

Consulta ginecológica e a relação profissional-cliente: perspectiva de usuárias

The gynecological appointment and health professional-client relations: the users' perspective

Consulta ginecológica y la relación profesional-cliente: perspectiva de las usuarias

Carla Marins Silva^I; Bárbara Vilela Nazário da Silva^{II}; Daniela Soares de Oliveira^{III};
Vanessa Silva de Oliveira^{IV}; Octavio Muniz da Costa Vargens^V

RESUMO

Objetivo: descrever a perspectiva de mulheres sobre a consulta ginecológica a partir da relação profissional-cliente. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado em um *campus* universitário no Rio de Janeiro, entre julho e setembro/2014. Foram entrevistadas 11 mulheres que frequentam esse *campus*. Para sistematização dos dados seguiu-se os pressupostos da análise conteúdo temática. **Resultados:** foram encontradas duas categorias: *Percebendo a atitude do profissional como prescritiva e hierarquizada*, que evidencia um caráter prescritivo, autoritário e hierárquico por parte do profissional com o olhar voltado somente para sintomas físicos e carência de informações pelas mulheres; e *Percebendo o distanciamento do profissional*, que evidencia pouco contato visual, mobiliário como barreira, consultas rápidas e impessoais nas quais não há possibilidade de formação de vínculo. **Conclusão:** as mulheres estão insatisfeitas com a relação profissional-cliente na consulta ginecológica. Assim, é primordial a adoção de estratégias que visem à humanização. **Palavras-chave:** Enfermagem; saúde da mulher; ginecologia; medicalização.

ABSTRACT

Objective: to describe women's perspective on the gynecological appointment and the health personnel-client relationship. **Method:** this qualitative, descriptive study was conducted on a university campus in Rio de Janeiro from July to September/2014. The participants were 11 women attending the campus. Data were systematized on the assumptions of thematic content analysis. **Results:** two categories were found: *Perceiving the professional's attitude as prescriptive and hierarchical*, which evidenced a prescriptive and hierarchical quality in the professionals who look only for physical symptoms and a lack of information on the part of the women; and *Perceiving the professional's remoteness*, where there is little eye contact, furniture is a barrier, appointments are brief and impersonal, and there is no chance of bonding. **Conclusion:** women are dissatisfied with the health personnel-client relationship in the gynecological appointment. Accordingly, it is essential to pursue strategies designed to humanize gynecological care. **Keywords:** Nursing; women's health; gynecology; medicalization.

RESUMEN

Objetivo: describir la perspectiva de mujeres sobre la consulta ginecológica desde el punto de vista de la relación profesional-cliente. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado en una universidad de Río de Janeiro, de julio a septiembre/2014. Fueron entrevistadas 11 mujeres que acuden a esa universidad. Para la sistematización de los datos, se siguieron los supuestos del contenido temático. **Resultados:** se encontraron dos categorías: percibiendo la actitud del profesional como prescritiva y jerarquizada, lo que demuestra un carácter prescritivo, autoritario y jerárquico por parte del profesional con la mirada hacia síntomas físicos y la falta de información por parte de las mujeres; y percibiendo la distancia profesional que muestra poco contacto visual, donde los muebles son una barrera, las consultas son rápidas e impersonales sin posibilidad de formar enlaces. **Conclusión:** las mujeres no están satisfechas con la relación profesional-cliente en la consulta ginecológica. Por lo tanto, es importante adoptar estrategias dirigidas a la humanización. **Palabras clave:** Enfermería; salud de la mujer; ginecología; medicalización.

INTRODUÇÃO

A consulta ginecológica é fundamental na vida da mulher por se tratar de um espaço que promove a prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias do sistema reprodutor¹. Ademais, pode ser um ambiente que proporciona o cuidado não somente voltado para as questões biológicas, permitindo o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos^{1,2}.

Neste sentido, na dinâmica do atendimento à mulher, é necessário inter-relacionar as questões ginecológicas com o social e psicológico, abrangendo todo o contexto da vida da mulher³. Desta forma, assistindo-a de maneira integral e humanizada e qualificada, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁴.

^IEnfermeira Obstétrica. Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: carlamarins@hotmail.com.

