

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**A integralidade na saúde da mulher:
possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo
uterino nos serviços de saúde**

Marilu Correa Soares

Ribeirão Preto

2007

MARILU CORREA SOARES

**A integralidade na saúde da mulher:
possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo
uterino nos serviços de saúde**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserida na linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Soares, Marilú Correa

A integralidade na Saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. Ribeirão Preto, 2007. 204p.: il; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima.

1. Integralidade da atenção à saúde; 2. Atenção primária à saúde; 3. Cuidados de saúde; 4. Câncer de colo do útero; 5. Saúde da Mulher; 6. Prevenção do câncer de colo uterino.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Soares, Marilu Correa. A INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. Célia Sivalli Campos

Instituição: EEUSP Assinatura: _____

Profa. Dra. Rita Heck

Instituição: FEO-UFPEL Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Esta investigação recebeu apoio financeiro da CAPES.
PQI Programa de Qualificação Institucional

AGRADECIMENTOS

A Deus...

Que através de nosso diálogo diário, me proporcionou serenidade para transpor os obstáculos da minha vida.

À minha família...

Meus filhos Eduardo e Gabriela, grandes amores de minha vida, razão e recompensa de empreender tanta luta!

Minha mãe Eloá, minha irmã Marion, meu irmão Adoniram, pessoas especiais que sempre estiveram ao meu lado, para compartilhar as alegrias e dividir as tristezas!

Às mulheres...

Que participaram deste estudo, pelos momentos de diálogo e acompanhamento, compartilhando comigo a experiência desta construção.

À minha orientadora...

Silvana, pessoa especialíssima com quem divido a construção deste estudo, Doutora na arte de acolher, compartilhar e ensinar com competência, disponibilidade e respeito à individualidade.

Aos amigos...

Sonia, pela amizade duradoura e disponibilidade em todos os apertos de nossa convivência.

Rosani, companheira de trajetória, dividindo angústias e alegrias.

Celmira, pela acolhida em Ribeirão Preto, desde a época da seleção para o doutorado, transformando seu apartamento em um pedacinho do nosso Rio Grande do Sul.

Emília, que com seu jeito baiano de ser, deu-me um “empurrão” decisivo, rumo ao doutorado.

Luciana (Lu Magna), pela amizade compartilhada em papos descontraídos e intelectuais, em nossas caminhadas por Ribeirão Preto.

Anne Marie e Eliane, novas amigas gaúchas consolidadas em rodas de chimarrão, à tardinha, no Aroeira!

Nelma, Miquelina, Leandro, Guilherme, Vanessa, Gisele, Juliana Bueno, Juliana Monteiro, Eliza, amigos que ganhei nesta trajetória pelo Doutorado e Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Aos Professores da banca...

Dra Célia Sivalli Campos, Dra Ana Maria de Almeida, Dra Rita Heck, Dra Maria José Bistafa Pereira, pelas contribuições que, por certo, tornaram meu estudo melhor.

Dra Márcia Zago, pelas contribuições relevantes, na banca de qualificação.

À comunidade da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, pela liberação de minhas atividades docentes, proporcionando o ingresso e conclusão do doutorado.

À CAPES e PQI, pelo financiamento da bolsa de estudo.

À direção e funcionários de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pela acolhida nesta trajetória.

LISTAS DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIS	Ações Integradas de saúde
CCU	Câncer Colo Uterino
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEO	Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
H.E	Hospital Escola
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ITEPA	Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa e Práticas da Integralidade em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPS	Organizacion Panamericana de La Salud
PAISM	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMI	Programa Materno Infantil
PMS	Plano Municipal de Saúde

RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação Municipal
SISCOLO	Sistema de Informação Laboratorial de Controle do Câncer Colo Uterino
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UICC	União Internacional contra o câncer
US	Unidade de Saúde
WCN	Women's Câncer Network
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das mulheres com CCU que participaram do estudo segundo faixa etária, escolaridade, ocupação, número de filhos vivos e renda familiar em salário mínimo. Pelotas, 2006.

RESUMO

SOARES, M. C. **A integralidade na saúde da mulher**: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. 2007. 204p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

Este estudo teve como objetivo geral compreender como os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS estão organizados, de modo a contemplar a integralidade da assistência à mulher, quando pensamos os processos de produção de cuidado no controle do câncer de colo uterino, a partir da experiência das mulheres acometidas por esse agravo, identificando e analisando o percurso assistencial dessas mulheres, apontando as dificuldades por elas enfrentadas, na perspectiva da integralidade da atenção. A pesquisa teve como suporte teórico a integralidade da atenção, em suas distintas apreensões, desde sua compreensão, não só como um princípio do SUS, mas também como exercício de boas práticas de produção de cuidado e de referência para políticas governamentais. Estudo de abordagem qualitativa, realizado junto a mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino, no período de 2003-2005, em um município do sul do Brasil. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2006, utilizando-se a observação participante da atenção dispensada às mulheres, nos serviços de saúde, e a entrevista semi-estruturada, para captação do empírico. Para os procedimentos analíticos, optou-se pela análise temática, seguindo as etapas sugeridas por Minayo (1998): ordenação, classificação e análise. Foram identificados dois temas: A procura pela assistência: o acesso ao SUS e a utilização dos serviços de saúde, na busca de atenção integral e A integralidade da atenção à saúde. Na procura pela assistência, as mulheres apontaram seu percurso pelo SUS e a utilização dos serviços de saúde, trazendo suas concepções sobre a organização, o acesso, a assistência recebida e as potencialidades e limites da integralidade, nesse contexto de cuidado. Na integralidade da atenção, a comunicação e a relação com a equipe de saúde têm como centralidade a formação do vínculo, a escuta, o diálogo e o acolhimento entre os trabalhadores de saúde e as mulheres. Conclui-se que, nos serviços de saúde, a integralidade da atenção à saúde está em construção, na medida em que os trabalhadores de saúde ainda executam suas atividades pautadas no modelo biomédico e a constituição das mulheres, como sujeitos sociais é meta ainda a ser conquistada. Considera-se fundamental a reflexão e o investimento maciços na educação permanente dos trabalhadores de saúde comprometidos com os princípios do SUS, para o alcance da integralidade nos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de atuação e articulados com a participação social.

Palavras-chave: Integralidade da atenção à saúde, Atenção primária à saúde, Cuidados de saúde, Câncer de colo do útero, Saúde da Mulher, Prevenção do câncer de colo uterino.

ABSTRACT

SOARES, M. C. the integrality in the woman's health: possibilities in the attention to the woman with cancer of uterine of the services of health . 2007.204 p. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

This study had as general objective to understand how the services of health of the Unique system of Health - (USH) SUS are organized on a way to contemplate the integrality of the attendance to the woman when we thought the processes of care production about the control of the cancer of uterine lap, starting from the women's experience attacked by this damage, identifying and analyzing the course of assistance of these women pointing to the difficulties faced for them, in the perspective of the integrality of the attention. The research had as theoretical support the integrality of the attention in their distinct apprehensions, since its understanding, not only as a principle of SUS (USH), but also as exercise of good practices of care production and of reference for government politics. Study of qualitative approach, accomplished close to the women with diagnosis of cancer of uterine lap in the period of 2003-2005, in a municipal district of the south of Brazil. The data were collected from July to December of 2006; being used the participant observation of the attention released to the women in the services of health and the interview semi-structured for the empiric reception. For the analytical procedures he/she opted for the thematic analysis following the stages suggested by Minayo (1998): ordination, classification and analysis. There were identified two themes: the search for the attendance: the access SUS (USH) and the use of the services of health. In the search for the attendance the women point their course for SUS (USH) and the utilization of the services of health bringing their conceptions about the organization, the access, the received attendance and the potentialities and limits of the integrality in this care context. The integrality of the attention to the health, the communication and the relationship with the team of health have as centrality the formation of the bond, the listens, the dialogue and the reception between the workers of health and the women. It is conclude that in the services of health the integrality of the attention to the health is in construction in the measure that the workers of health still execute their ruled activities in the biomedical model and the women's constitution, while social subjects is a aim to be conquered. It is considered fundamental the reflection and the solid investment in the workers' of health permanent education committed with the beginnings of SUS for the reach of the integrality in the preventive actions, curatives, individual and collective in the different performance levels and articulated with the social participation.

Keyword: Integrality of the attention to the health, Primary attention to the health, Cares of health, Cancer of lap of the uterus, Health of the Woman, Prevention of the cancer of uterine lap.

RESUMEN

SOARES, M. C. **La integralidad de la salud de la mujer**: las posibilidades en la atención a la mujer con el cáncer de regazo uterino en los servicios de salud. 2007. 204p. Tesis (Doctorado) - Escuela Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

Este estudio tuvo como objetivo general entender cómo los servicios de salud del Sistema Único de Salud - SUS están organizados de manera a contemplar la integralidad de la asistencia a las mujeres cuando nosotros pensamos los procesos de producción del cuidado sobre el mando del cáncer de regazo uterino, mientras empieza la experiencia de las mujeres atacadas por este daño, identificando y analizando el curso de ayuda de estas mujeres que apuntan las dificultades por ellas enfrentadas, en la perspectiva de la integralidad de la atención. La investigación tuvo como apoyo teórico la integralidad de la atención en sus distintas aprehensiones, desde su comprensión, no sólo como un principio del SUS, pero también como el ejercicio de buenas prácticas de producción de cuidado y de referencia para la política gubernamental. El estudio de abordaje cualitativo, cumplido junto a las mujeres con el diagnóstico de cáncer de regazo uterino en el período de 2003-2005, en un distrito municipal del sur de Brasil. Los datos fueron reunidos de julio a diciembre de 2006; usándose la observación participante de la atención dispensa a las mujeres en los servicios de salud y la entrevista semi-estructurada para la recepción empírica. Para los procedimientos analíticos optado para el análisis temático que sigue las fases sugerido por Minayo (1998): la ordenación, clasificación y análisis. Fueron identificados dos temas: la búsqueda para la asistencia: el acceso el SUS y la utilización de los servicios de salud en la búsqueda por una atención integrable y la integralidad de la atención a la salud. En la búsqueda para la asistencia las mujeres apuntan su curso para el SUS y la utilización de los servicios de salud que trae sus concepciones sobre la organización, el acceso, la asistencia recibida y las potencialidades y límites de la integralidad en este contexto del cuidado. En la integralidad de la atención a la salud la comunicación y la relación con el equipo de salud tienen como centralidad la formación del vínculo, la escucha, el diálogo y la recepción entre los obreros de salud y las mujeres. Es concluir eso en los servicios de salud la integralidad de la atención a la salud que está en la construcción en la medida que los obreros de salud todavía ejecutan sus actividades gobernadas en el modelo biomédico y la constitución de las mujeres, mientras los asuntos sociales son un objetivo a ser conquistado. Es considerada fundamental la reflexión y la inversión sólida en la educación permanente de los obreros de salud comprometidos con los principios del SUS para el alcance de la integralidad en los actos preventivos, curativos, individual y colectivo en diferentes niveles de actuación y articulados con la participación social.

Palabras clave: Integralidad de la atención a la salud, Atención primaria a la salud, Cuidados de salud, Cáncer de regazo del útero, la Salud de la Mujer, la Prevención del cáncer de regazo uterino.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas de atenção à saúde da mulher – em busca da integralidade e da atenção	3
1.2. A conformação das políticas de atenção à mulher no Brasil – uma ampliação na busca da integralidade.....	12
1.3. O câncer de colo uterino como problema de saúde pública.....	21
1.4. Construção da integralidade para a gestão do cuidado e dos serviços	26
1.5. Objetivos.....	36
1.5.1. Objetivos específicos.....	36
2. CAMINHO METODOLÓGICO	38
2.1. Caracterização do estudo	38
2.2. Campo do estudo	39
2.2.1. Apresentando o Estado do RS	39
2.2.2. Apresentando o Município de Pelotas	40
2.2.3. O local do estudo.....	45
2.2.3.1. O serviço de Quimioterapia da UFPel	45
2.2.3.2. O serviço de Radioterapia da UFPel	46
2.3. Os sujeitos da pesquisa.....	47
2.4. Procedimentos de coleta de dados: fontes, técnicas e instrumentos para coleta dos dados.....	48
2.4.1. As fontes de dados	48
2.4.2. Técnica e instrumentos para coleta dos dados	49
2.4.3. Procedimentos éticos.....	53
2.5. Procedimentos de análise	54
3. A ANÁLISE DOS DADOS	56
3.1. Conhecendo um pouco mais as mulheres do estudo.....	56
3.2. A procura pela assistência: o acesso ao SUS e a utilização dos serviços de saúde na busca de atenção integral	68
3.2.1. A concepção das políticas de saúde, do SUS e dos serviços de atenção à mulher	69
3.2.2. A organização e o acesso aos serviços na rede de atenção.....	86

3.2.3. A busca de resolução do CCU – o encontro com uma atenção centrada no procedimento e/ou queixa da mulher.....	102
3.3. A integralidade da atenção à saúde	118
3.3.1. A comunicação entre as mulheres e os trabalhadores de saúde - ferramenta para a integralidade.....	128
3.3.2. A escuta e o diálogo na construção da integralidade	141
3.3.3. A relação com a equipe de saúde	149
3.3.4. O acolhimento às mulheres	156
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
5. REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES.....	185
ANEXO	191

APRESENTAÇÃO

Esta investigação originou-se de minha inquietação com a temática da assistência integral à saúde da mulher quando olhamos para a incidência do câncer de colo uterino (CCU), mesmo com a aparente disponibilidade dos serviços públicos de saúde.

Minha experiência de trabalho tanto no nível hospitalar como na atenção básica, traz a preocupação de olhar para esta problemática, considerando que a integração dos níveis de assistência tem ocupado muitos espaços, na prática cotidiana dos serviços de saúde, em busca de alternativas de intervenção e nas discussões das políticas que viabilizam e concretizam o Sistema Único de Saúde (SUS). A construção de um sistema público de saúde, que tem como um dos princípios a integralidade pressupõe uma organização de tecnologias e serviços em níveis de atenção adequados às necessidades da população.

A prática de enfermagem comprometida e ativa no cuidado às pessoas sempre foi uma preocupação desde a graduação e a assistência às mulheres constituiu área de meu interesse no desenvolvimento da prática profissional, pois, durante muitos anos trabalhando como enfermeira na área hospitalar estive envolvida com a supervisão do setor de maternidade, clínica ginecológica e atendimento ambulatorial. Atualmente, como docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas supervisiono estágio curricular na área de saúde da mulher, tanto no espaço hospitalar quanto em Unidades Básicas de Saúde.

Este transitar permite observar que a fragmentação e a falta de articulação da assistência nos diferentes serviços e setores são pontos inquietantes no cotidiano do cuidado prestado às mulheres.

