era diferenciado. No final de todos os atendimentos, as usuárias diziam que entravam chateadas por aguardarem muito tempo para serem consultadas, mas todas elas sem exceção expressavam que nunca tinham sido atendidas desta maneira, com respeito e inúmeras informações das quais elas desconheciam.

Fiz o atendimento individualmente, em duas sextas-feiras seguidas, então tive a ideia de começar a realizar a educação em saúde com todas as usuárias dentro do consultório de uma só vez, para que houvesse uma interação entre nós coletivamente e para que a consulta não demorasse tanto. A partir da terceira sexta-feira, solicitei que todas as usuárias me acompanhassem ao consultório, e já dentro dele, às convidava para participar de um momento de educação em saúde sobre o processo que iriam vivenciar e todas aceitavam.

Daí em diante, comecei a realizar a educação em saúde de forma coletiva, fazendo os questionamentos citados anteriormente na consulta individual. Pedia que quem se sentisse à vontade contasse às suas experiências pregressas e o que sabiam sobre a consulta ginecológica. Assim, todas participaram. Durante estes momentos das consultas, foi citado que: 1) Os profissionais agiam de forma mecânica e muito rápida; 2) Elas se sentiam um objeto na maca; 3) Muitas vezes eram machucadas na hora do exame e quando se queixavam eram repreendidas pelos profissionais; 4) Ficavam constrangidas por estarem expostas; 5) Tinham muitas dúvidas, mas a conduta profissional provocava receio em questioná-los; 6) Tanto na rede privada, como no SUS, geralmente a prática profissional citada se repetia; 7) O papanicolau servia para tratar corrimentos vaginais e IST's; 8) Devido o atendimento prestado, muitas vezes não voltavam para pegar o resultado do exame e se automedicavam; 9) O comportamento profissional causou traumas em algumas e por isto estavam há muitos anos sem realizar o procedimento, retornando naquele momento por terem ouvido comentários de outras usuárias, suas vizinhas, que a consulta delas tinha sido diferente; 10) Tinham curiosidade em conhecer os materiais e sua utilidade.

Após este momento os materiais eram apresentados, denominados, bem como exposto a sua funcionalidade. Depois de sanadas as dúvidas, era questionado sobre quem sabia e realizava o autoexame das mamas; a maioria não realizava e disseram que não sabiam como fazer. As mulheres que expressavam que sabia, eu perguntava se podia mostrar para todas, elas mostravam e nenhuma em todo o período de atendimento realizava da forma correta. Então, eu valorizava o que estava certo e usando a imaginação do espelho, como citado antes nas consultas individuais, eu dava as orientações sobre a forma e o período exatos para efetuar o procedimento.

Como mencionado anteriormente na consulta individual, a forma lúdica era exposta fazendo alusão ao trajeto do espéculo, mas desta vez com a participação de duas usuárias usando as suas mãos para demonstração do canal vaginal e o útero, bem como em seus braços para fazer alusão à contração e relaxamento da musculatura vaginal.

Esse momento de educação em saúde coletiva ocorria entre 10 a 15 minutos e após sua finalização as mulheres saíam e se iniciava de fato as consultas individuais.

O ambiente se tornou humanizado, coletivo, descontraído, dinâmico e amplamente participativo, onde a promoção do aprendizado, o compartilhamento de saberes com a valorização das experiências das usuárias, a vinculação e principalmente a confiança entre nós foi expressamente estabelecida.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a humanização e a qualidade da atenção em saúde são fundamentais para que as ações de saúde se configurem na resolutividade dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente as suas necessidades, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e principalmente na promoção do autocuidado.

Segundo Matamala (1995), a qualidade da atenção precisa se referir a um conjunto de aspectos que englobam as questões bio-psico-sociais, sexuais, ambientais e culturais. Implicando na superação do modelo biologicista/médico hegemônico nos serviços de saúde e a implementação do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

5. REPERCUSSÃO DA CONDUTA ADOTADA

A prática realizada nestas consultas mudou radicalmente o comportamento das usuárias faltantes, pois estas começaram a comparecer integralmente, transformando o cenário anterior, visto que aos poucos o fluxo foi se regularizando e suas necessidades iam sendo sanadas.

Logo quando se iniciou o atendimento eram marcadas 5 consultas no turno e algumas usuárias não comparecia, após a disseminação do atendimento diferenciado e da forma de abordagem, aumentou significativamente a procura das usuárias pela consulta, passando para 9 consultas, inclusive usuárias de outras unidades de saúde me procuravam para fazer o atendimento informando que não estavam conseguindo ser atendidas, referindo que em suas localidades não havia USF e nas UBS existentes o atendimento era precário. Como não pertenciam à área adstrita eu fazia o acolhimento, a abordagem sindrômica e as referenciava para as suas Unidades de forma segura, após contato telefônico com as referidas unidades de saúde.