^{II}Enfermeira Obstétrica. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: barbaravilela91@hotmail.com

^{III}Enfermeira. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: soaresdaniela91@gmail.com

^{IV}Enfermeira Obstétrica. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: va_oliveira26@hotmail.com

^VEnfermeiro Obstetra. Doutor. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: omcvargens@uol.com.br

Contudo, mesmo após a implantação desta política, grande parte dos serviços de saúde não atende a mulher de forma integral e humanizada no âmbito da ginecologia. No atual contexto, a consulta ginecológica tem sido vista como uma prática invasiva que torna a mulher sem autonomia para tomar decisões sobre seu corpo, permitindo assim, que o outro tome decisões¹. Além disso, a falta de comunicação estreita e a prática hierarquizada fazem com que a verbalização dos verdadeiros motivos da procura ao serviço seja reprimida, assim como favorece a vergonha e o medo¹.

Sendo assim, essas condutas que suprimem a autonomia da mulher colocando-a em posição de desvantagem diante do profissional durante a consulta ginecológica podem interferir na relação profissional-cliente e, com isso, distanciar a mulher do serviço.

Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever a percepção de mulheres sobre a consulta ginecológica a partir da relação profissional-cliente.

REVISÃO DE LITERATURA

O contexto atual da consulta ginecológica no Brasil é pautado no modelo tecnocrático de assistência. Neste modelo, que é o hegemônico, há uma supervalorização da ciência, da tecnologia e do tecnicismo em relação à natureza e ao indivíduo, e tem por objetivo controlar e dominar⁵. No ambiente da consulta ginecológica este modelo está presente nas diversas formas de invasão à mulher como consequência do processo de medicalização¹.

A medicalização é um processo que pode ser entendido pela incorporação do modo produtivo capitalista na sociedade, em que o foco era o cuidado médico individual; pela instauração do poder e saber médico; e pela tendência da sociedade em transformar problemas cotidianos em desvios ou doenças, levando a desarmonia do indivíduo com seu ambiente⁶⁻⁸. O processo de medicalização revela o poder invisível que impregna as estruturas mentais das mulheres, que não se percebem na posição de reprodutoras de um sistema de poder que as colocam em uma posição desfavorável em relação aos homens e em desvantagem diante do poder médico^{9,10}.

Sendo assim, a consulta ginecológica é um ambiente que ainda sofre as repercussões da abordagem tecnocrática, interferindo, desta forma, na relação cliente-profissional, podendo, como consequência, distanciar as mulheres do serviço.

O foco da política atual⁴ possui como diretriz a humanização e qualidade no atendimento à mulher em suas diferentes demandas. Assim, deve ocorrer uma reorientação dessas consultas a fim de colocar a mulher como elemento central, respeitando suas decisões, sua autonomia e compartilhando decisões e responsabilidades, não permitindo que o saber médico seja a única alternativa¹.

Desta forma, o enfermeiro pode ser um sujeito transformador deste atual cenário, contribuindo para o empoderamento das mulheres para que sejam sujeitos ativos e possam decidir sobre sua própria saúde¹.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no campus de uma universidade pública, localizada no Rio de Janeiro, entre julho a setembro de 2014.

Foram entrevistadas 11 mulheres maiores com idade variando entre 20 e 61 anos, em sua maioria solteiras, que declararam frequentar regularmente a consulta ginecológica motivadas pela rotina de realização de exames de *check-up*. Estas foram selecionadas de maneira intencional. As mulheres foram abordadas enquanto transitavam pelo campus universitário. Nesse primeiro contato, caso atendessem aos critérios de inclusão, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e escolhiam um local para entrevista com privacidade. Para coleta de dados foi aplicada uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio (MP4). Foi empregada a análise de conteúdo temática de acordo com a sistematização temática-categorial, segundo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹¹. Inicialmente procedeu-se à leitura flutuante das entrevistas, seguida pela identificação das unidades de registro por ideias (UR). Elas foram agrupadas por afinidades, originando unidades de significação (temas). Logo após, foram quantificadas as UR em cada tema e reagrupados para formação das categorias. As participantes foram identificadas com letra e número das entrevistas (exemplo: E1, E2, E3) para garantir seu anonimato.