Identificar como os serviços de saúde estão organizados para prestar assistência a essas mulheres, na perspectiva da integralidade foi um fator estimulador para a construção desta pesquisa. Entendo que o cuidado proposto pelas políticas de saúde, na área da mulher precisa ser olhado com maior zelo, no sentido de atribuir a estas mulheres, a compreensão de que são sujeitos ativos e responsáveis por sua saúde.

A integralidade que buscamos ou que sonhamos vai além da implantação de políticas públicas que poderiam apenas ficar no papel, essa integralidade pode ser entendida como eixo prioritário nas ações de cuidado às mulheres, eliminação das barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção, atendimento às necessidades de saúde específicas das mulheres nos âmbitos locais e regionais e comprometimento de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde.

O desafio desse estudo, é o de identificar que entraves, dentro da rede de serviços de saúde oferecidos à mulher, impedem a atenção a esta fatia da população levando em conta a integralidade como eixo norteador das políticas de saúde.

Assim, no primeiro momento apresento na Introdução a conformação do Sistema Único de Saúde e a produção de cuidados nos serviços de saúde articulados com a problemática do câncer do colo uterino. As políticas de saúde na atenção à mulher endossam a construção do quadro teórico, sustentado pela Integralidade enquanto um princípio do SUS. Ainda são trazidas as interrogações e a conformação das perguntas da investigação e que delimitam os objetivos propostos.

No segundo momento - o caminho metodológico, apresentando a opção pela abordagem qualitativa utilizada na investigação, o campo da pesquisa, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados incluindo fontes, técnicas e

instrumentos utilizados para a coleta de dados e finalmente o procedimento de análise dos dados.

No terceiro momento - o resultado da análise dos dados com uma apresentação do perfil sociodemográfico das mulheres do estudo, a busca empreendida pelas mulheres por uma atenção integral; a procura pela assistência no SUS e a utilização que fazem dos serviços de saúde em busca do diagnóstico e tratamento do CCU e a integralidade da atenção vivenciada, pelas mulheres na relação que estabelecem com a equipe de saúde nos serviços de saúde.

No quarto momento - as considerações finais pontuando a relevância da prática da integralidade nas ações de cuidado para as mulheres, a importância da educação permanente dos trabalhadores de saúde, juntamente com o desenvolvimento de uma postura de incentivo a participação de todos os atores sociais para que avanços importantes no âmbito da produção de cuidado e da organização dos serviços de saúde possam ser alcançados.

Assim desejo que a leitura dos resultados desse estudo possa contribuir para o exercício de práticas coletivas de cuidado pautadas na integralidade dos sujeitos.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como questão central refletir sobre o que nos afasta de alcançar a integralidade na saúde da mulher, quando constatamos a alta incidência e prevalência do câncer do colo uterino (CCU), apesar do conjunto de ações estratégicas para seu controle explicitadas pelas políticas de atenção à mulher, no Brasil.

Os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS estão organizados de modo a possibilitar a integralidade da assistência à mulher, quando pensamos os processos de produção de cuidado no controle do câncer uterino?

A reflexão acima levou a definir o recorte da presente investigação no sentido de pesquisar como os serviços de saúde têm ofertado a assistência à mulher com CCU no Município de Pelotas/RS, a partir da experiência das mulheres acometidas por este agravo.

O atendimento integral, no meu entendimento, implica olhar para a mulher em todas as fases de sua vida e não apenas por ocasião da doença. Implica estabelecer um processo de cuidado que articule, de modo indissociado, ações de promoção à saúde, prevenção do agravo, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e reabilitação.

O CCU é um problema de saúde pública, comprometendo a saúde das mulheres, alterando a qualidade de vida em um estágio de sua existência em que elas, muitas vezes, estão estruturando sua vida familiar, profissional e social. É considerado uma neoplasia que pode ser prevenida, uma vez que esse agravo apresenta uma progressão relativamente lenta, e existem evidências científicas que comprovam formas simples, eficientes e eficazes para o rastreamento desse tipo de câncer, bem como para a detecção das lesões precursoras. Um dos

recursos é o exame Papanicolau¹, procedimento indolor, de baixo custo e eficaz na prevenção da patologia. Cabe destacar que, se detectado precocemente, o CCU tem alto potencial de cura (BRASIL, 2003).

Acredito que a prevenção e a detecção precoce do CCU são de extrema relevância, pois a doença pode comprometer a qualidade de vida das mulheres. Por não apresentar sintomas na sua fase inicial, seu diagnóstico é feito em estágios avançados, quando os resultados terapêuticos e a sobrevida já não são animadores, assim como as seqüelas físicas e emocionais decorrentes do tratamento são, muitas vezes, marcantes, podendo inclusive abreviar a vida dessas mulheres.

Parte-se do pressuposto de que as mulheres com diagnóstico de CCU nunca realizaram o exame Papanicolau ou não obedeceram ao intervalo recomendado pelo Ministério de Saúde para a realização do exame com vistas à prevenção da doença. E também de que os serviços de saúde ainda estão mais voltados para agravos imediatos evidenciados na queixa da clientela, afastando-se da atenção integral.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) estimam que 40% das mulheres brasileiras nunca fizeram o exame Papanicolau. Apenas 30% delas realizaram o exame pelo menos três vezes na vida, o que resulta na possibilidade de diagnóstico já na fase avançada, em cerca de 70% dos casos.

Em consonância, ao pensar em integralidade na saúde da mulher, também se pressupõe que essas mulheres, em algum momento de suas vidas, fizeram uso dos serviços de saúde para atendimento de seus problemas e necessidades, ou de seus

¹ O Teste de Papanicolau é também conhecido como citologia oncótica, citologia oncológica, citologia esfoliativa, Pap Test, tendo sido desenvolvido por George Papanicolau “para identificação, ao microscópio, de células neoplásicas malignas ou pré-malignas, que antecedem o surgimento do câncer, e foi inicialmente desenvolvido para o colo uterino” (SÃO PAULO, 2001, p.21).

familiares. Momento este em que poderiam ter sido orientadas quanto à importância dos cuidados necessários à prevenção do agravo ou de sua detecção precoce.

1.1. A conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas de atenção à saúde da mulher - em busca da integralidade da atenção

Os anos de 1980 e 90 foram palco de propostas de mudança na organização do sistema de saúde brasileiro. O movimento da Reforma Sanitária é considerado o ponto de partida das mudanças no campo da saúde, sendo que a Constituição Federal de 1988 materializou as discussões e propostas desse movimento, possibilitando a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando diretrizes para a organizar a atenção e o cuidado à população (COSTA, 2004).

Instituído o SUS, mecanismos foram sendo desenvolvidos com a finalidade de articular ações e serviços, buscando a construção de um sistema de saúde cujas diretrizes legais propunham uma direção única, em cada esfera de governo, indicando o movimento de descentralização da gestão. Assim, os municípios se responsabilizam pela base do sistema nacional de saúde, com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003).

Nesse pensar, Costa (2004, p.31) pontua que:

O SUS nasce como um compromisso do Estado com a população, com a função de garantir cobertura universal e atendimento integral, a partir da descentralização de atribuições e responsabilidades entre as diferentes esferas do governo federal, estadual e municipal.

A construção de um sistema de saúde único, acessível, igualitário e com qualidade é um desafio que ainda está em construção. Pois a premissa de que o conceito de saúde não se restringe à ausência de doença nos direciona a movimentos na área das políticas sociais que envolvam as questões de emprego, moradia, educação, lazer, indicando, assim, a necessidade de adequar os

serviços a essa nova proposta de cuidar. Portanto, é necessário o comprometimento dos trabalhadores de saúde e dos usuários do sistema, na busca de melhores condições de viver e ser saudável.

Mendes (2001, p.8) afirma que, antes da Reforma, milhões de brasileiros que não tinham carteira do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e estavam entregues à caridade de entidades filantrópicas. Com a implantação do SUS, passaram a ter seus direitos à saúde garantidos constitucionalmente. “A transformação de 60 milhões de brasileiros, indigentes sanitários, em cidadãos portadores de direitos à saúde foi a maior e irreversível conquista da reforma brasileira”.

A saúde tem que ser compreendida de forma ampliada, e as políticas e práticas sociais precisam buscar estratégias de enfrentamento da dura realidade brasileira, marcada pela desigualdade de acesso, atenção básica ineficaz e pouco efetiva, baixa qualidade dos serviços públicos, contrastando com a diversidade entre as distintas regiões do país. A esse respeito, Costa (2004) aponta que os grandes problemas na atenção à saúde como: acesso desigual, a inadequação dos serviços confrontados com as necessidades, a ausência de atenção integral, o paralelismo da oferta e a baixa qualidade delimitam as orientações para a reestruturação de modelos de atenção.

Parte-se do pressuposto de que as mulheres com diagnóstico de CCU nunca realizaram o exame Papanicolau ou não obedeceram ao intervalo recomendado pelo Ministério de Saúde para a realização do exame com vistas à prevenção da doença. E também de que os serviços de saúde ainda estão mais voltados para agravos imediatos evidenciados na queixa da clientela, afastando-se da atenção integral.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) estimam que 40% das mulheres brasileiras nunca fizeram o exame Papanicolau. Apenas 30% delas realizaram o exame pelo menos três vezes na vida, o que resulta na possibilidade de diagnóstico já na fase avançada, em cerca de 70% dos casos.

Em consonância, ao pensar em integralidade na saúde da mulher, também se pressupõe que essas mulheres, em algum momento de suas vidas, fizeram uso dos serviços de saúde para atendimento de seus problemas e necessidades, ou de seus familiares. Momento este em que poderiam ter sido orientadas quanto à importância dos cuidados necessários à prevenção do agravo ou de sua detecção precoce.

Os anos de 1980 e 90 foram palco de propostas de mudança na organização do sistema de saúde brasileiro. O movimento da Reforma Sanitária é considerado o ponto de partida das mudanças no campo da saúde, sendo que a Constituição Federal de 1988 materializou as discussões e propostas desse movimento, possibilitando a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando diretrizes para a organizar a atenção e o cuidado à população (COSTA, 2004).

Instituído o SUS, mecanismos foram sendo desenvolvidos com a finalidade de articular ações e serviços, buscando a construção de um sistema de saúde cujas diretrizes legais propunham uma direção única, em cada esfera de governo, indicando o movimento de descentralização da gestão. Assim, os municípios se responsabilizam pela base do sistema nacional de saúde, com a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003).

Nesse pensar, Costa (2004, p.31) pontua que:

O SUS nasce como um compromisso do Estado com a população, com a função de garantir cobertura universal e atendimento integral, a partir da descentralização de atribuições e responsabilidades entre as diferentes esferas do governo federal, estadual e municipal.

A construção de um sistema de saúde único, acessível, igualitário e com qualidade é um desafio que ainda está em construção. Pois a premissa de que o conceito de saúde não se restringe à ausência de doença nos direciona a movimentos na área das políticas sociais que envolvam as questões de emprego, moradia, educação, lazer, indicando, assim, a necessidade de adequar os serviços a essa nova proposta de cuidar. Portanto, é necessário o comprometimento dos trabalhadores de saúde e dos usuários do sistema, na busca de melhores condições de viver e ser saudável.

Mendes (2001, p.8) afirma que, antes da Reforma, milhões de brasileiros que não tinham carteira do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e estavam entregues à caridade de entidades filantrópicas. Com a implantação do SUS, passaram a ter seus direitos à saúde garantidos constitucionalmente. “A transformação de 60 milhões de brasileiros, indigentes sanitários, em cidadãos portadores de direitos à saúde foi a maior e irreversível conquista da reforma brasileira”.

A saúde tem que ser compreendida de forma ampliada, e as políticas e práticas sociais precisam buscar estratégias de enfrentamento da dura realidade brasileira, marcada pela desigualdade de acesso, atenção básica ineficaz e pouco efetiva, baixa qualidade dos serviços públicos, contrastando com a diversidade entre as distintas regiões do país. A esse respeito, Costa (2004) aponta que os grandes problemas na atenção à saúde como: acesso desigual, a inadequação dos serviços confrontados com as necessidades, a ausência de atenção integral, o paralelismo da oferta e a baixa qualidade delimitam as orientações para a reestruturação de modelos de atenção.

Não está se falando de utopias, mas de desafios na construção de um sistema de saúde que tenha coerência entre a oferta das práticas de cuidado de

saúde e as necessidades da população. Um sistema que utilize o cotidiano dos serviços de saúde para, criar novas formas de produzir saúde.

A organização da atenção à saúde preconizada pelo SUS tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social. Sendo que a concretização desses princípios está em contínua tensão, devido aos diversos obstáculos estruturais e políticos, tais como as desigualdades sociais tão marcantes em nossa sociedade, a predominância do modelo médico-assistencial e o cenário das políticas sociais brasileiras que configuram o quadro de complexidade do desafio a ser vencido (MENDES, 2001; COSTA, 2004).

Nessa linha de pensamento, entendo que a construção do SUS se faz no cotidiano dos trabalhadores de saúde e referencio a importância da participação popular, como pilar fundamental para a consolidação do cuidado à saúde a ser oferecido aos cidadãos. A premissa de um cuidado organizado pela sociedade e para a sociedade parece ser o caminho de êxito para o sistema de saúde preconizado pelas políticas do SUS. Tendo o Estado como parceiro e jamais excluindo a consciência crítica que nos conduz a perceber o quanto o sistema de saúde pode evoluir, para melhor atender as necessidades dos cidadãos.

Costa (2004, p.32) refere que, no contexto preconizado pelo SUS, a organização da atenção elege um conjunto de princípios éticos e estratégicos para conferir robustez à conquista da saúde como direito de cidadania. Reconhece ainda que os desafios para alcançar as mudanças no aparato legal e na estrutura político administrativa das instituições nos direciona para inovações no modo de gestão do SUS, na gerência e na organização do trabalho em saúde.

Ceccim, Ferla, Pelegrini (2003) pontuam que um conjunto de inovações vem desafiando a organização do sistema de saúde brasileiro: existe uma pressão

para a incorporação de um contingente populacional que estava excluído do acesso à atenção à saúde; uma demanda por uma qualidade na atenção; progressiva incorporação de tecnologias nos serviços; definição de critérios de equanimidade para a distribuição de recursos. Mas, esclarecem que:

[...] algumas áreas ainda precisam se desenvolver com o propósito de fortalecer a qualificação do sistema de saúde, ainda se faz necessário avançar na área da informação e informática em saúde; planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, com produção de tecnologias de gestão compatíveis com a racionalidade que fundamenta o modelo que está em implantação, o SUS. Essas áreas ainda se mantêm, em boa medida, atreladas às características do modelo técnico-assistencial que antecedeu ao SUS (CECCIM, FERLA, PELEGRINI; 2003, p.64).

Mudanças na forma de organização e gerenciamento dos serviços de saúde, que permitam à população maior acesso às ações assistenciais, como também estimulem a participação popular nesse processo, por certo, trarão como resultado uma melhoria nas condições de saúde das pessoas. De acordo com Ceccim, Ferla, Pelegrini (2003, p.65) “essa participação tem prerrogativa legal de avaliar e propor diretrizes para a política de saúde em cada esfera governamental, bem como, deliberar e formular estratégias e controlar a execução das ações e serviços de saúde”.

