



ESTRATÉGIAS PARA A DESMEDICALIZAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

STRATEGIES FOR DESMEDICALIZATION IN GYNECOLOGICAL NURSING CONSULTATION

ESTRATEGIAS PARA LA DESMEDICALIZACIÓN EN LA CONSULTACIÓN DE ENFERMERÍA GINECOLÓGICA

Carla Marins Silva^I
Octavio Muniz da Costa Vargens^{II}

RESUMO: O ambiente da consulta ginecológica possui várias formas de invasão à mulher, atrelado ao conjunto de práticas medicalizadas, com uso indiscriminado da tecnologia e manipulação excessiva do corpo. Este artigo teve por objetivo apontar estratégias e possibilidades de desmedicalização na consulta de enfermagem à mulher. Neste contexto, o profissional deve colocar a mulher na posição de agente ativo, considerando todos os aspectos de sua vida, compartilhando decisões para posterior manipulação do corpo. Deve-se mudar a dinâmica habitual das consultas, onde deve haver uma troca constante na relação cliente e profissional. Em uma prática com princípios não invasivos, é preciso fazer diferente, ousando com mudanças contra a atitude medicalizada de cuidado. Estas estratégias visam o empoderamento da mulher, o respeito à autonomia e à independência, o direito de escolha e o restabelecimento do mundo do indivíduo. A enfermagem baseada na desmedicalização pode contribuir para a consolidação de um modelo humanizado no atendimento à mulher.

Palavras-chave: Saúde da mulher; enfermagem; ginecologia; consulta de enfermagem.

ABSTRACT: The atmosphere of the gynecological consultation include several situations of invasion for woman, mainly related to medicalized practices, the indiscriminate use of technology and manipulation of woman's body. This article aimed at point out strategies and possibilities for desmedicalization in nursing consultation. In this context, the professional should give to the woman an active role, considering all aspects of her life, sharing decisions for subsequent manipulation of the body. The dynamics of the consultation should have a constant change in the relationship woman and professional. In a practice with non-invasive perspective, it should happen in a different way, daring to do changes against the medicalized attitude. These strategies seek the woman's empowerment, the respect to the autonomy, independence, the right of doing her own choices. The nursing consultation from the desmedicalized perspective may contribute for the consolidation of an humanized model in the woman's attendance.

Keywords: Woman's health; nursing; gynecology; gynecological consultation.

RESUMEN: El ambiente de la consultación ginecológica incluye varias situaciones de invasión a la mujer, con prácticas medicalizadas, uso indistinto de tecnología y manipulación excesiva del cuerpo. El objetivo fue mostrar estrategias y posibilidades para la desmedicalización en la consultación de enfermería a la mujer. En este contexto, el profesional debe permitir a la mujer un papel activo, considerando todos los aspectos de su vida, compartiendo las decisiones para la manipulación subsecuente del cuerpo. La dinámica de la consultación debe cambiarse constantemente en la relación entre la mujer y el profesional. Una práctica bajo la perspectiva de no invasión debe ocurrir de una manera diferente, mientras atreviéndose a hacer los cambios contra la actitud medicalizada de cuidar. Estas estrategias buscan el empoderamiento de la mujer, el respeto a la autonomía y a la independencia, el derecho de escogimiento y el restablecimiento del mundo del individuo. La enfermería basada en la desmedicalización puede contribuir para la consolidación de un modelo humanizado en el atendimento a la mujer.

Palabras clave: Salud de la mujer; enfermería; ginecología; consultación de enfermería.

INTRODUÇÃO

A consulta ginecológica é de fundamental importância para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, além de prevenir agravos à saúde. Po-

rém, o ambiente da consulta ginecológica possui várias formas de invasão à mulher, atrelado ao conjunto de práticas medicalizadas com uso indiscri-

^IEnfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, Brasil. Email: carlamarins@hotmail.com

^{II}Enfermeiro Obstetra. Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, Brasil. Email: omcvargens@uol.com.br

minado da tecnologia. Com isso, a mulher perde sua autonomia, permitindo que o profissional decida o tipo de conduta a ser seguida, com manipulação excessiva do corpo, a partir de uma prática normativa, prescritiva, hierarquizada e de fora para dentro. Diante disso, a mulher pode não apresentar, durante a consulta, suas verdadeiras demandas de cuidado em saúde, como, por exemplo, a discussão de sua sexualidade, medos, dúvidas ou vergonha, sendo direcionada a pensar apenas nas queixas patológicas ou sinais e sintomas.