O estudo atendeu todas as exigências da Resolução nº 466/2012¹², sendo aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em 07/2014 ((nº 752.898 CAAE: 33411914.0.0000.5282).

RESULTADOS

Após a análise, surgiram duas categorias: *percebendo a atitude profissional como prescritiva e percebendo o distanciamento do profissional*.

Percebendo a atitude do profissional como prescritiva e hierarquizada

Para as mulheres, a atitude profissional é caracterizada como prescritiva. Relataram que o olhar do profissional é voltado para as questões físicas, ou seja, voltado para sintomas e para a prescrição. O profissional assume uma postura que demonstra o cumprimento da rotina de trabalho.

É aquilo: vou falando problemas ele ouve, diagnostica e acabou. Não tem intimidade, não tem conhecimento. Ele analisa sintomas, não analisa você. Acabava que era uma consulta direta: chega, diz o que tem, passa o remédio e vai embora (E2).

Ela vai ver se tem uma doença, um problema, vai me dar um remédio, vai me dar uma pomada, vou fazer o que ela manda e ponto final (E3).

As mulheres relatam carência de informações sobre as ações, prescrições e diagnóstico. Ressaltaram sensação de tranquilidade quando recebem informações durante a consulta. Diante dessa situação, as mulheres buscam orientações através da internet, amigos, familiares, programas de televisão e livros antes de irem à consulta para não demonstrarem ignorância ou serem julgadas pelo profissional. Vale destacar que, para as mulheres, as orientações advindas do profissional são mais valiosas e confiáveis.

É legal buscar informações para você. Acho que falta... desde o sintoma, diagnóstica e passa o remédio, mas não explica o que pode acontecer. Gosto de ter explicação que, às vezes, os médicos não passam muito. (E2)

Eu não queria ser julgada ou considerada ignorante, então pesquisei por mim mesma. Li um livro sobre HPV (Papiloma Vírus Humano). (E3).

Na internet e minha mãe que é técnica de enfermagem ou as amigas por troca de experiência. É mais pela internet, celular que está sempre em mãos. [...] mesmo que eu tenha acesso à informação, não é a mesma coisa quando ela me explica (E1).

Na visão das mulheres, a relação profissional-cliente é hierarquizada, ou seja, o profissional é o dono do saber e a paciente deve aceitar todas as condutas de forma passiva. Como consequência, as mulheres apontam que durante a consulta ginecológica, não há espaço para abordar questões além do biológico, como a sexualidade, intimidade e feminilidade. As mulheres não se sentem à vontade para falar e não acham que seja um ambiente favorável. Além disso, relatam que não há demanda do profissional em discutir essas questões.

Para minimizar esta assimetria na perspectiva das entrevistas, o profissional deveria valorizar o conhecimento das mulheres e considerar suas demandas. Desta forma, relatam a necessidade de mudanças na formação biomédica para uma relação de igualdade, promovendo conforto durante a consulta ginecológica.

Tudo depende de como o médico aborda o paciente, porque ele acha que é o dono da razão e o paciente que está ali tem que aceitar o que está sendo feito (E8).

Nunca falei. Talvez porque não houve a pergunta e, também, não teve curiosidade eu também não falava. Porque acho que já fica na mente de ir lá, fazer os exames e sair (E9).

Olhar para o outro que está mais abaixo e valorizar os saberes deles. Isso coloca em relação em pé de igualdade. De alguma maneira é estimular a pessoa para sentir confortável, mais valorizada. Eu acho que para mudar é preciso toda uma pedagogia na formação dos próprios médicos. Talvez na própria graduação que vai fazer com que uma geração futura possa prover um ambiente de mais relaxamento. (E3)

Percebendo o distanciamento do profissional

Na perspectiva das mulheres, ocorre pouco contato físico e visual por parte dos profissionais. Relatam que isto provoca a sensação de afastamento durante as consultas. As mulheres apontam que o olhar e o toque são atos primordiais durante a consulta.

O médico hoje em dia não toca em você. Conversa mais de longe, não tem mais aquele toque e fala logo que está tudo bem para chamar outro (E10).

Porque se a consulta for normal [de rotina] ele nem toca em você, não viu nada e gera esse afastamento dele lá e você cá. Já fui a uma médica que nem olhava para mim, eu falava e ela escrevia de cabeça baixa. Saí chateada. (E2).