Articuladas às questões e desafios colocados pela institucionalização do SUS, em que são estabelecidas outras premissas voltadas à compreensão da saúde como direito de cidadania, vivenciamos mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos. Somado-se ao desenvolvimento tecnológico, se constituem em um campo profícuo para as discussões e redefinições na forma de organização e instituição de práticas cuidadoras sustentadas pela integralidade da assistência, e que devem, também, considerar as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais.

Acredito que o compromisso com a formação dos profissionais de saúde, buscando um perfil de trabalhador comprometido com o contexto descrito e com os princípios do SUS, possibilitará a construção de gestão do sistema

compromissada com a multiplicidade de interesses políticos e, principalmente, éticos do processo de cuidar da saúde das pessoas.

A saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. Para a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, faz-se necessária a implantação de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde por todos os cidadãos, com vista a um atendimento integral, com prioridade para as ações de prevenção, proteção e recuperação, sem prejuízo para as ações assistenciais.

Nesse contexto, parece ser de fundamental valor o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, voltados à manutenção da saúde. Ações que visem o preparo dos indivíduos para o exercício da cidadania com consciência, pois contar com a participação da comunidade na formulação e implantação de novas políticas de saúde multiplica as possibilidades de sucesso do processo.

Vivemos uma transição no perfil sanitário, com redução da morbi-mortalidade por doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas em especial doenças cardiovasculares, neoplasias e as motivadas por causas externas. Nos diferentes processos de transição, definidos histórica e socialmente, é possível identificar o crescente impacto da morbi-mortalidade por causas externas. Estudos, em diferentes países têm apontado um declínio importante, entre as décadas de 60 e 80, das doenças preveníveis (em torno de 60%), enquanto que, entre as doenças “não preveníveis”, a redução estimada é em torno de 15 a 20% (POIKOLAINEN,1986; GIL,1989; OMS, 2003; LANGE; 2005).

Esse quadro leva a pensar em formas de atenção em saúde que considerem a integralidade como característica do cuidado e busquem a humanização das práticas de saúde, incluindo o universo familiar como um diferencial qualitativo.

A perspectiva de mudança de foco na atenção à saúde ocorrida nas últimas décadas pode ser descrita como um movimento e um jogo de avanços e contradições, tendo como uma importante referência a Conferência de Alma-Ata, na década de 70. Certamente um ponto de importância trazido na Declaração de Alma Ata foi a ênfase na saúde como um direito humano fundamental, sendo que, para a obtenção do mais alto nível de saúde como meta social mundial, se faria necessária a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978).

Essa conferência, embora assinalando tais questões, apontou para a necessidade de investimentos em saúde e “saúde para todos”, mesmo que numa perspectiva centrada em doenças infecto-contagiosas e tendo a população materno-infantil como foco preferencial.

Seguindo essa perspectiva, diversos documentos, entre eles o da VIII Conferência Nacional de Saúde demonstram a transição evidenciada no perfil populacional, mais recentemente, no final da década de 80, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde que se constitui em um marco revisional do modelo de atenção. Apontou para a complexidade do processo saúde/doença; a ampliação da atenção ao indivíduo a partir de novas abordagens em relação à saúde; a necessidade de melhorar as condições de cuidar da saúde da população e o estímulo à participação social, que torna mais presente o exercício da cidadania (OMS, 1978; BRASIL, 1986; MENDES, 2001).

No processo de reforma sanitária brasileira, importantes princípios e diretrizes orientaram a construção de um modelo de atenção que se caracteriza pela defesa da

universalidade, integralidade e equidade, ao menos em seu nível discursivo e legal. Destaca-se aqui a categoria de integralidade como referência para a produção do cuidado à saúde e a necessidade de articulação de diferentes instâncias de atenção.

Entendo que a integralidade na assistência à saúde deva ser pensada como um processo que envolve a vida das pessoas, suas histórias, suas vivências, seus anseios, suas expectativas. E considerando as questões de demanda e necessidades da comunidade, articuladas com a atuação dos trabalhadores de saúde, rumo a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado à saúde.

Assim, a garantia de integralidade pressupõe o estabelecimento de ações que permitam a interligação entre os diferentes serviços disponibilizados à população, em seus diversos níveis de atenção à saúde. O Ministério da Saúde, mais recentemente, passou a trazer em documentos oficiais a idéia de rede para o trabalho em saúde, relacionando a proposta com os princípios e diretrizes do SUS e com a atenção integral à saúde (SAÚDE, 2006). Na perspectiva de rede, estariam colocados pontos de interligação entre os distintos serviços, em uma cadeia de cuidados progressivos à saúde apresentada como

um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2004d, p. 2).

Essa idéia de rede, certamente, vai na direção apontada acima, de possibilitar a integralidade da atenção, a partir da articulação dos distintos serviços e distintos níveis de atenção, ou seja, pensando a integralidade para o sistema de saúde.

O Ministério da Saúde tem proposto ações para o fortalecimento de um modelo de atenção que busque, por meio de estratégias de promoção e prevenção, o atendimento ao princípio da integralidade da assistência, em suas

políticas. Nesse sentido, a integralidade tem sido o fio condutor da organização dos serviços e da educação permanente dos trabalhadores de saúde.

Entretanto, é importante considerar que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) afirma serem os atuais sistemas de saúde insuficientes para atender às necessidades da maior parte da população mundial. Reconhece ainda, que esses sistemas necessitam passar por profundas mudanças, substituindo os atuais serviços com tecnologias sofisticadas e de altíssimos custos, por outros mais acessíveis a todos.

Assim, ao olharmos para o universo feminino, para a forma como as políticas de saúde estão sendo construídas para o atendimento à mulher e, mais especificamente, para a população de mulheres com CCU, as questões colocadas pela OMS ganham sentido.

1.2. A conformação das políticas de atenção à mulher no Brasil – uma ampliação na busca da integralidade

No Brasil, os programas implantados nos serviços públicos, da década de 70 até meados dos anos 80, constituíam-se numa resposta do governo aos problemas sanitários entendidos como prioritários (FERREIRA, 1994).

A saúde da mulher, incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitava-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis criados na década de 30, 50 e 70 olhavam para a mulher na sua concepção biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, com a responsabilidade pela educação e cuidado para com saúde dos filhos e familiares (BRASIL, 2004a).

Para Ferreira (1994), dos vários programas voltados à mulher, dois delinearam os contornos da assistência à mulher: o Programa Materno Infantil (PMI), de 1975, e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984. Para a

autora, cada um desses programas foi constituído em contextos históricos diferentes. O PMI aconteceu na conjuntura política do período de regime militar, tendo como proposta a política de extensão de cobertura. O PAISM foi discutido e implantado no período de transição democrática, tendo como pano de fundo de negociação o movimento de mulheres e estando no bojo das transformações que ocorreram a partir do Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, ligado ao INAMPS.

Mishima (1995) pontua que o Plano do CONASP teve, como um dos objetivos, a reorientação do modelo assistencial de prestação de serviços de assistência médica. Para tanto, uma das estratégias utilizadas foi o Plano das Ações Integradas de Saúde (AIS), previa a integração entre as diversas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, com o intuito de diminuir a dicotomia entre a prevenção e a cura, e a capacidade ociosa dos serviços públicos de saúde.

Na saúde da mulher, a organização dos serviços toma importância, pois algumas mudanças observadas nas unidades básicas de saúde e nas políticas de saúde trazem a proposta de atendimento à mulher, por meio de programas que contemplem a combinação entre as ações básicas de saúde e o atendimento médico individual. Isto tem significativa relevância, na medida em que direciona as práticas e os trabalhadores de saúde a olhar para a mulher não mais apenas sob a ótica da reprodução.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) aponta que o PMI preconizava ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e para aqueles em situação de maior vulnerabilidade. O programa era verticalizado, não havendo interação com outros programas e ações do governo federal; as metas eram definidas pelo nível central e não havia avaliação das necessidades de saúde da população local.

Esses programas foram muito criticados pelo Movimento Feminista Brasileiro, pois atendiam a mulher apenas no ciclo gravídico-puerperal. Assim, o movimento de mulheres muito contribuiu para introdução de questões como desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, sexualidade, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sobrecarga de trabalho das mulheres, que tinham a responsabilidade pelo trabalho doméstico e a educação dos filhos. As mulheres entendiam e argumentavam que essas questões influenciavam a saúde da população feminina e que, portanto, deveriam ser discutidas no âmbito das políticas públicas de saúde (OPS, 2001).

A partir dessa mobilização, as mulheres reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam a gestação e o parto. Requereram ações que proporcionassem a melhora das condições de saúde em todos os ciclos da vida (BRASIL, 1998).

Essas reivindicações feministas foram acolhidas na transição democrática, refletindo-se em 1984, numa política do Ministério da Saúde que propôs a elaboração de um programa que contemplasse a assistência à mulher, de forma integral. A colaboração de um grupo de pessoas envolvidas com as questões de saúde da mulher também contribuiu para a construção e concretização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), propôs uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios de eleição de prioridades, nesse campo.

O PAISM antecedeu de forma precursora, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo a integralidade e equidade de atenção, num momento em que, paralelamente, o Movimento Sanitário

materializava o arcabouço conceitual que embasaria as raízes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o novo programa de saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistência à mulher em clínica, ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, CCU, câncer de mama, bem como outras necessidades identificadas a partir de características sociodemográficas das mulheres (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p.38) pontua que:

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implantação do PAISM. O SUS vem sendo implantado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei nº 8080 e Lei nº 8142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). A implantação da NOB 96 consolida o processo de municipalização das ações e constitui-se num espaço de reorganização das ações e dos serviços de atenção à saúde da mulher.

É importante ressaltar que a descentralização, proposta pelo SUS, no Brasil, foi introduzida como parte do processo de redemocratização, pois, segundo Mendes (2001), os regimes autoritários até então vigentes no país eram centralizados, burocráticos e excludentes, com intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas. Foi nesse contexto de redemocratização e de reforma do Estado brasileiro que a descentralização adquiriu força no país, e os municípios passaram a ter autonomia, com o repasse de recursos da União e Estados.

A descentralização surgiu como alternativa de racionalização de um Estado amplo, centralizado e onipresente, e comporta, na sua interpretação, duas leituras. A primeira, questionadora da intervenção pública na economia submetida às leis de mercado, está associada à privatização, à busca do Estado mínimo, sem regulação econômica e com ações sociais restritas à oferta do bem público e programas assistenciais aos pobres. A segunda dá conta de introduzir reformas

econômicas e sociais que permitam superar a crise do Estado, tornando-o mais necessário, mais forte e com garantia dos direitos sociais aos cidadãos. É a busca de um Estado flexível, aberto, capaz de descentralizar-se em direção ao local e ao regional (MENDES, 2001).

Acredito que pensar a descentralização como caminho para a superação das desigualdades é considerar as possibilidades de estabelecer a construção de políticas que satisfaçam as necessidades locais, envolvendo os atores sociais nessa construção. Para Mendes (2001, p.49), “este processo não é um momento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdos são estabelecidos pelas políticas das realidades nacionais”.

Atualmente, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher direcionam o SUS para um atendimento à mulher numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, atendimento às necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias e garantia de direito à saúde (BRASIL, 2004a).

A implantação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher se propôs, sem dúvida, a acolher a heterogeneidade que caracteriza o país; observar as condições socioeconômicas e culturais; compreender o perfil epidemiológico da população feminina, que varia de uma região para a outra; e a trabalhar na realidade local, aumentando a possibilidade de sucesso na assistência à mulher de forma integral.

Poderiam, então, ser lançadas algumas questões que considero de relevância na discussão das políticas de saúde para a população feminina. A primeira delas: Como o Estado fará valer a implantação destas políticas que

realmente combatam as condições de desigualdade socioeconômicas em que vive a maioria das mulheres brasileiras?

Entendo que a integralidade implica na atenção à saúde, nos diferentes níveis de atenção e de complexidade, sendo o estabelecimento de relações norteado pelo respeito às individualidades e singularidades de cada mulher.

É possível o cuidado integral, na diversidade do cotidiano em que vivem as mulheres brasileiras? As mulheres com CCU vêm tendo acesso a serviços de saúde que lhes proporcionem uma atenção pautada pela integralidade?

Baracat (2001) afirma que há necessidade de mudanças na forma como a atenção à mulher, no tocante a prevenção do CCU, vem sendo conduzida. O autor reforça a posição do Ministério da Saúde, que vem tentando a implantação de um programa de rastreamento para o câncer cervical, o que poderia resultar em um declínio significativo na mortalidade das mulheres com a neoplasia.

Nessa linha de pensamento, é possível articular a proposta de integralidade de assistência à mulher como uma questão de peso nas políticas governamentais e em programas de intervenção, pois a busca da integralidade da atenção representa um grande desafio nas práticas em saúde.

Considerando especificamente a prevenção do CCU entendo ser necessário romper com formas padronizadas de atendimento à mulher e estender essa atenção para além das ações técnicas, possibilitando revitalizar a integração das ações preventivas à produção do cuidado em saúde, e transformar as intervenções em construções concebidas a partir dos princípios do SUS.

Entendo que a integralidade relaciona-se à integração de ações preventivas e curativas, tanto no âmbito individual quanto coletivo, e deve ser praticada pelos trabalhadores de saúde e gestores, buscando apreender o cuidado prestado a partir

do cotidiano dos atores sociais. Maeda (2002, p.24) diz que “desenvolver integralidade envolve duas óticas distintas: uma em relação à pessoa como ser humano integral e outra relacionada à possibilidade do sistema oferecer intervenções que interpretem e traduzam ações de integralidade sistêmica”.

Observamos, na atualidade, uma mobilização da sociedade no sentido de oferecer à comunidade serviços públicos que prestem o cuidado, dentro de um contexto social, político e econômico. Essa perspectiva propõe uma ampliação, para que outros profissionais também se envolvam com o cuidado integral.

Peduzzi (2001), discutindo a questão do trabalho em equipe, apresenta que, a partir das noções que se fazem presentes sobre equipe, podem-se visualizar, ao menos, duas conformações: equipe como agrupamento de agentes e equipe como integração de trabalhos.

A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas (PEDUZZI, 2001, p.106).

Com base nessas questões, Peduzzi (2001) construiu uma tipologia para o trabalho em equipe: “equipe agrupamento” e “equipe integração”.

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes. [...] A articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação (PEDUZZI, 2001, p.106).

A autora finaliza sua discussão considerando que “o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”. Sendo que a comunicação exerce um papel fundamental para a articulação das ações multiprofissionais e para a cooperação entre os agentes do trabalho (PEDUZZI, 2001, p.108).