Esta situação é fruto da dominância do modelo biomédico tecnocrático sobre o modelo humanístico. O primeiro valoriza o tecnicismo e a supremacia das instituições sobre o indivíduo. Todavia, este modelo vigente não é suficiente para atender a todas as necessidades e demandas da mulher, em especial na consulta ginecológica¹.

O modelo tecnocrático tem como premissas: a separação mente-corpo e o corpo é visto como máquina, ou seja, se baseia no conceito de separação. Vale destacar que para este modelo a mulher é considerada uma máquina imperfeita; a paciente é vista como objeto e existe uma alienação do profissional em relação ao paciente; o diagnóstico e tratamento são realizados de fora para dentro; existe uma organização hierárquica e padronização dos cuidados; a autoridade e a responsabilidade são do profissional e não da paciente; existe uma valorização excessiva da ciência e da tecnologia; as intervenções são agressivas com ênfase em resultados em curto prazo e a morte é considerada um fracasso; além de um sistema guiado pelo lucro e intolerância para com outras modalidades².

Em contraposição, o modelo humanístico defende a conexão corpo-mente e o corpo é visto como um organismo; o cliente passa a ser o sujeito da relação; o diagnóstico e a cura acontecem não só de fora para dentro como também de dentro para fora; existe um equilíbrio entre as necessidades da paciente e da instituição; decisão e responsabilidade compartilhada com o paciente; a ciência e tecnologia são contrabalançadas com a humanização; o enfoque está na prevenção; a morte é vista como uma possibilidade aceitável; os cuidados movidos pela empatia e Existe uma mentalidade aberta frente outras modalidades de cuidado².

Nesse contexto, entende-se que desmedicalizar significa apresentar para as mulheres outras opções de cuidado, convivendo com o direito de escolha da mulher e autonomia, eliminando o raciocínio clínico-médico como única alternativa, porém sem excluir o profissional ou práticas médicas da assistência¹.

Face ao exposto, este artigo teve como objetivo apontar estratégias e possibilidades de desmedicalização na consulta de enfermagem à mulher. Acreditamos que este seja relevante, pois a enfermagem baseada na

desmedicalização pode contribuir para a consolidação de um modelo humanizado no atendimento à mulher.

O PROCESSO DE DESMEDICALIZAÇÃO NO CUIDADO À MULHER

Não podemos entender desmedicalização sem compreender o processo de medicalização. Este pode ser entendido por três diferentes maneiras. A primeira está relacionada com a implementação do modo capitalista de produção da sociedade, em que o foco era o cuidado médico individual³, pela instauração do poder e saber médico⁴ e pelo controle da sociedade a partir da transformação de problemas cotidianos em desvios ou patologias, levando à desarmonia das pessoas com seu ambiente⁵.

Assim, o processo de desmedicalização revela este poder invisível que invade as estruturas mentais das mulheres sem que elas percebam, não se reconhecendo como reprodutoras de uma estrutura de poder que as coloca em desvantagem perante os homens⁶.

Um exemplo de desmedicalização é o uso de tecnologias nãoinvasivas de cuidado em enfermagem. As tecnologias do cuidado são definidas como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado do paciente¹.

Em trabalhos sobre assistência ao parto, é discutido o conceito de tecnologias nãoinvasivas de cuidado, que são procedimentos que têm os seguintes fundamentos como base para a prática: A enfermeira não deseja ser o sujeito do processo do cuidar, a mulher é o foco da assistência; A enfermeira não vê o processo apenas como biológico, contempla a possibilidade de outras experiências advindas de influências culturais, sociais, ambientais e místicas; A enfermeira acredita que o processo é de cuidar e não de controlar, admite o uso da intuição como sinalização dos procedimentos do cuidado, ao invés do uso de práticas racionais; A enfermeira defende o respeito à privacidade e à segurança, todo procedimento invasivo ao corpo deve ser realizado após autorização da mulher¹.

Vale destacar que, no contexto da consulta ginecológica, o profissional deve colocar a mulher na posição de agente ativo, considerando todos os aspectos de sua vida (influências biopsicosocioculturais), compartilhando decisões para posterior manipulação do corpo. É necessário incorporar uma disposição interna da desmedicalização como uma atitude propiciadora da humanização para que seja possível o desenvolvimento das tecnologias nãoinvasivas de cuidado. Consequentemente, o profissional deve adotar uma atitude antitecnocracismo e libertar-se das ditas verdades impostas pela racionalidade científica, libertando também ao sujeito do cuidado a invasão da medicalização^{6,7}.