A equipe da qual fazia parte era composta por mim e outra colega enfermeira, onde 4 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) ficavam sob nossa responsabilidade, sendo dividido 2 para cada. Faz parte do trabalho das ACS verificar com as (os) usuárias (os) como está sendo prestado o cuidado pelos profissionais de saúde da unidade. A repercussão da prática executada nas consultas ginecológicas influenciou as 4 ACS, que trabalhavam na equipe a realizar também a consulta comigo.

Vale ressaltar a importância desta prática da educação em saúde coletiva fazendo parte da consulta, sendo que a mesma profissional que a promovia de forma horizontalizada, também realizava o papanicolau, favorecendo o processo da consulta ginecológica.

A educação em saúde amparada nos pensamentos de Freire (2000), é competente e coerente, expõe o interesse pela vida, à esperança em um mundo melhor, afirma a predisposição de luta, a aceitação às diferentes realidades, além de se configurar em uma forma consistente com que se vivencia a presença do Ser no mundo.

Ainda segundo o autor, a utilização de uma prática educativa crítica, como experiência essencialmente humana, fundamenta uma forma de intervir no mundo, vinculado com o princípio democrático, que renega qualquer forma de dominação e discriminação, e nesta é possível compor ações de cunho criativo, dinâmico, inovador e renovador, na crença de que é possível haver a transformação necessária, especialmente na educação em saúde.

Após a abordagem sindrômica e no ato do exame propriamente dito, quando era detectada a leucorréia, era prescrito a terapêutica e orientado como as usuárias deveriam proceder, bem como era solicitado que retornassem após o tratamento para informar o resultado do mesmo. Todas sem exceção retornaram e eram gratas pelo cuidado prestado.

Ponto que nas consultas de Planejamento Familiar (PF), havia um número alto de faltosas, aproveitando o momento das consultas ginecológicas, informava sobre a relevância da realização das consultas de PF, para que o cuidado fosse prestado de forma integral. As usuárias começaram a vir às consultas de PF e em algumas destas o companheiro as acompanhava, alguns destes expunham que vinham me conhecer, após os relatos de suas parceiras. Este comportamento evidencia o empoderamento das usuárias e a conscientização sobre o protagonismo delas em sua própria saúde, bem como o papel de multiplicadoras de conhecimento.

Ao final das consultas as mulheres vinham me abraçar e agradecer por tê-las tratado de forma “diferenciada”, algumas diziam que eu deveria ser ginecologista. Eu explicava que aquele era o meu papel e que contava com elas para que cuidassem de si de forma consciente.

O processo educacional aplicado deve favorecer uma relação igualitária entre educando/educador. Assim, há a necessidade de promover o empoderamento de indivíduos e comunidades, transformando-os em sujeitos mais autônomos para fazer escolhas conscientes (LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009; BACKES et al, 2009).

Neste contexto, compreendendo, que a principal finalidade da educação em saúde é promover a saúde para que indivíduos vivenciem a vida com qualidade, formar-se-ão sujeitos conscientizados e preparados para se responsabilizar por sua própria saúde, intervindo no ambiente que gere manutenção desta (OLIVEIRA, 2005; SOUSA et al, 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se adentra um serviço de saúde em busca de atendimento, mais especificamente em ginecologia, busca-se a resolução de queixas, diminuição de dúvidas e minimização da ansiedade. Esta tarefa é complexa, principalmente porque a consulta ginecológica de enfermagem não se configura somente na exposição do órgão genital feminino, mas está atrelada à exposição da vida, medos, comportamentos sociais e enfrentamentos que são codificados nas queixas das usuárias e que a enfermeira precisa estar atenta.

Através da experiência vivenciada e dos relatos das usuárias, este estudo mostra que a consulta ginecológica está vinculada predominantemente à coleta do exame citopatológico de forma mecânica e sem levar em conta os anseios e dúvidas das usuárias, e muito menos o uso da educação em saúde valorizando os saberes das protagonistas.

É relevante destacar que esta experiência promoveu um envolvimento essencial na saúde das mulheres atendidas, haja vista que a inserção da educação em saúde principalmente de forma coletiva no início da consulta ginecológica, através do acolhimento, promoção da humanização, da disseminação de informações, da troca e valorização dos saberes, do fortalecimento da vinculação, da confiança mútua e em especial o uso da ludicidade, tornou as mulheres empoderadas, motivadas e multiplicadoras do conhecimento de modo oportuno, através da promoção e atendimento integral à saúde da mulher.