Essa possibilidade de um trabalho em equipe tem a potência de ocorrer no espaço de construção e implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela traz em sua proposta solidificar o SUS, implementando os princípios fundamentais da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, através de uma estratégia que prioriza a aproximação com o contexto social dos sujeitos e o acompanhamento das famílias, onde o atendimento é prestado por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 1997; RUBINSTEIN, 2001).

Frente à crescente complexidade da atenção em saúde, a incorporação de distintos níveis de cuidado e a inclusão de uma multiplicidade de trabalhadores de saúde, justifica-se a necessidade de olharmos com mais atenção questões que envolvam o atendimento da integralidade no processo de cuidar da saúde, em especial das mulheres, possibilitando melhorar o cuidado e a qualidade de vida desse grupo em particular.

Meu foco de interesse, ao pensar em integralidade na saúde da mulher, passa a ser o CCU, pois, apesar das políticas públicas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as estatísticas são, de certa forma, preocupantes. Dados do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2004a) estimam que o CCU é a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres e a quarta causa de

morte por câncer. Apontavam ainda a ocorrência de 20.690 novos casos de CCU para o ano de 2005.

Quando analisamos os fatores de risco para o CCU (início precoce da atividade sexual, baixa condição socioeconômica, multiplicidade de parceiros, tabagismo, higiene íntima inadequada, uso prolongado de contraceptivos orais e exposição às doenças sexualmente transmissíveis), podemos observar a íntima relação com as condições econômicas, sociais e culturais das mulheres, ou seja, com as suas condições de vida. Trata-se da participação de um contexto de influências e fatores que interagem para mais ou para menos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da doença (UICC, 1999; WCN, 2000; INCA, s/d).

Contudo, a prevenção do CCU é relativamente barata, quando levamos em consideração os custos. Além disso, a maioria dos problemas da população não depende diretamente de alta tecnologia para sua prevenção ou controle, mas da assunção da responsabilidade pelos profissionais de saúde, quanto ao seu papel de educadores e formadores de uma consciência sanitária nas mulheres, incentivando-as à prática do exame preventivo e fortalecendo sua participação social no processo.

Hackenhaar (2005) aponta, nos resultados de sua pesquisa, que mulheres mais jovens (faixa etária inferior a 30 anos) consultam mais o ginecologista, porém realizam menos o exame citopatológico de colo uterino. Esse dado é relevante para esta pesquisa, pois estudos têm demonstrado que o risco para adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) tem aumentado a probabilidade de lesões precursoras do CCU (BARACAT, 2001; BRASIL, 2004a).

E, se as mulheres estão consultando mais o ginecologista, por que não aproveitar essa consulta e fazer o preventivo para o CCU?

1.3. O câncer de colo uterino (CCU) como problema de saúde pública

A humanidade vive em um constante estado de preocupação em busca de novas alternativas e soluções que amenizem e/ ou eliminem os acontecimentos que perturbam o viver do homem. Guerras, epidemias e desequilíbrio ecológico têm gerado situações de conflito que apontam para a necessidade de encontrar respostas ou maneiras de tornar o existir das pessoas menos sofrido e mais humano.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) enfatiza que as estatísticas sobre morbidade e mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde da população. Essas estatísticas demonstram que, enquanto a mortalidade por violência afeta mais os homens, nas mulheres a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual é alta, as doenças como sífilis e HIV têm sido responsáveis pelo aumento da morbidade entre as mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.36):

No Brasil, as principais causas de morte na população feminina são as doenças cardiovasculares, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral; as neoplasias como câncer de mama, de pulmão e do colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para a Diabetes e as causas externas.

Assim, considerando os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) de que 70% das mulheres são usuárias do SUS, estudos realizados na área de atenção integral à saúde da mulher devem ser produzidos com o intuito de olhar para as mulheres, não apenas na fase reprodutiva de suas vidas, mas no decorrer de toda sua existência. Incluindo medidas de prevenção, educação, diagnóstico, cura, reabilitação e desenvolvendo nas mulheres a percepção de que são sujeitos responsáveis por sua própria saúde.

Que entendimento as mulheres têm sobre a saúde como um direito? Que ferramentas poderiam utilizar, para buscar melhores condições de saúde?

Essas mesmas perguntas e outras tantas poderiam ser feitas, quando olhamos para o contingente de mulheres com CCU. Pois, apesar dos avanços do conhecimento científico sobre o câncer, que possibilitam prevenir e controlar as condições geradoras do agravo, ainda nos deparamos com uma elevada incidência de CCU, principalmente nas populações de mulheres mais pobres (DIAS DA COSTA et al, 2002; OMS, 2003; LEAL; COSTA, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), o câncer é considerado um problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, por sua alta incidência e prevalência, alto custo financeiro destinado à detecção, ao diagnóstico e tratamento, levando prejuízos econômicos decorrentes da incapacidade das pessoas para o trabalho.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, s/d) admite que, embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame citopatológico (Papanicolau) com a finalidade de detecção precoce do CCU, a doença continua sendo um problema de saúde pública. Cerca de 30% das mulheres realizam o Papanicolau apenas três vezes na vida, o que explicaria o diagnóstico já na fase avançada em uma proporção de 70% dos casos.

A estimativa para o ano de 2006 foi de 472.050 casos novos de câncer, com previsão de 230 mil óbitos por ano, pela doença. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele (não melanoma), serão os de próstata e pulmão no sexo masculino, câncer de mama e colo do útero para o sexo feminino. O CCU é a terceira neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte, entre as mulheres. A estimativa para 2006 era de 19.260 novos casos, com risco estimado de 20 mil casos para cada 100 mil mulheres (BARACAT, 2001, BRASIL, 2004b, INCA 2005).

A distribuição de novos casos, de acordo com a localização primária, é bem heterogênea, entre os estados e capitais brasileiras. As taxas mais elevadas se encontram nas Regiões Sul e Sudeste, Norte e Nordeste mostram taxas mais baixas, enquanto que a Região Centro-oeste apresenta taxas intermediárias. Com relação ao CCU, a Região Sul apresenta uma incidência de 28/100 mil; Região Norte com 22/100 mil; Centro-oeste com 21/100 mil e a Nordeste com 17/100 mil ocorrências (INCA 2005).

O CCU se constitui um grave problema de saúde que atinge as mulheres em todo o mundo, cabendo aos países em desenvolvimento a porcentagem de 80% desses casos, sendo o Brasil responsável por uma taxa expressiva dessa estatística. Estudos realizados sobre mortalidade entre as mulheres (SIM/RS, 1998; BRASIL, 2004b;) demonstram que o CCU, apesar de apresentar queda nas taxas padronizadas de mortalidade, ainda tem lugar de destaque como causa de óbito.

A taxa de mortalidade é elevada nas mais variadas faixas etárias, sendo que o pico de incidência do carcinoma *in situ* está entre os 25 e os 40 anos, e o carcinoma invasor entre os 48 e os 55 anos (WCN, 2000).

Dias da Costa et al (1998), em uma pesquisa sobre a cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas/RS concluíram que a cobertura era de 65% para as mulheres de 20 a 69 anos, porém, nas classes mais baixas o índice de cobertura caiu de 65% para 56%. Outro estudo, realizado no mesmo município por Hackenhaar (2005), corrobora com a observação de que as condições de pobreza das mulheres aumentam o risco de adoecer e morrer pelo CCU, apontando que, anualmente, sete de cada 100 mil mulheres de Pelotas morrem de CCU.

Estudos recentes trazem a importância do papiloma vírus humano (HPV) no desenvolvimento da displasia das células cervicais, que podem se transformar em

células cancerosas, pois o vírus agride essas células, alterando sua constituição genética, ocasionando, assim, sua transformação em células neoplásicas (OLIVEIRA, 2003; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; BRASIL, 2004c; INCA, 2005).

O desenvolvimento natural de um câncer invasivo do colo uterino poderá ser curto, em torno de dez anos, embora a média seja de 30 anos (UICC, 1999).

A idade média das mulheres com o diagnóstico de displasia leve ou moderada é de 30 anos; na displasia severa ou câncer *in situ* é de 37 anos; e de 49 anos para o carcinoma invasivo. Entretanto, nos países em desenvolvimento, as mulheres com idades inferiores costumam apresentar lesões epiteliais significativas, o que pode ser explicado, talvez, pela atividade sexual mais precoce (UICC, 1999; LEAL; COSTA, 2004).

As altas taxas de incidência e mortalidade pelo CCU, em países da América Latina e Caribe, são influenciadas, segundo Pinho e França-Junior (2003), por fatores tais como o perfil epidemiológico que essa doença adquire nesses países. Ele pode ser traduzido pela frequência dos fatores de risco, grau de implementação de ações efetivas no plano técnico, diagnóstico precoce da doença, tratamento das lesões detectadas, bem como pelo planejamento nas áreas educacional, social, política e econômica.

Os autores apontam a necessidade de estratégias para o diagnóstico precoce das lesões precursoras, mediante a realização do teste de Papanicolau e exames colpocitológicos. A mortalidade pode ser reduzida em até 80%, com o rastreamento das mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos através do teste de Papanicolau, que possibilita a detecção precoce das lesões precursoras com alto grau de malignidade ou carcinoma *in situ* (INCA 2005).

Para o INCA (s/d), a prevenção do CCU obedece a dois níveis. Um deles é a prevenção primária, que pode ser realizada pelo uso de preservativos durante a relação sexual, sendo uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, uma vez que o vírus que tem importante papel no desenvolvimento do CCU e suas lesões precursoras (está presente em 90% dos casos de câncer uterino). O outro é a prevenção secundária, realizada através do exame preventivo do câncer do útero (exame Papanicolau).

Lopes et al (1999) pontuam, em seu estudo, que os possíveis fatores para as mulheres não realizarem o exame Papanicolau seriam: a vergonha, o sentimento de que o exame não lhes é adequado, o seu não reconhecimento como integrante do grupo de risco, o medo do exame, o desconhecimento da importância do exame, a omissão dos profissionais, a objeção do companheiro, o temor da doença, a inatividade sexual e o nível socioeconômico e cultural.

Ou seja, compreendemos, a partir desses autores, que a não realização do exame pelas mulheres está marcada por determinações de diferentes naturezas: cultural, social, econômica, sendo que a ação de saúde poderá não ter resolução, nessas três dimensões. Contudo, mesmo considerando as limitações presentes no contexto socioeconômico e sanitário atual, é importante evidenciar o papel de ações preventivas e resolutivas que, efetivamente, proporcionem à mulher a possibilidade de um cuidado, mas que, prioritariamente, lhe garantam o entendimento de sua relevância, e de como e por quê se prevenir do CCU.

Pinho e França Junior (2003) dizem que a introdução do exame Papanicolau, no Brasil, se deu na década de 70. E que a implantação do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), em 1983, tinha como objetivo implantar ou ampliar as atividades de diagnóstico precoce do câncer cervical e

promover ações educativas, buscando uma assistência integral à mulher, para além do ciclo gravídico-puerperal. Porém, os mesmos autores pontuam que não há uma homogeneidade de ações e recomendações quanto à melhor estratégia a ser seguida pelos programas de rastreamento. No entanto, as políticas de saúde precisam ser adaptadas às necessidades epidemiológicas, sociais e disponibilidade de recursos financeiros, bem como à definição de projetos técnico-políticos que qualifiquem a vida das mulheres.

Dentre todos os tipos de câncer, o do colo do útero tem os mais altos potenciais de prevenção e cura, pois, quando diagnosticado precocemente, a possibilidade de cura chega a 100%. Sua prevenção é de baixo custo, simples e indolor, quando comparada a outros tipos de câncer (INCA, 2005; BRASIL, 2003). Considerando tudo isso, mais uma vez ecoa a questão: O que poderemos fazer para mudança desse quadro tão desalentador que observamos nos dados estatísticos?

Assim, uma questão inicial da pesquisa nos remete a refletir: Os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS estão ofertando ações de atenção de modo a contemplar a integralidade da assistência à mulher, quando pensamos os processos de produção de cuidado² no CCU?

1.4. Construção da integralidade para a gestão do cuidado e dos serviços

Os dados de 2003, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que as mulheres compõem cerca de 50% da sociedade brasileira (IBGE, 2003).

² O trabalho em saúde guarda uma particularidade no fato de que é produzido em ato, em processos sempre contínuos de interação, de relação, com utilização de diferentes tipos de tecnologias, necessárias para produzir distintas formas de intervenção. Essas intervenções podem ser baseadas em relações sumárias e prescritivas, “onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato”, realizadas na produção do cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2002).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) são as mulheres as maiores freqüentadoras do SUS, não só porque adoecem com mais freqüência, mas também porque são elas que acompanham as crianças, familiares, vizinhos e amigos que necessitem de atendimento na rede pública de saúde.

Ainda, as mulheres vivem mais que os homens, embora adoeçam mais, e essa vulnerabilidade feminina a certas doenças tem mais a ver com a situação de discriminação da mulher na sociedade, do que com fatores biológicos. A mulher tem sofrido discriminação nas relações de trabalho que, somada ao trabalho doméstico, as tornam vulneráveis aos agravos à saúde (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde chama a atenção para o fato de que a saúde envolve diversos aspectos da vida, que têm relação com o meio ambiente, alimentação, trabalho, lazer, moradia e renda. Acrescente-se a esse quadro outras variáveis, como raça, etnia, pobreza, que acabam por agravar as desigualdades.

A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, ocorrida em 17 de Julho de 2004, teve como objetivo promover políticas de atenção ao bem-estar e qualidade de vida para as mulheres, traduzidas no uso e ocupação do solo, saúde, moradia, infra-estrutura e equipamentos sociais, recursos naturais e patrimônio histórico e cultural. Essa conferência alertou ainda para a necessidade de que o Estado efetivamente cumpra os preceitos e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher, conforme os princípios do SUS, introduzindo os conceitos dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos às mulheres traduzidos no direito de escolha sexuais e reprodutivas.

A busca por novas formas de olhar para a assistência à saúde da mulher nos direciona a analisar como as políticas públicas estão construídas, uma vez que é preciso pensar a organização da assistência à saúde da mulher de modo integral, mais

abrangente, e não apenas restrita a sua função reprodutora. Esse movimento remete ao conceito de integralidade. Mas que integralidade queremos alcançar na saúde da mulher?

Para Mattos (2004), a integralidade é um termo com diferentes sentidos e usos e, como um dos princípios do SUS, é um importante caminho na defesa de uma postura ampliada das necessidades de saúde de uma população. Para o autor, a integralidade não é apenas uma das diretrizes do SUS, mas também uma “bandeira de luta”, porque tem relação com a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Campos (2000) afirma que a integralidade é um princípio constitucional que sustenta o SUS e que as ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação devem ser ofertadas aos cidadãos de maneira articulada em todos os níveis de atenção. Mattos (2001, p.41) completa essa idéia, quando afirma que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS constitucionalmente definida, podendo ser traduzida como uma

‘imagem objetivo’ [...], um enunciado de características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são desejáveis; um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam com o ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

A imagem objetivo para o autor, tem o propósito de distinguir o que se deseja construir, do que já existe. É uma transformação da realidade, parte de um pensamento crítico que se recusa reduzir a realidade ao que existe, critica o que existe e indicando direção de uma mudança pretendida. Porém não é detalhada, o que permite vários sentidos correlatos, mas também distintos. Uma imagem objetivo “não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser, ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras a serem criadas por meio das lutas,

que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual” (MATTOS, 2001, p.42).