O conteúdo das entrevistas demonstra a insatisfação das mulheres com o mobiliário do consultório, que pode dificultar o relacionamento entre profissional e cliente. Percebem a mesa do consultório como um obstáculo à comunicação e interação. Há também um sentimento de que a maca não é adequada para o posicionamento, o que gera receio de quedas. Consideram que o ideal seria uma adequação da maca ao cliente e não do cliente à maca. Outra observação importante é a necessidade da disposição de objetos visuais para facilitar o entendimento das informações transmitidas durante a consulta.

Tem aquela mesa separando e você falando e a pessoa nem olha para você, se sente mal (E2).

Só aquela mesa, porque não entendo, a maca é grande e você deita e fica na pontinha. Acho que talvez posicionasse você de uma forma que sente melhor que sentar na ponta quase caindo. Arquitetura da daquela maca poderia ser melhorada. Porque é meio ilógico, senta na pontinha bota as pernas. Não é você se acomodar à cama, a cama deve se acomodar a você. Melhor para você e o profissional. (E2)

Acho que os artifícios visuais no computador ou objetos de plástico ou mostrar numa folha de imagens, tudo que facilita o entendimento acho legal, porque é uma coisa que não vemos (E7)

As mulheres consideram que a consulta ginecológica é rápida tanto na rede pública quanto privada. Para elas, existe um roteiro padrão a fim de diminuir o tempo consulta. Além disso, percebem que o profissional demonstra pouco interesse através de perguntas e respostas curtas. Na sua perspectiva a relação profissional-cliente é fria e impessoal. Observam que são tratadas como números. Em sua fala evidenciam que desejam ter uma relação com o profissional mais próxima e menos rápida, pois estão lidando com assuntos íntimos.

As consultas são muito rápidas no posto de saúde (E10).

O que chamam de consulta de médico de plano de saúde que você entra rapidinho, ele escreve e te manda embora (E4).

Tinha sensação de que era padronizada, que era muito rápida, que as coisas eram apressadas, que as respostas eram econômicas e o interesse era menor (E7).

Muito impessoal para um momento tão pessoal (E11).

DISCUSSÃO

Ficou evidenciada a insatisfação quanto ao atendimento na consulta ginecológica. As mulheres relataram que não há valorização das queixas e saberes e que não querem ser enxergadas apenas como sintomas. Desejam ser ouvidas e atendidas quanto às suas reais demandas, não como máquinas. A expectativa das mulheres por um atendimento em que sejam consideradas como organismo completo, em que não se separa a constante relação entre corpo e mente.

As entrevistadas caracterizam a atitude do profissional como prescritiva e hierarquizada. Isto é consequência do modelo tecnocrático em que se destaca a figura de autoridade, a detenção de todo conhecimento e consequentemente o poder de decisão única nas mãos do médico⁵. Outro autor, ao citar esse modelo, faz uma crítica acerca da hegemonia biomédica, que ensina o corporativismo e a autonomia com intuito de promover o poder do complexo médico-industrial, tornando os futuros médicos engrenagens da lógica medicalizante e desumanizante¹³.

As mulheres demonstraram inquietação em virtude da postura do profissional em limitar-se apenas em cumprir a rotina de trabalho, voltada para as questões físicas. Dessa forma, ficou nítido que a consulta é ainda pautada na rotina biomédica. Sendo assim, assumindo a lógica do atendimento integral, a consulta não pode se reduzir apenas às demandas físicas, mas deve englobar o contexto de vida da mulher, permitindo um atendimento integral, amplo, que satisfaça não apenas suas necessidades ginecológicas^{2,3}.

Para as entrevistadas, há a necessidade de saber o que está sendo feito com seu corpo. Desejam saber o significado do diagnóstico e o que pode ser feito a partir daquela notícia. Afirmam que a informação sobre um diagnóstico traz uma sensação de tranquilidade ao processo do adoecimento. Isto repercute na busca de informações através da mídia como a internet, programas de televisão ou até mesmo um livro para que não sejam julgadas ou consideradas ignorantes frente ao profissional.