Nesse contexto, a busca de novas ideias pode direcionar a (o) enfermeira (o), de um modo geral, à construção de novos conhecimentos e comportamentos, adquiridos a partir da participação ativa, como membro responsável do processo de mudança. Para isso, o processo educativo deve estar vinculado ao despertar do profissional, com intuito de garantir uma aprendizagem contínua, porém ressalto que faz-se necessário uma mudança na graduação em enfermagem, sendo fundamental a inserção do uso da educação em saúde em sua grade curricular visto que este despertar pode ser adquirido e incentivada dentro da academia.

Este estudo ressalta a importância de reflexão sobre a práxis de enfermagem envolvendo a consulta ginecológica e a imprescindibilidade do uso da educação em saúde de forma coletiva, em seu cotidiano centrada nas usuárias, em suas necessidades e seus conhecimentos, com vistas a promover uma assistência humanizada e qualificada.

Ressalto a imensa relevância pessoal e profissional que pude vivenciar nestas experiências com as usuárias, pois através do retorno positivo, tenho consciência de que o meu agir promoveu frutos e que devo continuar e aprimorar o meu papel como enfermeira no

intuito de enaltecer o bem maior que o Ser humano possui, a vida, e que seja vivida com saúde.

REFERÊNCIAS:

ACIOLI, Sonia; LUZ, Madel T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, à doença e o cuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2003, ago; 11(2): 153-158.

ALVES, RUBEM. **A gestão do futuro**. Campinas: Papyrus, 1987.

BACKES, Marli T. S; ROSA, Luciana M; FERNANDES, Gisele C. M; BECKER, Sandra G; MEIRELLES, Betina H. S; SANTOS, Sílvia M. A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2009, jan-mar; 17(1): 111-117.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativa 2016**. Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>>. Acesso em 24 ago 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativa 2016. Bahia e Salvador**. Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BA>>. Acesso em 16 jan 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVALCANTE, Bruna L. de L.; LIMA, Uirassú T. S. de. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**. 2012, jan-jun; 2(1): 94-103. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>>. Acesso em 06/11/2016.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

GEHRMANN, Taise; PAIVA, Kamila V; AQUINO Marli W; BOEHS, Astrid E. O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. **Ciências e Cuidado em Saúde** [on line]. 2007, jan-mar; 6(1): 120-125. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4984/3232>>. Acesso em 20 dez 2016.

GOMES, Luciano B.; MEHRY, Emerson E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2011, jan; 27(1): 7-18.

GURGEL Poliana K. F.; BRANDÃO, Isabel C. A.; SANTOS, Ana D. B.; MONTEIRO, Akemi I.; TEODÓSIO, Sheila S-C da S. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: uma ação coletiva da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE** [on line]. 2013, fev; 7(2): 625-631. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3150>>. Acesso em 20 dez 2016.

LÍCIO, Fernanda C; ZUFFI, Fernanda B; FERREIRA, Lúcia A. Concepção de enfermeiros de saúde da família sobre a consulta de enfermagem ginecológica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [on line]. 2013, out-dez; 5(4): 566-573.

LOPES, Emeline M; ANJOS, Saiwori J. S. B; PINHEIRO, Ana K. B. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2009, abr-jun; 17(2): 273-277.

MACHADO, Maria de F. A. S. et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2007, abr; 12(2): 335-342. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2016.

MATAMALA, Maria Isabel et al. **Calidad de la atencion, gênero: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

OLIVEIRA, Dora L. de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. 2005, jun; 13(3): 423-431.

PINTO, Cibele Lemes; TAVARES, Helenice Maria. O lúdico na aprendizagem: apreender e aprender. **Revista da Católica**, Uberlândia, 2010, 2(3): 226-235.

SENNA, Mônica de C M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S203-S211, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 dez. 2016.

SMEKE, Elizabeth L. M.; OLIVEIRA, Naiara L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36.

SOUSA, LEILANE B; AQUINO, Priscila de S; FERNANDES, Janaína F. P; VIEIRA, Neiva F. C; BARROSO, Maria G. T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2008, 16(1): 107-12.

SOUZA, Leilane B.; TORRES, Cibele A.; PINHEIRO, Patrícia N. da C.; PINHEIRO, Ana K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. 2010, jan-mar; 18(1): 55-60.

VIEIRA, Sergio L. S. A influência do positivismo e do higienismo nos primórdios da educação física brasileira e na ginástica nacional brasileira (capoeira). **O mundo da Saúde**. 2007, out-dez; 31(4): 500-510.

WINNICOTT, Donald W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

TEIXEIRA, Elberth H. M; QUEIROZ, Ana B. H; MOTA, Maria S. C; CARVALHO, Maria C. M. P; COSTA, Emília P. S. A saúde da mulher na perspectiva a assistência prestada pela enfermagem ginecológica: um relato de experiência. **Caderno Espaço Feminino**. 2013, jan-jun; 26(1): 179-189.