Assim, para Mattos (2001) os sentidos da integralidade podem ser agrupados em três conjuntos conforme será comentado a seguir.

O primeiro conjunto é representado pelas práticas dos profissionais de saúde. Aqui, o sentido da integralidade relaciona-se com o movimento da medicina integral, que fazia críticas à prática médica fragmentada, baseada no modelo flexneriano, com privilégio das especialidades. tratava-se da prática de uma medicina reducionista que, nas diversas especialidades, ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das dimensões psicológicas e sociais.

A crítica da medicina integral, frente à atitude reducionista e fragmentária dos médicos, levou à idéia de criar novos currículos que tornassem os médicos profissionais capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de forma mais integral. Isto significava, de um lado, modificar radicalmente o ensino, na concepção do que era básico para a formação médica. Do outro, enfatizar o ensino nos ambulatórios e nas comunidades. Essa mudança de postura dos médicos deveria ter seu início na formação dos mesmos, ou seja, dentro das escolas de medicina.

Para Mattos (2001) a integralidade como traço da “boa medicina” (e, poderíamos dizer, de “boas práticas de cuidado” desenvolvidas por qualquer trabalhador de saúde) implica reconhecer a importância de mudanças na postura no atendimento médico (e de outros trabalhadores), para além das técnicas e da utilização da tecnologia de alta complexidade diagnóstica, a fim buscar compreender de que ações e serviços de saúde um usuário qualquer precisa. Ele reforça que:

[...] o uso de técnicas de prevenção e com a identificação mais abrangente das necessidades dos cidadãos no que diz respeito a sua saúde deve ser defendida para o conjunto de profissionais dos serviços de saúde [...] a integralidade, mesmo quando ligada diretamente à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde (MATTOS, 2001, p.50-51).

Assim, não se pode falar de integralidade sem considerar o trabalho em equipe como algo fundamental, para o alcance dessa integralidade. Pois pressupõe uma ação com objetivo comum entre os vários trabalhadores que compõem uma equipe multiprofissional, ação esta que só se realizará com a mudança de postura dos profissionais envolvidos e redefinições de papéis no processo de trabalho.

A integralidade, vista sob a ótica das práticas dos trabalhadores, e entendida não somente como atributo médico, mas de responsabilidade de toda a equipe envolvida com a prestação de serviços de saúde, pode tornar-se de difícil alcance, pois envolve a reconstrução de valores e atitudes, no processo de trabalho da equipe de saúde.

A integralidade é um valor a ser defendido nas práticas dos trabalhadores de saúde, “um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (MATTOS, 2001, p.48).

O segundo conjunto para integralidade, proposto por Mattos (2001), relaciona-se à organização das práticas em saúde. Na década de 70, observava-se uma dicotomia entre os órgãos responsáveis pela saúde. No antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), o Ministério da Saúde responsabilizava-se pela saúde pública, enquanto que o Ministério da Previdência Social respondia pela assistência médica. A justificativa para tal dissociação era a de que as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais tinham necessidades diferentes. As primeiras seriam apreendidas pelos técnicos que definiam estratégias e elaboravam normas sobre as atividades que deveriam ser implementadas, sendo que tais atividades eram executadas nos serviços de saúde pública, e não no conjunto dos serviços de saúde.

Por outro lado, as práticas assistenciais eram demandadas pela população, cabendo aos técnicos processar a demanda por atendimento médico.

Esse arranjo dicotomizado acabava por interferir nas práticas e organização dos serviços de saúde, levando as pessoas a acreditarem que os serviços de saúde estavam centrados nos hospitais. A integralidade pode ser vista, então, como um princípio de articulação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. É esta integralidade que, ainda nos dias atuais, buscamos alcançar, pois é inadmissível que os trabalhadores atendam as mulheres de forma tão fragmentada. Nessa concepção Mattos (2001, p.54) pontua que os profissionais deveriam repensar suas práticas “do horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério”.

A integralidade, olhada a partir da organização das práticas e serviços de saúde, emerge como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde e busca aumentar as possibilidades de efetivamente se apreender as necessidades de saúde da população (MATTOS, 2001).

Essa questão apontada por Mattos (2001) ainda parece distante das práticas empreendidas nos serviços de saúde. Contudo, podemos pensar na integralidade como uma utopia possível, quando almejamos o efetivo comprometimento dos trabalhadores no desempenho de suas práticas, a sua consciência e a das pessoas que transitam pelos serviços de saúde acerca de seu valor como cidadãos, somados ao compromisso que o serviço público de saúde deverá ter em defesa da qualidade de vida das pessoas.

O terceiro conjunto é formado pelas políticas especiais, traduzidas pelo autor com políticas desenhadas especificamente para dar respostas a um determinado

problema de saúde, de um grupo populacional específico. A proposta do PAISM é um exemplo do sentido da integralidade desse conjunto, pois tem, na sua construção, a recusa explícita por políticas públicas que reduzam os sujeitos a objetos descontextualizados, sobre os quais as políticas incidem. Assim, não era aceitável que a mulher fosse vista apenas em função da maternidade. A saúde da mulher deveria ser pensada em todo o seu ciclo de vida, levando em conta os contextos culturais e as diferentes formas de dominação que conferiam especificidade ao seu adoecimento. No PAISM, o termo assistência integral indicava uma ampliação do horizonte, a partir do qual os problemas de saúde das mulheres deveriam ser pensados, buscando respostas governamentais a esses problemas, que se configurassem pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide (MATTOS, 2001).

Um outro sentido de integralidade desse conjunto, salienta que as respostas do governo aos problemas de saúde pública devem contemplar as ações assistenciais e preventivas: “a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao Estado responder aos problemas de saúde pública, e que esta resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais” (MATTOS, 2001, p.60).

Franco e Magalhães Junior (2003) pontuam que a perspectiva da prática da integralidade está presente na organização dos processos de trabalho na atenção básica, com a atuação de uma equipe multiprofissional com diretrizes de acolhimento e o vínculo na produção do cuidado, possibilitando se pensar a integralidade construída em um contínuo, na rede de atenção à saúde.

Nessa direção, Mendes (2001) refere que a integralidade implica a responsabilidade da assistência nos serviços essenciais e sua continuidade por

meio de uma rede integrada. Compartilho com o autor, pois acredito que, para o alcance da integralidade, é necessário o comprometimento do Estado e dos profissionais da saúde com a continuidade da assistência à população, nos diversos níveis de atendimento. Cabe ressaltar que atender às necessidades e demanda com que as mulheres buscam os serviços de saúde é também pensar na articulação de ações preventivas com as ações assistenciais, nos diversos pontos de atenção à saúde. E é nessa direção que Mattos (2003, p.53) enfatiza que um dos sentidos do termo integralidade quando falamos de organização dos serviços de saúde é o de articular as ações criadas com objetivo de responder à demanda assistencial, com aquelas destinadas à prevenção.

O autor refere ainda, que as ações preventivas e as assistenciais têm impactos diferentes quando nos deslocamos para o campo das políticas de saúde. As atividades assistenciais visam responder aos problemas e às necessidades de saúde dos usuários do SUS e o conjunto de ações voltadas à produção de cuidado devem ser planejadas com o intuito de modificar o quadro social da doença e responder às necessidades de saúde, podendo, com isso, no futuro, alterar a demanda por serviços essenciais.

Ceccim, Ferla, Pelegrini (2003) ao abordarem a temática da integralidade reforçam que é um desafio imposto aos gestores do SUS composto por três dimensões. A primeira está relacionada à capacidade das políticas governamentais para organizarem o sistema de saúde, traduzida como a “capacidade de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população” (CECCIM, FERLA, PELEGRINI, 2003, p.62). A segunda relaciona-se à organização dos serviços, entendida como a garantia de acesso, em diferentes níveis de atenção, e a resolutividade. Finalmente, a terceira refere-se aos conhecimentos e

práticas dos trabalhadores em saúde, tem a ver com sua capacidade de acolher e desfragmentar a assistência prestada à população. Os autores propõem, ainda, outra dimensão, traduzida como sentido para a integralidade, que seria o incentivo à participação popular no processo de construção das políticas de saúde.

Para Costa (2004 p.49), a atual organização dos serviços na área da saúde da mulher tem atendido as demandas de saúde reprodutiva e, embora tenha permitido melhoria no acesso à prevenção do CCU “propiciou uma fragmentação no atendimento à mulher, cujos problemas de saúde não se limitam aos órgãos reprodutivos”. Ou seja, entende-se que a atenção à saúde da mulher não se resume ao atendimento de uma doença ou agravo. Outros problemas/situações por elas enfrentados, por certo, não se restringem às mamas e ao útero.

Vários autores apontam que a distinção entre demandas e necessidades implica na organização dos serviços de saúde no sentido de buscarem mecanismos de atuação para a identificação das necessidades da população sob seu cuidado, pois a prática da integralidade pressupõe um conhecimento ampliado das necessidades em saúde (MATTOS, 2001; CAMARGO JUNIOR, 2003; TEIXEIRA, 2003).

Acredito que, na saúde da mulher, a integralidade passa ter maior ênfase com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde o termo integral tem um significado de ampliação dos espaços de cuidado à saúde da mulher. Ele propõe uma integralidade de assistência, da adolescência ao climatério; incorpora o conceito de cidadania, ou seja, considera a mulher como um ser pleno de direitos e deveres, tomando-a como um sujeito ativo no processo de cuidado de sua saúde; e aponta aos governantes e à população que atentem para a diversidade social, cultural e econômica do mundo.

Costa (2004) diz que a integralidade proposta pelo PAISM tem a ver com mudanças no atendimento à mulher, que deverá ser vista como sujeito integral. E os serviços deverão oferecer um conjunto de ações que solucionem as necessidades das mulheres, em diferentes situações e problemas de saúde, nos distintos ciclos da vida.

É nesse sentido que o princípio da integralidade do SUS se configura, quando falamos da assistência à saúde da mulher, ou seja, o atendimento das necessidades abrangendo todas as fases de suas vidas e, muito importante, é que esse processo possibilite uma mudança na relação das pessoas proporcionando às mulheres a condição de sujeitos ativos, no processo de cuidar de si e dos seus. Contudo, essas questões ainda são distantes no cotidiano das práticas de saúde.

Na configuração da estrutura dos serviços de saúde, a integralidade pode ser definida como um desafio a ser alcançado, na medida em que muitos obstáculos deverão ser transpostos para o êxito do processo. Pois a integralidade como um dos princípios do SUS, assume uma definição legal que tem relação com a integração das ações preventivas, curativas, tanto na esfera individual quanto coletiva, nos diferentes níveis de complexidade. Entretanto, sua implementação depende, sem dúvida, da forma como a sociedade se organiza para esse fim e da vontade política dos atores sociais presentes no SUS (usuários, trabalhadores de saúde, gestores e instituições formadoras).

Concordo com Mattos (2001), Silva Jr e Mascarenhas (2004), Pinheiro (2005) para quem a integralidade consiste numa dimensão plural, ética e democrática que se revela em diferentes saberes e práticas operadas no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos. Ela se expressa de forma particular

e própria, em diferentes contextos, sendo necessário compreendê-la como resultante de múltiplas variáveis relacionadas ao contexto econômico, social, às políticas de saúde, à gestão, cultura, controle social, processo de trabalho e à organização dos serviços de saúde.

Acredito na importância conceitual e prática do princípio da integralidade, como uma forma de romper as barreiras que dificultam e/ou impedem as ações de controle do avanço do CCU, nos diferentes níveis de atenção à mulher, pois, no meu entendimento, a integralidade tem distintas apreensões. Ela deve ser compreendida não apenas como um princípio do SUS, mas também como exercício de boas práticas de cuidado e referência para a implantação de políticas governamentais que se oponham às práticas reducionistas, na atenção à saúde das pessoas, e da mulher em específico.

1.5. Objetivos

Tendo em vista as questões relacionadas à saúde da mulher com CCU e a busca de integralidade da atenção, foi traçado como objetivo central desta investigação analisar a atenção ofertada à mulher com diagnóstico de CCU, a partir de sua experiência, na perspectiva da integralidade da assistência na rede pública de saúde, no período de 2003 a 2005, no Município de Pelotas/RS.

1.5.1. Objetivos Específicos

- Identificar as mulheres com diagnóstico de CCU na cidade de Pelotas/RS, atendidas na rede SUS, no período de 2003 a 2005, e conhecer seu perfil etário, de formação escolar, estado civil, profissional;

- Caracterizar as mulheres identificadas, segundo: idade da menarca, idade do início da atividade sexual, regularidade da realização do exame pré-câncer;
- Identificar e analisar o acesso das mulheres com diagnóstico de CCU à rede pública de atenção à saúde, na cidade de Pelotas/RS no período de 2003 a 2005, apontando as dificuldades por elas enfrentadas, na perspectiva da integralidade da atenção.

2. CAMINHO METODOLÓGICO

2.1. Caracterização do estudo

A presente investigação utilizou uma abordagem qualitativa, em função da natureza do estudo, que visou analisar a atenção ofertada à mulher com diagnóstico de CCU, a partir de sua experiência, na perspectiva da integralidade da assistência na rede pública de saúde. A partir da visão dessas mulheres, em sua busca por assistência, se procurou compreender a atenção que lhe foi ofertada nos serviços públicos de saúde, tendo como sustentação teórica a integralidade, não só como princípio do SUS, mas também como exercício de boas práticas de produção de cuidado, que devem estar presentes no atendimento das necessidades de saúde das mulheres.

A abordagem metodológica qualitativa, segundo Minayo (2004), preocupa-se com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, resultantes de ação humana objetiva, apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivenciam determinada situação. Enfim, essa abordagem permite

a compreensão/explicação em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, os programas e demais ações preconizadas pelos serviços de saúde (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.195)

A abordagem qualitativa possibilita a descrição e compreensão das características da população estudada relativas a temas práticos e da vida cotidiana. O que, neste estudo, é manifestado pela constatação de que, mesmo com os grandes avanços na área do conhecimento científico sobre o câncer e suas implicações para a saúde, os indicadores de controle do agravo apresentam-se baixos, pois as mulheres continuam apresentando e morrendo da doença.

Aproximando o interesse ao foco qualitativo procurei, neste estudo, olhar para quem são as mulheres com CCU; como se tornam expostas ou vulneráveis ao agravo; como expressam sua subjetividade frente à doença; como adoecem e compreendem seu adoecimento; como demandam e aderem ao seguimento para o projeto terapêutico e cuidados; que facilidades e dificuldades enfrentam na rede de serviços de saúde para o acompanhamento; e, ainda, como colocam em evidência sua necessidade de acesso a serviços de saúde, em diferentes níveis de atenção, para produção de cuidados integrais.