Um estudo revela que sua amostra populacional, apesar de elevada escolaridade, não seleciona adequadamente fontes confiáveis para obter informações sobre saúde e sugerem que os profissionais de saúde elaborem uma listagem de sites confiáveis para facilitar a difusão de informações fidedignas¹⁴. Uma estratégia para garantir a qualidade das informações é o profissional ensinar ao cliente sobre como adquirir informações relevantes e confiáveis sobre saúde, de forma crítica, fornecendo as ferramentas necessárias para acessá-las^{15,16}. Outra estratégia pode ser a criação, por parte das instituições governamentais responsáveis, de uma página na internet sobre uma determinada especialidade ou doença, para que as pessoas portadoras e seus cuidadores possam obter informações de qualidade¹⁷.

A busca por informações prévias às consultas é fruto de um atendimento hierárquico e assimétrico na relação profissional-cliente. Estudo apontou que frequentemente o paciente pesquisa sobre sua doença antes de ir à consulta. Como consequência, há o entendimento de maior capacidade de discussão pelo cliente e eventualmente melhores resultados no tratamento¹⁴.

O enfermeiro, por meio da educação em saúde, deve estar atento e triar o que é verídico ou não das informações colhidas em outras fontes, bem como adequar-se à linguagem da cliente pode favorecer o desenvolvimento de habilidades e fortalecer sua autoconfiança¹⁸.

É importante ressaltar que no modelo tecnocrático existe uma relação de cuidado distante entre a mulher e o profissional. Sendo assim, quando há necessidade, por parte da cliente, em saber informações a respeito da consulta, o profissional pode sentir-se contrariado em relação ao seu poder, acabando por julgar e diminuir os saberes das mulheres⁵.

Sob a ótica das mulheres, a consulta ginecológica não é um espaço em que se sentem à vontade para falar sobre outras questões durante a consulta, tais como sexualidade e intimidade. Também não há demanda do profissional em abordar estes temas, tendo em vista se tratar de assuntos que estão além da questão biológica.

Sendo assim, entendendo a sexualidade como um componente da saúde, é necessário repensar e atualizar constantemente a prática do atendimento à mulher para que questões sobre sexualidade passem a ser abordadas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde nas consultas ginecológicas, sem reduzi-las aos aspectos biológicos e, além disso, abranger também as percepções corporais, prazeres e desprazeres, valores afetivos, entre outros aspectos que envolvem a sexualidade nos dias atuais¹⁹.

A partir da não valorização das queixas sobre a sexualidade, que vai além do corpo e demandas físicas, é possível identificar características do modelo biomédico. Este modelo aborda os estudos sobre o corpo humano em fragmentos, como uma máquina, ou seja, em partes do corpo que se relacionam com as especialidades médicas. Portanto, um ginecologista trataria apenas dos órgãos genitais femininos⁵. Embora sejam compartimentalizados para facilitar o entendimento, não se comportam isoladamente. Logo, é necessária a humanização da atenção em saúde, em que há conexão e reconhecimento da ligação e da influência da mente sobre o corpo, pois estão em constante comunicação, reafirmando que, a partir dos sintomas físicos, pode-se estabelecer componentes psicológicos⁵.

Seguindo este raciocínio, torna-se extremamente relevante a questão da formação profissional dentro da lógica humanística. No entanto, um estudo mostra que a inserção do ensino da humanização nas propostas curriculares dos cursos de graduação de profissionais

de saúde é um desafio ainda a ser enfrentando, tendo em vista que os currículos acadêmicos até incluem tais conteúdos teóricos, todavia, a prática profissional seguindo os princípios da humanização é dificultada, havendo uma necessidade de articulação entre teoria e prática, visando assim, a incorporação da humanização desde o início da formação profissional²⁰.

As mulheres demonstraram insatisfação quanto à abordagem com pouco contato físico e visual. Relataram que necessitam serem tocadas e olhadas nos olhos para se sentirem acolhidas e à vontade para falar de assuntos íntimos.

Nesta perspectiva, é necessária a mudança na dinâmica habitual das consultas de forma a torná-las diferentes e até mesmo prazerosas. Sob a ótica da desmedicalização da assistência, o enfermeiro, no processo de cuidar, deve revelar um comportamento afetivo em que demonstra preocupação, segurança, olhos nos olhos da mulher, aproximação - a chama pelo nome e a toca¹⁸.