ESTRATÉGIAS DE DESMEDICALIZAÇÃO NA CONSULTA GINECOLÓGICA

Para colocar em prática a desmedicalização na consulta ginecológica, deve-se mudar a dinâmica habitual das consultas, mostrando que pode ser diferente e até mesmo prazerosa. Na relação cliente e profissional deve haver uma troca constante, em que o profissional se mostra para ela e a mulher se mostra para o profissional. Como dito anteriormente, dentro da prática dos princípios de não invasão, deve-se fazer diferente, ousando fazer mudanças contra a atitude medicalizada de cuidado.

Algumas estratégias podem ser utilizadas com base nos princípios norteadores das tecnologias nãoinvasivas de cuidado. Estas podem ser empregadas pela enfermagem no seu cotidiano de cuidado de mulheres.

O processo de trabalho nas consultas tem como um de seus elementos fundamentais as ações de cuidado físicas e relacionais. A relação entre profissional e cliente não deve limitar-se à realização de procedimentos técnicos, pois a técnica mecanicista pode gerar um distanciamento do sujeito do cuidado⁸.

Para um atendimento humanizado na ginecologia, é importante a construção de vínculos. A relação entre o profissional e o sujeito do cuidado deve ser entendida desde o início como uma forma de intervenção e/ou tratamento e não apenas como um mero instrumento de coleta de informações necessárias a um diagnóstico⁹. Com isso, a enfermagem pode contribuir para a satisfação da mulher, a decisão compartilhada no planejamento das ações de saúde, a melhor aderência ao tratamento proposto e melhora da qualidade de vida. No processo de cuidar, a enfermagem exercendo o comportamento afetivo encoraja a mulher, demonstra preocupação e segurança, olha nos olhos, a chama pelo nome e a toca não abandonando-a⁷. Vale destacar que, para construir este vínculo, a enfermeira deve ser capaz de identificar as pistas não expressas verbalmente e sim por gestos, olhar, sorriso¹⁰. Diante desta nova perspectiva, os profissionais são desafiados a modificar a forma de aproximação e passar a ver o corpo como ser-no-mundo¹¹. Dessa forma, a enfermeira acredita que o processo é de cuidar e não de controlar; admite o uso da intuição como sinalização dos procedimentos do cuidado a serem propostos e/ou adotados.

Eliminar a mesa para a entrevista é um exemplo de estratégia interessante para melhorar o acolhimento à mulher. Assim, o profissional elimina não apenas uma barreira física, mas também uma barreira simbólica, pelo que esta representa no espaço da comunicação do profissional com a mulher⁷. Ao longo do tempo, as instituições e os ambientes de consulta privilegiam a atuação do profissional em detrimento de um espaço acolhedor para as clientes, favorecendo ergonomicamente ou tecnicamente o profissional. Logo, deve-se transformar

este ambiente para o rompimento definitivo com o modelo tecnocrático de assistência, admitindo uma reordenação do espaço físico e do mobiliário para atendimento das expectativas da mulher, o real sujeito da prática do cuidado⁷. Vale lembrar que, na consulta ginecológica, é preciso criar um ambiente que, apesar de romper com o desenho tradicional, ao qual mulher e profissional estão habituados, continue respeitando a privacidade e a segurança da mulher.

Diante dessa mudança, pode-se colocar em prática a decisão compartilhada, onde o atendimento não está baseado unicamente no saber do profissional. Este *deve considerar outros conhecimentos como possibilidade*. É necessário respeitar as possibilidades de cura, tratamento, advindos de outras ideias que não sejam a sua, ou seja, considerar aquilo que emana da mulher. Isto significa dizer que a *enfermeira não vê o processo apenas como biológico*. Quando as informações trocadas são suficientes, pode-se dar o próximo passo, no sentido do procedimento de cuidado, propriamente dito, como, por exemplo, o exame pélvico com a coleta de material para exame citopatológico, exame clínico das mamas ou discussão de suas queixas principais.