2.2. O campo do estudo

2.2.1. Apresentando o Estado do Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul (RS) está localizado no extremo sul do Brasil, faz fronteira com a Argentina e o Uruguai e divisa com o Estado de Santa Catarina. Possui uma área de 282.000 Km² de extensão, uma população de 15.210.778 habitantes, sendo que, dessa população, 82% habitam na zona urbana. É formado por 369 municípios. O setor agropecuário emprega número significativo de pessoas de 10 anos ou mais (35%), a taxa de desemprego é de 7,3% (IBGE, 2000). No Estado a transição demográfica começou mais cedo, em relação aos demais estados brasileiros, o que justifica o rápido aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa. A expectativa de vida passou de 52,74 anos em 1903, para 66,7 anos em 1972, para 68,8 em 1980, e para 73,40 anos no período de 2001 a 2004 (SES/RS - 2005). Esse aumento na expectativa de vida é importante para a saúde pública porque em conjunto com a taxa de alfabetização para maiores de 10 anos que é de 93,9% (DATASUS,s/d), eleva o grau de educação e o poder de compra proporcionando aos gaúchos uma melhor qualidade de vida.

Em relação à saúde, o Rio Grande do Sul apresenta o coeficiente de mortalidade geral de 6,55/1000 habitantes; mortalidade infantil de 15,1/1000 nascidos vivos; natalidade de 18,31/1000 habitantes; fecundidade 2,16/1000 mulheres; taxa de crescimento de 1.23 ao ano (DATASUS, s/d).

No Estado encontramos, como principal causa de morte, as doenças do aparelho circulatório, responsável por 30,6% da mortalidade. A maior variação ocorre no grupo das causas mal definidas que passou de 16,1% para 6,5%, refletindo um melhor diagnóstico e levando, também, a um aumento na expectativa de vida ao nascer. A mortalidade por neoplasias aumentou de 11,7% em 2001, para 19,5% em 2004. Em geral, a proporção de mortes por causas relacionadas ao aparelho circulatório é mais elevada nas regiões desenvolvidas, enquanto que, os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias são proporcionalmente maiores, nas regiões mais pobres.

Assim, a principal causa de morte, no Rio Grande do Sul, é o infarto agudo do miocárdio, em 8,1% do total de óbitos, que somado com as demais doenças isquêmicas do coração é responsável por 11,5% do total das mortes. As doenças cerebrovasculares alcançam porcentagem de 10,5%; doenças crônicas das vias aéreas inferiores 6,7% e as demais doenças cardíacas com 6,0%.

As neoplasias da traquéia, brônquios e pulmão alcançam uma porcentagem de 3,2%; a de cólon, reto e ânus atingem 1,5%, e a neoplasia maligna de mama 1,3 %. A incidência de CCU é de 19,8 casos por 100 mil mulheres com uma mortalidade de 7,3/100.000 mulheres (DATASUS, s/d).

2.2.2. O Município de Pelotas

a) Características Gerais

Pelotas situa-se na confluência das rodovias BR 116, BR 392 e BR 471, que, juntas fazem a ligação aos países do Mercosul e a todas as capitais e portos do Brasil. Está localizada a 250 km de Porto Alegre (capital do RS), a 135 km da fronteira do Uruguai, por Jaguarão, e a 220 km, pelo Chuí, e a 600 km da fronteira da Argentina.

O Município de Pelotas localiza-se na encosta inferior da Serra dos Tapes, às margens do Canal São Gonçalo, com uma área de 1.922 Km² e uma altitude média de sete metros acima do nível do mar o que lhe confere um clima subtropical úmido, com temperatura média anual de 17,6°C. Há predomínio de planícies, serras e coxilhas; e de uma flora diversificada que abrange formações florestais, campestres, litorâneas e vegetação típica de banhados.

No setor da economia, nos últimos 30 anos, houve um deslocamento do predomínio agroindustrial para as atividades de comércio e serviços. Ainda assim, a região de Pelotas continua sendo grande produtora de pêssego, para a indústria de conservas, além de outros produtos como aspargo, pepino, figo e morango. Responde por aproximadamente 28% da produção de arroz do Estado, com 63 engenhos de beneficiamento de arroz, onde são processadas em torno de 13 milhões de saca/ano; 10% da produção de grãos; 16% do rebanho de corte; 30 milhões de litro de leite/ano; 28% do rebanho e eqüinos e 30% da produção de lãs³.

O PIB de Pelotas para o ano de 2001 foi de US\$ 894.640.961 e a renda *per capita*, no ano de 2000, alcançou US\$ 2.714,13 conforme o Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria da Universidade Católica de Pelotas (ITEPA, 2001).

³ <http://www.pelotas.com.br>

Segundo o censo de 2000, a proporção de analfabetos foi de 5,8% e 23% das pessoas responsáveis pelos domicílios declararam escolaridade inferior a quatro anos de estudo. Ainda segundo dados do IBGE (2000) a estimativa populacional para 2001, foi de 324.752 habitantes, e a taxa de crescimento anual projetada era de 1,5 ao ano. A grande maioria da população (93,2%) residia em áreas urbanas e 87,3% tinham 10 anos ou mais de idade.

De um total de 99.112 domicílios, 90.250 (91,1%) dispunham de água encanada, 41.652 (42%) eram servidos por rede de esgoto e 91.742 (92,6%) dos domicílios tinham coleta regular de lixo (PELOTAS, 2003).

Para o ano 2001, a taxa bruta de natalidade foi de 15,6 nascidos vivos por 1000 habitantes e a taxa de fecundidade foi de 48,8 nascidos vivos para cada 1000 mulheres de 10 a 49 anos. A densidade demográfica era de 196,18 hab/Km².

b) O Sistema Municipal de Saúde

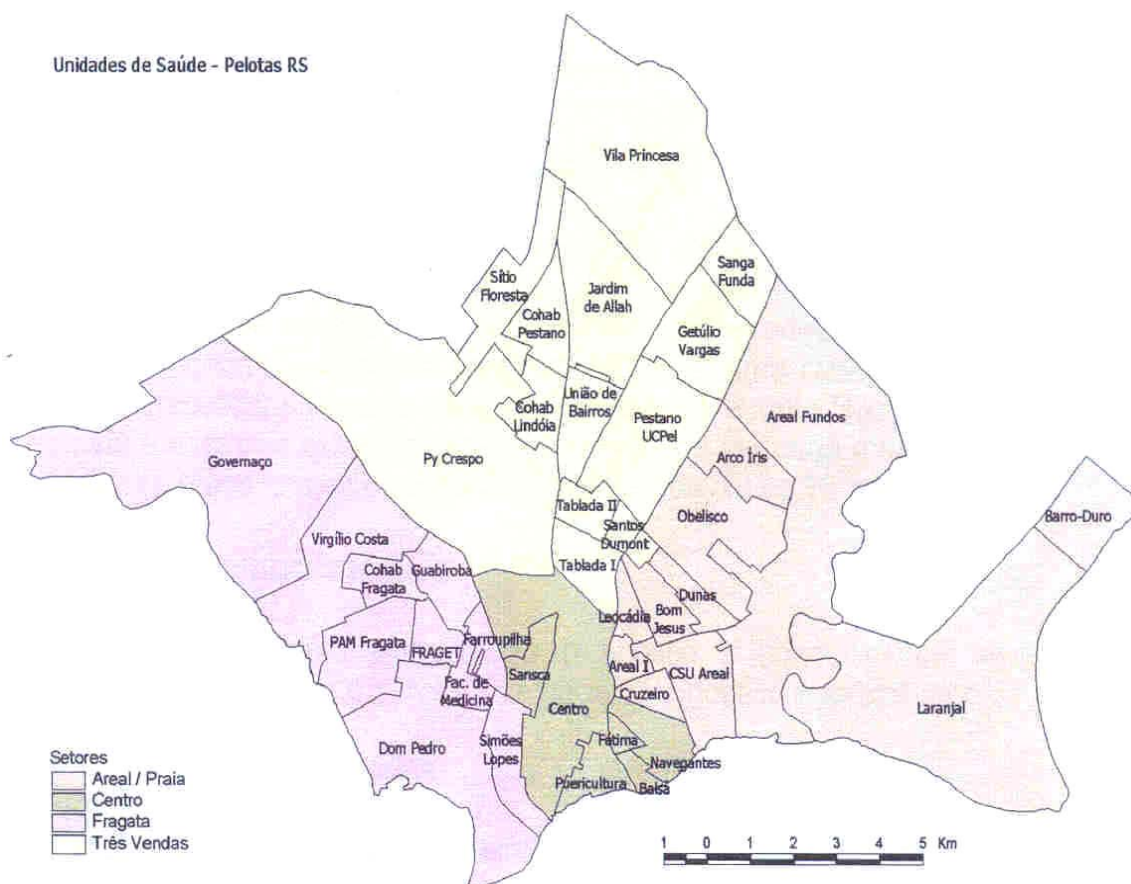
O Município de Pelotas está em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde 1º de agosto de 2000. A capacidade instalada em saúde tornou a cidade de Pelotas referência macrorregional para a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), 23 municípios e da 7ª CRS com oito municípios. Para atender às responsabilidades relativas a esse nível de gestão, a Secretaria da Saúde do município vem incluindo serviços de média e alta complexidade (hospitais, serviços de hemodiálise e quimioterapia); também tem organizado os processos de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria de serviços públicos e contratados, no âmbito do Sistema Único de Saúde municipal (PELOTAS, 2003).

A atenção básica à saúde está constituída por 50 unidades, com função de porta de entrada do sistema. O nível secundário ou ambulatorial conta com dois

ambulatórios de especialidades em clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, saúde mental, sendo um da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e o outro da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). No nível terciário, ou hospitalar, são realizadas ações de média e alta complexidade em serviços próprios e contratados. O município possui 5 hospitais de médio porte, assim distribuídos: Hospital Escola da UFPel (universitário, com atendimento integral pelo SUS), Hospital São Francisco de Paula da UCPel (universitário, atendendo SUS, convênios e particular); Hospital Sociedade Beneficência Portuguesa e Santa Casa de Misericórdia, Hospital Espírita (filantrópicos) que atendem usuários do SUS, convênios e particulares; e Hospital Miguel Piltcher, de pequeno porte, atendendo a clientela de convênios e particulares, mas que possui um pronto socorro traumatológico com atendimento aos usuários do SUS.

O município conta, ainda, com um serviço de urgência e emergência, para atendimento local e regional que é o Pronto Socorro Municipal (PELOTAS, 2003).

A rede básica, em Pelotas, é constituída por 50 unidades de saúde (US), distribuídas em quatro Distritos de Saúde, sendo 37 na zona urbana e 13 na zona rural; 45 US funcionam sob responsabilidade administrativa do município, e cinco estão sob responsabilidade das universidades, sendo dois da UCPel e três da UFPel. Na figura abaixo são apresentadas as áreas de abrangência das unidades básicas na zona urbana e os limites dos quatro Distritos de Saúde



Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2003-2004 do Município de Pelotas - RS

O modelo assistencial tradicional na rede básica ainda é predominantemente centrado nos cuidados médicos especializados, o que parece dificultar as ações de saúde integrais e multiprofissionais. Em setembro de 2000, iniciou-se a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo substitutivo de assistência.

Em dezembro de 2002, cerca de 16% da população do município era atendida por 16 unidades de PSF, com equipes de saúde formadas por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). No período de 2003-2004 a Administração Municipal teve a proposta de ampliação do PSF às demais unidades básicas, incluindo a saúde bucal (PELOTAS, 2003), estando ainda em curso a implantação das equipes.

2.2.3. O local do estudo

A captação dos dados empíricos teve, como local de realização das entrevistas, o domicílio, o local de trabalho e a unidade de saúde, conforme escolha das mulheres. Os dados da observação participante foram coletados nos serviços de Radioterapia e Quimioterapia da UFPel, e a seleção desses serviços se deu em função da anuência dos mesmos para realizar-se da observação, o acesso aos prontuários e o trânsito dentro dos serviços, para acompanhamento das mulheres em tempo hábil para o desenvolvimento da pesquisa.

2.2.3.1. O serviço de Quimioterapia da UFPel

O serviço de Quimioterapia do Hospital Escola (HE) da UFPel foi fundado no ano de 1986 e, de início era uma clínica de atendimento privado, que recebia também usuários encaminhados do ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel com problemas oncológicos, nas áreas de mastologia e ginecologia. Em 1997, o serviço foi ampliado e passou a atender usuários com problemas oncológicos na área de hematologia. Em 1998, já contava em média com 310 usuários/mês, atualmente possui média de 1009 atendimentos/mês.

A equipe de saúde é composta por cinco médicos, um enfermeiro (carga horária de oito horas), três técnicos de enfermagem (por turno: manhã e tarde), dois bioquímicos (um em cada turno) que são os responsáveis pelo preparo das quimioterapias, uma assistente social, duas recepcionistas, uma secretária, uma funcionária para higienização (por turno). Conta ainda com o apoio dos serviços de Nutrição e Psicologia.

A área física compreende: três consultórios médicos; uma sala de procedimentos de enfermagem, recepção ampla com doze carteiras, televisão, filtro

de água, balcão de recepção, banheiro; a sala de administração da quimioterapia é muito ampla, com iluminação natural, dez cadeiras reclináveis boxes individuais ou de dupla, com banheiro anexo, três leitos, posto de enfermagem com visibilidade dos usuários que estão em atendimento. Anexa ao posto situa-se a sala de preparo dos quimioterápicos, composta de balcões, uma capela de fluxo laminar e geladeira. Todos os usuários têm direito a um acompanhante que dispõe de uma cadeira ao lado cama ou cadeira reclinável. Durante a sessão de quimioterapia, se necessário, pode ser servida refeição que vem do serviço de Nutrição do HE.

A recepção é atendida por duas recepcionistas que se responsabilizam pelo agendamento das sessões de quimioterapia, marcação de consultas.

2.2.3.2. O Serviço de Radioterapia da UFPel

O Centro Regional de Oncologia e Radioterapia da UFPel foi fundado em 18 de setembro de 1978, e presta atendimento a clientela oncológica exclusiva do SUS, da Região Sul do país. O tratamento radioterápico é realizado através de teleterapia com fonte radioativa de origem nuclear (um aparelho de Cobalto 60), para o tratamento em profundidade, e o serviço também disponibiliza tratamento de pele, através de Raio X. O atendimento aos usuários ocorre de segunda a sexta-feira, das 8 às 12 horas e das 13:30 às 17:30. O número de usuários atendidos diariamente, na radioterapia, é em torno de 25, perfazendo a média de 40 usuários/mês, com um número de 800 aplicações mensais.