Outra questão apontada pelas mulheres foi o incômodo com a mesa que se encontra entre elas e o profissional. O distanciamento provocado pela mesa gera a ideia de segregação espacial. Assim, visando à mudança do modelo de assistência, uma estratégia interessante é a eliminação da mesa para que a mulher se sinta mais acolhida. Dessa forma, além de eliminar uma barreira física, também eliminará uma barreira simbólica que a mesa representa no espaço da comunicação entre o profissional e a mulher. Ao longo do tempo os consultórios foram modelados para privilegiar a atuação do profissional. Portanto, é necessária uma transformação no ambiente através da reordenação do espaço físico e do mobiliário, a fim de romper definitivamente o modelo tecnocrático de assistência e atender as expectativas das mulheres, que são o foco da prática do cuidado²¹.

No presente estudo, as mulheres relataram que a relação que é estabelecida entre profissional e cliente é fria e impessoal. Desejam maior proximidade nesta relação, pois é com aquele profissional que serão tratados assuntos íntimos e pessoais. Esta questão remete à necessidade da construção do vínculo entre o profissional e a cliente.

Nessa perspectiva, vínculo pode ser entendido como uma escuta atenta às demandas do cliente, além de comunicação e confiança entre profissional-cliente. A partir da construção de vínculo, o enfermeiro pode produzir uma assistência capaz de atender as reais necessidades das mulheres, melhor aderência aos tratamentos e promover a satisfação de seus clientes. Nesse contexto, os profissionais são desafiados a mudar suas condutas, aproximar-se da mulher, falar, tocar e enxergá-la como ser-no-mundo²²⁻²⁴. Na relação entre a mulher e o profissional, deve haver uma troca constante em que a mulher se mostra para o profissional e o profissional mostra-se para mulher¹.

Outro ponto evidenciado nas entrevistas foi a insatisfação das mulheres em ter uma consulta rápida, padronizada e com pouco interesse por parte do profissional. Um estudo aponta tal fato evidenciando a consulta como algo mecânico e rápido e que esta formatação é dirigida pelas tecnologias duras, proporcionada pelos protocolos de atenção e configuração institucional, que dá origem a atenção baseada em procedimentos²⁵. Outro estudo aponta que para que o acolhimento da mulher na consulta ginecológica seja mais efetivo, há uma urgente necessidade de redução da demanda, pois, desta forma, a comunicação seria favorecida²³.

Diante desse contexto, fica evidente a necessidade de transformação do modelo tecnocrático para o modelo humanizado de atenção à saúde. Através da consulta de enfermagem baseada nas premissas do modelo humanístico e com abordagem desmedicalizadora, o enfermeiro tem em mãos uma estratégia importante para o processo de mudança⁹. Assim, a consulta deve ser centrada nas mulheres, permitindo a expressão do que lhe é importante. Enfim, deve-se incentivar a conexão do indivíduo consigo mesmo, com sua família, com o ambiente em que vive e trabalha e com o profissional de saúde que o atende¹.

CONCLUSÃO

As mulheres consideram a atitude profissional como prescritiva, com foco para sintomas físicos e para a prescrição, para cumprimento de uma rotina de trabalho. Para suprir a carência de informações sobre as ações, prescrições e diagnóstico, as mulheres buscam orientações em outros espaços para não se sentirem ignorantes ou serem julgadas pelo profissional. Não se sentem confortáveis para expressarem questões além do biológico. Isto ocorre porque o profissional não propicia espaço para esta discussão durante a consulta.

Ficou evidenciado um afastamento por parte dos profissionais, com escasso contato físico e visual. Além disso, o mobiliário do consultório serve de barreira física para a relação profissional-cliente, caracterizando essa relação como fria e impessoal, com consultas rápidas impossibilitando a criação de vínculos.

Desta forma a relação profissional-cliente no atendimento ginecológico ainda é pautada no modelo tecnocrático de atenção à saúde. Ficou evidenciado que as mulheres se mostram insatisfeitas com a forma como são atendidas.