Neste sentido, um outro exemplo que pode ser citado na reflexão sobre o empoderamento da mulher é o autoexame das mamas. Apesar deste exame não fazer parte da vida da mulher efetivamente, durante muito tempo ele foi considerado um procedimento fundamental do programa de prevenção do câncer de mama para o diagnóstico precoce de uma possível lesão. Atualmente, baseando a assistência sob a ótica da racionalidade científica, o autoexame deixou de ser considerado atividade essencial para priorização do uso da mamografia e outros procedimentos mais eficazes para o diagnóstico precoce do câncer de mama^{7-10,12}. No contexto das tecnologias nãoinvasivas de cuidado, a enfermeira deve priorizar o conhecimento do próprio corpo como condição fundamental para o cuidado humanizado, reconhecendo o autoexame das mamas como uma estratégia importante para o empoderamento. Nesta incorporação a mulher toca seu corpo e ocupa-se em olhar para si⁷. Vale lembrar que não estamos negando o avanço das tecnologias e da importância de seu uso na detecção precoce do câncer de mama, todavia acreditamos na incorporação concomitante do autoexame, inclusive como um caminho para facilitar a busca por atendimento profissional mais amigável e pelos procedimentos mais sofisticados de diagnóstico e tratamento.

Um elemento fundamental da nãoinvasão é a espera pelo momento certo para manipulação do corpo, a partir da decisão compartilhada e ativa. Quando a manipulação do corpo é retardada, e a decisão sobre a realização de procedimentos não se configura como uma imposição, assim, a manipulação do corpo não se caracteriza como invasivo. Ao agir desta ma-

neira, a enfermeira respeita a privacidade e a segurança, realizando qualquer procedimento invasivo após autorização da mulher, isto é oriundo de uma decisão compartilhada.

A consulta ginecológica envolve uma série de procedimentos que causam pavor, medo, incômodos e vergonha¹³.

Um exemplo interessante de estratégia para evitar o pavor é a entrega do espelho vaginal na mão da mulher, sendo um gesto que oportuniza à mulher conhecer, ver e sentir. Desse modo, o instrumento e seus significados passam a fazer parte de sua experiência de vida. Vale lembrar que, assim, *a enfermeira não é o sujeito do processo do cuidar, transferindo o foco da assistência para a mulher*.

Este simples gesto é uma importante estratégia para que a mulher resgate sua autonomia, passando a ser um agente ativo no processo de cuidado, melhore a autoestima no processo de socialização diminuindo ansiedades, vergonha e tabus, consiga a mudança de atitudes, além de possibilitar a incorporação de não invasão. Através desta maneira de proceder ao exame, a mulher passa a conhecer o próprio corpo e quem ela é, representando uma forma de empoderamento da mulher⁷. O importante é a mulher reconhecer que o caminho em direção a uma vida mais saudável e a real consciência de sua existência no mundo ocorre quando se conhece o próprio corpo¹⁴.

CONCLUSÃO

Este artigo apresentou algumas estratégias que podem ser empregadas, por enfermeiras, no processo de desmedicalização da assistência de enfermagem na consulta ginecológica. É uma atitude que oportuniza à mulher o aumento do conhecimento de si, tornando-se reivindicadora e capaz de decidir.

Estas estratégias visam o empoderamento da mulher, o respeito à autonomia, e à independência, o direito de escolha e o reestabelecimento do mundo do indivíduo. Conseqüentemente, a enfermagem

pode contribuir para a consolidação do modelo humanístico.

REFERÊNCIAS

1. Progianti JM, Vargens OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc Anna Nery*. 2004; 8:194-7.
2. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 75:S5-S23.
3. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
4. Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
5. Illich I. A expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
6. Vargens OMC, Progianti JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev esc enferm USP* 2004; 38:46-50.
7. Vargens OMC, Progianti JM, Araújo LM. A humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: Quintella RA, Narchi NZ. *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole; 2007. p. 277-87.
8. Formozo GA, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação o problema. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:124-7.
9. Bub MBC. Ética e prática profissional em saúde. *Texto contexto enferm*. 2005; 14:65-74.
10. Canella P, Maldonado MT. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2003.
11. Salomão GSM, Azevedo RCS. Os fios visível e invisível da experiência do exame físico para o cliente. *Texto contexto enferm*. 2010; 19:675-89.
12. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Editora MS; 2004.
13. Araújo LM, Progianti JM, Vargens OMC. A consulta de enfermagem ginecológica e a redução da violência de gênero. *Rev enferm UERJ*. 2004; 12:328-31.
14. Salimena AMO, Coelho ACPC, Melo MCSC, Greco RM, Almeida MIG. Conhecimentos e atitudes de mulheres varredoras de rua sobre o cuidado ginecológico. *Texto contexto enferm*. 2012; 21:43-51.