A equipe do serviço é composta por dois físicos, três médicos (um médico cirurgião oncológico, um médico radioterapeuta e um médico clínico), cinco técnicos em radioterapia, um técnico de enfermagem e um assistente técnico administrativo. O serviço não conta com o profissional enfermeiro na equipe. Entretanto, existe um projeto de extensão universitária, coordenado por docentes

da Faculdade de Enfermagem da UFPel, que desenvolvem a consulta de enfermagem e possibilitam o acompanhamento dos usuários, avaliando e orientando quanto à prevenção dos efeitos adversos da terapêutica e intervindo na reabilitação e manutenção da sobrevida do usuário oncológico.

O ambiente físico da radioterapia é composto por: uma recepção administrativa, uma sala para maca e cadeira de rodas, um banheiro para pacientes, uma sala administrativa do físico, uma sala para as aplicações com o Raio X, uma sala de espera para os usuários que farão aplicação de radioterapia e/ou aguardam consulta com os médicos, uma sala para o atendimento de enfermagem, dois consultórios, um banheiro, um ambiente de preparo dos usuários, sala onde os técnicos controlam a programação de cada usuário (informatizada), uma copa, por último, a sala de aplicações das sessões de radioterapia com o aparelho de teleterapia de fonte radioativa (Cobalto 60).

2.3. Os sujeitos do estudo

Participaram deste estudo 20 mulheres identificadas por meio dos registros do SISCOLO da cidade de Pelotas/RS, Serviços de Radioterapia e Quimioterapia da UFPel e na Associação Apoio às Pessoas com Câncer (AAPECAN) e que preencheram os critérios de seleção para a pesquisa. Esses critérios dizem respeito a:

- mulher com diagnóstico comprovado de CCU no período de 2003 à 2005;
- mulher com diagnóstico de CCU realizado na rede pública de saúde do Município de Pelotas/RS;
- ser moradora do Município de Pelotas/RS;
- consentir gravação da entrevista;

- consentir no acompanhamento do atendimento e permitir os registros da observação.

Como explicitado anteriormente, essas mulheres foram entrevistadas em local e horário de sua escolha. Ainda, para identificá-las nesta investigação, elas optaram por um nome fictício de livre escolha

2.4. Procedimentos de coleta de dados: fontes, técnicas e instrumentos para coleta dos dados

2.4.1. As fontes de dados

Nesta investigação foram utilizadas fontes primárias e secundárias no processo de coleta de dados. Os dados de fontes secundárias foram levantados junto às bases de dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pelotas/RS, por meio dos registros disponíveis nesse serviço, para o período de 2003 a 2005.

O trabalho de campo foi entrecortado por algumas particularidades, pois havia discordância entre os registros das mulheres com exames citopatológicos alterados fornecidos pelo Setor de Ginecologia da Prefeitura Municipal de Pelotas e os dados do SISCOLO – Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.

Num segundo momento, após a abordagem inicial com o Setor de Ginecologia da Prefeitura Municipal de Saúde, foi contatada a Enfermeira responsável pela área de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Após explanação do objetivo de localizar a listagem das mulheres com CCU na cidade no período de 2003 a 2005, ela possibilitou o acesso aos dados do SISCOLO. Este se constitui numa base de

dados criada em 2002, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de fornecer subsídios para avaliação e planejamento do Programa Viva Mulher⁴.

O responsável pelo Setor de Ginecologia da Prefeitura Municipal, anteriormente, havia fornecido uma lista com registro das mulheres com exame citopatológico alterado que foram atendidas nas UBSs, sendo que o registro relativo a algumas delas não constava do SISCOLO. Em contrapartida, a relação nominal constante no SISCOLO era bem maior, razão pela qual se optou pela utilização das informações do SISCOLO, para a identificação das mulheres. Outra justificativa para utilizar as informações desse programa é a política do SUS que preconiza aos trabalhadores de saúde a obrigatoriedade da alimentação do SISCOLO com informações de todos os exames citopatológicos realizados na região.

Os dados de fontes primárias foram coletados junto a 20 mulheres. Foram identificadas 14 mulheres com diagnóstico de CCU no SISCOLO, somando-se mais seis mulheres, quatro que foram captadas nos serviços de Radioterapia e Quimioterapia e duas na AAPECAN-Associação Apoio às Pessoas com Câncer.

2.4.2. Técnica e instrumentos para coleta dos dados

Para viabilizar a coleta dos dados empíricos, se optou pela entrevista semi-estruturada, como técnica de pesquisa, por possibilitar a introdução de certos questionamentos básicos e até aprofundar outras questões que surgissem no transcorrer da entrevista. Assim, ao mesmo tempo em que estaria presente como

⁴ O Programa Viva Mulher é dirigido às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, desenvolvendo ações de detecção do CCU que incluem o diagnóstico precoce, por intermédio do exame Papanicolau, e outros exames de confirmação diagnóstica, além do tratamento necessário para cada caso, objetivando reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer (INCA, 2003).

pesquisadora, seriam permitidas aos participantes a liberdade de expressão e espontaneidade que enriquecem a pesquisa.

Minayo (2004) afirma que a entrevista é uma conversa a dois, visando obter informações pertinentes para um objeto de pesquisa, sendo que o campo conceitual da entrevista como “técnica de coleta de informações é amplo e contempla uma série de questões que vão desde a fidedignidade do informante ao lugar social do pesquisador” (MINAYO, 2004, p.109).

Afirma ainda que é uma estratégia onde, intencionalmente, o pesquisador obtém informações através das falas dos atores sociais, é uma fonte de informação de dados relativos à “falas, idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento” (MINAYO, 2004, p.108).

A entrevista semi-estruturada é considerada como uma estratégia que a partir de certos questionamentos importantes para a pesquisa possibilita por meio da construção de um roteiro básico, maior liberdade de respostas pelo informante, sem perder de vista o foco colocado pelo pesquisador.

A esse respeito, Triviños (1994, p.55) comenta que

[...] as perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não nascem a priori. Elas são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já colheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive, os realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas.

A entrevista semi-estruturada foi aplicada às mulheres com diagnóstico de CCU de 2003 a 2005 que consentiram em participar e preencheram os critérios de inclusão na pesquisa. As entrevistas realizaram-se de junho a dezembro de 2006, utilizando-se um roteiro com as questões norteadoras (Apêndice C).

Foram entrevistadas 20 mulheres, em horário e o local de livre escolha, e 16 delas (80%) optaram por serem entrevistadas no domicílio. Desse número, 14 mulheres residiam em bairros periféricos da cidade, duas em bairro considerado de alta marginalidade. De maneira que a pesquisadora foi orientada, pelas próprias mulheres, a entrevistá-las no horário próximo ao meio-dia, em virtude de ser o de maior fluxo de pessoas no bairro e de menor ocorrência de roubos e assaltos. As demais mulheres (20%) residiam no perímetro central da cidade, porém duas (10%) foram entrevistadas na unidade de saúde, pois estavam com consulta agendada. Outras duas (10%) no seu local de trabalho, no horário do intervalo.

Além da entrevista semi-estruturada foi também utilizada a técnica de observação para a complementação dos dados empíricos.

Na fase exploratória, para preparar a observação, por uma semana a pesquisadora observou o funcionamento do serviço tendo como referência a dinâmica de atendimento ao usuário. Assim, na qualidade de observadora, manteve-se à margem dos acontecimentos registrando no diário de campo toda a movimentação natural do serviço. Naquele momento, também foi possível a obtenção, junto aos dois serviços, da listagem das mulheres que estavam agendadas, a fim de proceder ao convite para participarem da pesquisa.

Para Triviños (1994, p.153) observar não é simplesmente olhar.

Observar é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais, etc) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho, etc). Observar um "fenômeno social" significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto, para que, em sua dimensão singular seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc. Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparentiais e mais profundos, até captar, se for possível sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos, de relações, etc. (TRIVIÑOS, 1994, p.153)

Para Contandriopoulos et al. (1997) existem quatro formas de observação, marcadas pela distinção da distância entre o pesquisador e a ação que se desenvolve, bem como pela padronização dos elementos da observação. Para os autores, são estas as quatro formas: observação sistemática, observação ligada à entrevista, observação participante e a observação livre.

Para Minayo (1998) a inserção do observador no campo tem relação com tipo de observação participante que ele deseja desenvolver. Pode variar de uma participação plena a uma observação à distância, sem envolvimento com o contexto e/ou atores do processo. Para a autora, o observador, como parte do contexto de observação, estabelece uma relação com os observados, podendo modificar e ser modificado nesse processo.

A observação participante é uma técnica de coleta de dados que permite captar fenômenos que não seriam obtidos por meio de entrevistas. Nessa técnica, é possível ao observador se inserir no contexto e estabelecer relação direta com o fenômeno observado (MINAYO, 1998). A autora afirma que a observação participante, com o *“observador como participante”*, é empregada como “estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os ‘atores’”. Trata-se de uma observação quase formal, em curto espaço de tempo e suas limitações advêm deste contato bastante superficial” (MINAYO, 2004, p. 142). Nesse sentido, a observação torna-se importante tendo em vista a triangulação dos dados.

A proposta de observação teve a finalidade de acompanhar as mulheres em seguimento nos serviços de saúde para tratamento radioterápico e/ou quimioterápico, onde a pesquisadora, na qualidade de observador participante,

procurou captar as situações de atendimento em tempo real, com registro em diário de campo e gravação dos diálogos entre os envolvidos no cuidado à mulher.

Buscou-se captar o atendimento no serviço específico, dificuldades, facilidades e diálogo entre as mulheres e os trabalhadores envolvidos no cuidado, ou seja, com quem atendeu a mulher com CCU. Pesquisaram-se ações que foram desenvolvidas junto a essa mulher, como se deu o atendimento, qual o fluxo do atendimento na unidade que ela estava sendo atendida, e o tipo de suporte diagnóstico e terapêutico que tinha disponível. Para realizar a observação utilizou-se um roteiro básico (Apêndice D).

Triviños (1994) define amostragem de tempo como o processo de escolha dos dias e jornadas para realizar a observação. Assim, se teve, como amostragem de tempo para a realização da observação, um mês para cada mulher observada em seus atendimentos nos serviços de Radioterapia e Quimioterapia da UFPel. Foi realizado acompanhamento de duas mulheres no serviço de Quimioterapia e duas na Radioterapia durante o período definido, ou seja, em seus retornos semanais, de acordo com a disponibilidade da mulher. Após o consentimento, a mesma era acompanhada um dia da semana pré-fixado de comum acordo, totalizando quatro horas semanais para cada mulher. A coleta de dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2006.

2.4.3. Procedimentos éticos

Para operacionalização da pesquisa, primeiramente foi solicitada autorização por escrito à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS. A seguir, o projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes

na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, que determina “O respeito e a dignidade humana exigem que todo trabalho com seres humanos só se processe mediante o consentimento livre e esclarecido dos clientes ou grupos, que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação no estudo”.

Cabe ainda frisar que se assumiu o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, junto à instituição envolvida. O projeto foi aprovado pelo registro 030/2006. (Anexo I).

O sigilo e anonimato das participantes do estudo foram assegurados, mediante nomes fictícios de livre escolha das mulheres, como também foram assegurado o livre acesso a todos os dados e a liberdade de desistir do estudo quando desejassem conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B).

2.5. Procedimentos de análise

A análise dos dados não ocorre em uma fase pré-determinada, mas permeou todo o processo de investigação, seguindo as etapas sugeridas por Minayo (1998, 2004): ordenação, classificação e análise.

Para analisar os dados coletados na observação e nas entrevistas semi-estruturadas, foi eleita a análise temática, por entender, assim como Minayo (1998, 2004), que a noção de tema “comporta um feixe de relações”, podendo ser representada através de uma frase, uma palavra ou um resumo.

Nessa proposta de análise, seguiram-se os passos sugeridos por Minayo (1998) para a análise temática, com seus subtemas, utilizando as seguintes fases:

- Pré-análise: após reunião de todo material empírico, leitura minuciosa e exploração exaustiva do conteúdo das observações e entrevistas, voltou-se aos objetivos iniciais, confrontando-os com os dados coletados através de leituras repetidas das falas transcritas e dos resultados da observação.
- Exploração do material: nesta fase, os dados foram codificados e categorizados. Na codificação, foram agrupados os conteúdos relativos aos temas significativos para a questão norteadora da pesquisa. Na seqüência, reavaliou-se cada um dos temas na busca de categorias que lhes dessem sustentação, assim, eles receberam títulos de acordo com seu conteúdo e seu significado, dentro do referencial teórico utilizado.
- Resultados obtidos e interpretação: nesta fase, os temas e subtemas foram interpretados à luz do marco teórico utilizado.

Da análise do material empírico emergiram dois grandes temas: A procura pela assistência: o acesso ao SUS e a utilização dos serviços de saúde na busca de atenção integral e a Integralidade da atenção à saúde.

3. A ANÁLISE DOS DADOS

3.1. Conhecendo um pouco mais as mulheres do estudo

As mulheres identificadas neste estudo como portadoras de CCU e que utilizaram a rede de atenção à saúde do SUS encontram-se na faixa etária de 25 a 78 anos, com predominância da faixa etária de 35 a 55 anos como pode ser observado no Quadro I.

Os achados para as mulheres entrevistadas vão na direção do que os autores vêm apontando, e já referenciado neste estudo: de que o agravo se faz presente com alta taxa de mortalidade nas mais variadas faixas etárias, com o pico de incidência do carcinoma *in situ* entre 25 e 40 anos e o carcinoma invasor entre 48 e 55 anos (WCN, 2000). Estudos realizados no Município de Pelotas/RS, em 1998, apontam uma cobertura do exame Papanicolau de 65% para as mulheres na faixa etária de 20 a 69 anos. (DIAS DA COSTA et al, 1998).

É possível observar, para o grau de instrução das mulheres entrevistadas, a predominância do 1º Grau, sendo nove mulheres com 1º Grau incompleto; quatro com 1º Grau completo, tendo-se ainda a presença de uma mulher sem escolaridade. Ao considerar aquelas com primeiro grau incompleto e sem escolaridade teremos dez mulheres, ou seja 50% das entrevistadas, apresentando baixa escolaridade (até 8 anos de escolarização).

A questão da escolaridade, já apontada anteriormente, constitui-se em um dos fatores de risco para o desenvolvimento do agravo (OLIVEIRA, 2003; PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003; BRASIL, 2004c; INCA, 2005), sendo aqui de certa forma também identificado.