As mulheres necessitam de um atendimento em que sejam ouvidas, compreendidas como organismo, com respeito aos seus saberes e valores. Ressaltam-se as premissas do modelo humanizado, em que a mulher é o foco da atenção. Assim, cabe ao profissional adotar estratégias, a fim de tornar para a mulher a consulta ginecológica um ambiente mais acolhedor.

REFERÊNCIAS

1. Silva CM, Vargens OMC. Strategies for de-medicalizing the gynecological nursing appointment. *Rev enferm UERJ*. [internet] 2013; [cited 2016 Jan 05] 21(1):127-30. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>
2. Teixeira EHM, Queiroz ABH, Mota MSC, Carvalho MCMP, Costa EPS. Saúde da mulher na perspectiva a assistência prestada pela enfermagem ginecológica: um relato de experiência. *Cad Esp Fem*. [internet] 2013 [cited 2016 Jan 05]; 26(1):179-89. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/14959>
3. Lício FC, Zuffi FB, Ferreira LA. Conception of the family health nurses about the gynecological nursing consultation. *Journal of Research: Fundam care online*. [internet] 2013 [cited 2016 Jan 05]; 5(4):566-73. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2111/pdf_929
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2011.
5. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. [Internet] 2001 [cited 2016 Jan 05]; 75:S5-S23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729201005100> Doi [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
6. Donnangelo MCF. Saúde e soc. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
7. Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
8. Illich I. A expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
9. Vargens OMC, Progiatti JM. The process of demedicalization of women's health in nursing education. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2004 [cited 2016 Jan 05]; 38(1):46-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100006&lng=en Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100006>
10. Bourdieu P. O poder simbólico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
11. Oliveira DC. Theme/category-based content analysis: a proposal for systematization. *Rev enferm UERJ*. [internet] 2008 [cited 2016 Jan 05]; 16(4):569-76. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522008000400019&lng=pt
12. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS no 466/2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Silveira RP, Stelet BP, Pinheiro, R. Crisis in medical education? An essay on Arendt's reference framework. *Interface-Comunic. Saúde, Educ* [Internet]. 2014; 18(48): 115-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100115&script=sci_arttext <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0010>
14. Coelho EQ, Coelho AQ, Cardoso JED. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente?. *Rev Bioét*. 2013; 21(1):142-9. Available from http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/728/866
15. Bianco A, Zucco R, Nobile CGA, Pileggi C, Pavia M. Parents Seeking Health-Related Information on the Internet: Cross-Sectional Study. Eysenbach G, ed. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 05]; 15(9):e204. Available from: <https://www.jmir.org/2013/9/e204/>
16. Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton L. Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *J Med Internet Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 05]; 16(12):e262. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275480/>
17. Schook RM, Linssen C, Schramel FM, Festen J, Lammers E, Smit EF, et al. Why Do Patients and Caregivers Seek Answers From the Internet and Online Lung Specialists? A Qualitative Study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2014; 16(2):e37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3936275/> doi: 10.2196/jmir.2842.
18. Sampaio Filho FJL, Gubert FA, Pinheiro PNC, Martins AKL, Vieira NFC, Nóbrega MFB. O convívio do adolescente com HIV/AIDS e o autocuidado: estudo descritivo. *OBJN*. 2013; 12 (1):80-105. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3812/2011>.
19. Garcia ORZ, Lisboa LCDS. Nursing consultation concerning sexuality: an instrument for women's nursing healthcare at the level of primary healthcare. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 28]; 21(3):708-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028&lng=en Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300028>
20. Casate JC, Corrêa AK. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 05]; 46(1):219-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029&lng=en Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100029>
21. Vargens OMC, Progiatti 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
22. Salomão, GSM, Azevedo, RCS. Os fios visível e invisível da experiência do exame físico para o cliente. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 26]; 19(4):675-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400010&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400010>
23. Mendonça FAC, Sampaio LRL, Linard AG, Silva RM, Sampaio LL. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. *Rev RENE* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 27]; 12(1):57-64. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/109/37>
24. Bennett JK, Fuertes JN, Keitel M, Phillips R. The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient education and counseling*. 2011 [cited 2016 Jan 28]; 85(1):53-59. Available from: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(10\)00526-4/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(10)00526-4/pdf) doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005>.
25. Flores-Peña Y, Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM. Maternal perceptions on Well Child Care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 28]; 20(2):274-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200009&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200009>.