Nº	Nome Fictício	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Nº de filhos vivos	Renda Familiar em Salários Mínimos*
01	Doca	65	Separada	4ª série	Doméstica	06	01
02	Fernanda	35	Solteira	2º Grau completo	Secretária	01	03
03	Letícia	34	Solteira	2º Grau completo	Serviços Gerais	00	02
04	Maria	42	Casada	3ª série	Doméstica	02	02
05	Neusa	49	Solteira	2º Grau completo	Do Lar	02	03
06	Vera	42	Separada	6ª Série	Doméstica	04	02
07	Djanira	43	Separada	1º Grau completo	Do Lar	03	07
08	Dalva	52	Viúva	1º Grau completo	Do Lar	05	10
09	Laídes	51	Divorciada	2º Grau completo	Costureira	03	04
10	Fátima	49	Casada	2º Grau completo	Do Lar	02	02
11	Vera Lúcia	47	Casada	6ª série	Do Lar	02	02
12	Nanci	71	Solteira	Sem escolaridade	Faxineira	02	01
13	Beatriz	34	Casada	5ª série	Cabelereira	03	04
14	Thereza	78	Viúva	5ª série	Aposentada	02	02
15	Joaquina	65	Casada	1º Grau completo	Costureira	00	04
16	Marta	57	Divorciada	5ª série	Doméstica	05	01
17	Silvana	40	Solteira	5ª série	Serviços Gerais	02	01
18	Elvira	66	Viúva	4ª série	Aposentada	07	02
19	Rose	48	Solteira	1º Grau completo	Cartomante	02	01
20	Marcele	25	Casada	2º Grau completo	Técnica Laboratório	03	03

* Considerando o salário mínimo de R\$ 380,00.

Quadro I. Distribuição das mulheres entrevistadas segundo idade, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos vivos, renda familiar em salários mínimos. Pelotas, 2006

Ainda, quando observamos o Quadro I, no que se refere ao estado civil dessas mulheres, seis eram casadas e na mesma proporção apresentavam-se solteiras. Do universo de 20, as divorciadas e separadas somavam oito mulheres. Esse dado talvez seja de relevância, se pensarmos no comprometimento da qualidade de vida das mulheres e de seus familiares, levando-se em conta que essa mulher poderá ser a mantenedora do sustento e esteio das relações familiares.

Com relação à ocupação das mulheres entrevistadas, quatro eram domésticas e quatro trabalhadoras de serviços gerais, o que pode explicar o baixo poder aquisitivo referido nas entrevistas. Ainda, cinco afirmam não desenvolver atividades profissionais fora de casa, muitas vezes tendo um ambiente mais restrito de relações, o que pode se constituir um fator dificultador para a geração de estratégias para lidar com as dificuldades advindas do CCU.

A renda familiar das mulheres entrevistadas girava em torno de um a dois salários mínimos para 12 das entrevistadas; seis possuíam uma renda familiar de três a quatro salários mínimos; e só duas mulheres referiram renda familiar acima de 7 salários mínimos. Esses dados vêm ao encontro de outros estudos apontando que o baixo nível socioeconômico, pouca escolaridade podem explicar a baixa adesão aos programas de prevenção do CCU (DIAS da COSTA et al, 1998; HACKENHAAR, 2005). Cabe salientar contudo, que a questão da baixa adesão certamente está marcada por outros determinantes de ordem cultural e social, que não foram objeto desta investigação.

Tentando conhecer um pouco mais das entrevistadas, é apresentado agora o perfil dessas mulheres em relação à: idade da menarca, idade do início da atividade sexual, regularidade da realização do exame pré-câncer.

- 1. Doca**, 65 anos, menarca aos 10, iniciou atividade sexual aos 21 anos, teve seis filhos, oito gestações e dois abortos espontâneos, nunca fez pré-natal. Quatro partos foram domiciliares, e submeteu-se ainda a duas cesarianas por complicações na gravidez. Era moradora da zona rural, e referiu freqüentar a UBS raramente porque não gostava de ir ao médico. Fez o citopatológico apenas uma vez na vida, havia cinco anos e não foi buscar o resultado. O diagnóstico do câncer foi feito na unidade de saúde, quando buscou por uma consulta médica, por apresentar queixa de dor abdominal. Como parte do tratamento, submeteu-se a uma histerectomia, sendo que o resultado do exame anatomopatológico do útero foi carcinoma epidermóide de colo uterino com múltiplos focos de invasão vascular. “Meu maior desejo ... espero ficar boa, que eu possa ir embora e voltar a fazer as coisas que costumo fazer em casa, voltar a minha vida normal.”
- 2. Fernanda**, 35 anos, sua menarca aos 13. Iniciou atividade sexual aos 18 anos; teve três gestações e possuía apenas um filho de parto normal, pois apresentou dois abortos espontâneos. Fazia uso de anticoncepcional oral ininterrupto, havia três anos. Sempre freqüentou a UBS para prevenção anual do CCU. Referiu dor na relação sexual e tratamento para HPV no citopatológico anterior. O diagnóstico do câncer foi feito ao consultar o médico da UBS, por hemorragia persistente. Realizada biópsia do útero, que teve como resultado carcinoma invasivo. “Eu falo pra todo mundo que convivo: vão se cuidar, façam o pré-câncer, se cuidem com as infecções vaginais, pois eu não sabia nada do vírus HPV.”
- 3. Letícia**, 34 anos, menarca aos 14, iniciou atividade sexual aos 21 anos, não tinha filhos fazia uso de anticoncepcional oral. Nunca fez prevenção para CCU por vergonha. O diagnóstico do CCU foi realizado em consulta

médica na UBS, por queixa de menstruação irregular e presença de hemorragia. O resultado da biópsia apontou carcinoma epidermóide invasor com comprometimento de 1/3 da vagina. “Depois de minha experiência, digo que não devemos ter vergonha de procurar nenhum serviço de saúde, A partir do momento que sentes alguma coisa, deves procurar consultar, pois, quanto antes, melhor o resultado. No meu caso eu relaxei,.Tem que prevenir sempre”.

- 4. Maria**, 42 anos, teve sua menarca aos 14, iniciou atividade sexual aos 15 anos. Com três gestações, dois filhos de parto normal e um aborto espontâneo, sempre havia feito o pré-natal na UBS de seu bairro. Fez uso de anticoncepcional oral por 16 anos consecutivos. O diagnóstico do CCU foi realizado em consulta médica, na UBS, por queixa de hemorragia. Ficou dois anos sem fazer o preventivo para CCU. O resultado da biópsia foi carcinoma invasor. “Não tenho o hábito de consultar por qualquer coisa, só fui ao médico quando fiquei grávida, mas agora espero ficar boa logo. Não sei se vou me curar, mas pelo menos, espero que possa continuar levando a minha vida.”
- 5. Neusa**, 49 anos, menarca aos 13. Iniciou atividade sexual aos 17 anos, teve três gravidezes, um aborto, possuía dois filhos. Realizou os pré-natais na UBS. Referiu controle anual de prevenção do CCU. Consultou na UBS por hemorragia e dor abdominal. Foi encaminhada para histerectomia e o resultado do exame anatomopatológico do útero foi carcinoma epidermóide. “Quando a gente está com essa doença fica muito fragilizada. Eu não tenho medo da morte, mas de sofrer entendes?”.
- 6. Vera**, 42 anos, menarca aos 16. Início da atividade sexual aos 17 anos. Teve seis gestações, um aborto espontâneo, uma gravidez ectópica, quatro filhos. Relatou ter feito pré-natal só do filho mais novo, hoje com onze anos. Nunca havia feito o citopatológico, nem ouvido falar sobre a

prevenção. Consultou no ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel com queixa de dor abdominal e menstruação irregular. Na realização da biópsia, o resultado apontou carcinoma invasivo. “Tenho esperança de um dia ficar livre dessa doença. Não tenho nem um pouquinho de medo, não sei se é grave ou não, se tem cura ou não, mas estou com Deus!”.

- 7. Djanira**, 43 anos, menarca aos 11, início da atividade sexual aos 14 anos. Teve três gestações, três filhos, fez pré-natal em todas as gestações. O citopatológico foi feito na UBS, mas não foi buscar o resultado. Sendo que quatro meses depois, em consulta clínica para hipertensão teve hemorragia vaginal súbita e foi encaminhada ao ginecologista que confirmou o laudo do exame carcinoma invasivo. “Hoje estou curada do câncer no útero e muitas mudanças aconteceram na minha vida em função dessa doença, coisas boas e ruins, mas eu só vivo as boas!”
- 8. Dalva**, 52 anos, sua menarca foi aos 12, o início da atividade sexual aos 18 anos. Teve quatro gestações com pré-natal realizado em plano de saúde, cinco filhos, sendo um parto gemelar. Possuía plano de saúde e só usou o SUS para tratamento radio e quimioterápico. Referiu controle anual para prevenção do CCU, sendo que o resultado do último apontou citopatológico carcinoma invasivo. Na época fazia radio e quimioterapia para tratamento de câncer na região cervical. “A doença do útero eu superei com mais animação, eu era mais forte, mais jovem. Já estou na batalha de novo contra essa doença, mas não sei mais o que mudar em minha vida.”
- 9. Laídes**, 51 anos, menarca aos 14. O início da atividade sexual foi aos 19 anos. Teve três gestações, três filhos de parto normal, sempre utilizou o SUS para atendimento. Os três últimos citopatológicos que antecederam ao do diagnóstico de CCU apresentaram como resultado NIC I, sendo

que havia feito duas cauterizações no colo de útero. O resultado da biópsia foi carcinoma invasor com comprometimento de 1/3 da vagina.

“Eu sempre tive certeza de me curar, fé absoluta em Deus, mas eu fiz a minha parte. Minha vida vai continuar normal apesar das complicações e se eu puder ajudar outras pessoas a superar as dificuldades de passar por isso, eu vou ajudar”.

10. Fátima, 49 anos, sua menarca foi aos 13, e o início da atividade sexual aos 20 anos. Teve duas gestações, dois filhos de parto normal, uso de anticoncepcional oral por vinte anos consecutivos. O último citopatológico havia sido realizado há quatro anos. Em consulta médica na UBS por hemorragia vaginal intensa, foi indicada biópsia, que teve como resultado carcinoma epidermóide de colo uterino, com comprometimento de 1/3 da vagina. “Hoje digo que a prevenção tem que fazer sempre, sentindo alguma coisa ou não. O ser humano geralmente só procura recurso, quando sente a doença. Então é isso aí: tem que prevenir bem antes dela chegar, aprendi que isso é o melhor.”

11. Vera Lucia, 47 anos, menarca aos 11. O início da atividade sexual se deu aos 18 anos. Teve duas gestações sem a realização de pré-natal, pois não gosta de ir à UBS. Sempre que tinha algum problema de saúde ,toma chás. Nunca fez o citopatológico e foi consultar “levada” pelo marido, devido a hemorragia vaginal. O resultado da biópsia indicou carcinoma epidermóide. “Sabe a doença mudou meu jeito de ser, de viver, não sou mais a mesma, o câncer está impedindo a gente de viver.”

12. Nanci, 71 anos, menarca 11, início da atividade sexual aos 16 anos. Com cinco gestações, não havia feito pré-natal. Teve dois filhos de parto normal e três abortos provocados. Nunca fez o citopatológico por vergonha. Não frequenta a UBS, justificando não gostar de consultar. O diagnóstico do CCU foi realizado em consulta médica no ambulatório da

Liga de Câncer agendada por uma amiga. O resultado da biópsia indicou carcinoma invasor. "Eu gostaria de dizer para as pessoas, digo pra minha filha também, que façam o exame, porque depois a doença complica tudo na vida de gente."

13. Beatriz, 34 anos, menarca aos 12, início da atividade sexual aos 17 anos. Teve três gestações com acompanhamento pré-natal na UBS, três filhos de parto normal. Fazia controle anual de prevenção para o CCU, o diagnóstico do câncer foi realizado três meses após o último parto, em consulta na UBS por intensa hemorragia vaginal. O resultado do exame anatomopatológico do útero indicou carcinoma invasivo. "Passei muita angústia. Hoje não tenho mais o câncer, fico muito feliz de poder ver meu filho crescer. Ainda tenho cinco anos para controle; se não aparecer mais nada, aí sim poderei dizer que estou curada."

14. Thereza, 78 anos, menarca 12, e o início da atividade sexual aos 18 anos. Teve cinco gestações sem pré-natal, dois abortos espontâneos, um natimorto por má formação. Não frequenta a UBS por não gostar de consultar, mesmo sendo hipertensa severa e morando a duas quadras da unidade de saúde. Nunca fez o citopatológico para prevenção do CCU. O diagnóstico foi realizado no hospital em consulta no setor de emergência, por desmaio e hemorragia vaginal. O resultado da biópsia indicou carcinoma invasor. "Eu não converso sobre essa doença, porque eu acho que posso morrer de tantas outras coisas e não disso. Estou fazendo o tratamento não porque tenha me assustado, mas porque assustei minha família. Tenho minhas dúvidas se vou ficar boa, pois se fosse assim tão certo, por que tantas mulheres continuam morrendo dessa doença?"

15. Joaquina, 65 anos, sua menarca foi aos 11, e o início da atividade sexual aos 42 anos. Nunca engravidou, não tinha filhos, mas, segundo ela "sobrinhos adotados". Fez o citopatológico duas vezes na vida, não

era freqüentadora habitual da UBS. O diagnóstico do câncer foi realizado após consulta por hemorragia vaginal e biópsia solicitada pelo médico da UBS, sendo que o resultado indicou carcinoma invasor. “A prevenção é importante, tem que se cuidar mesmo, nada de deixar pra mais tarde os exames. É difícil a gente entender isso, só depois do estrago é que a gente valoriza as coisas.”

16. Marta, 57 anos, menarca aos 14, início da atividade sexual aos 23 anos.

Teve seis gestações com acompanhamento pré-natal no ambulatório do Hospital Escola da UFPel, cinco filhos de parto normal, um aborto espontâneo. Não sabia informar a periodicidade que fazia o exame preventivo para CCU. Freqüentava com regularidade a UBS para tratamento da hipertensão arterial. O diagnóstico do câncer se deu em função de consulta por sangramento e aumento significativo de dor nas relações sexuais. O resultado da biópsia indicou carcinoma invasor. “Eu só quero dizer que, quando as pessoas sentirem alguma coisa diferente, por menor que seja, procurem o médico e, se não der certo naquele médico procurem outro. Que procurem seus direitos, vai a um, dois, três, não importa quantos, mas tem que ver o que acontece, é tua saúde que está em jogo.”

17. Silvana, 40 anos, menarca aos 11, início da atividade sexual aos 19

anos. Teve duas gestações com acompanhamento de pré-natal na UBS, dois filhos. Referiu fazer o citopatológico a cada dois anos, e foi tratada de infecções vaginais recorrentes, litíase renal, obstrução do canal uretral. O diagnóstico do câncer se deu através de tomografia e posterior biópsia do útero, cujo resultado foi carcinoma escamoso invasivo, com comprometimento de anexos. “Eu gostaria de dizer que as mulheres se cuidem, pois o câncer não mata se souber tratar dele. A diferença é ter muita fé e fazer o tratamento. Por pior que seja ele não dura para sempre, é um período e esse período a gente vive ele ou não.”

18. Elvira, 66 anos, menarca 13, início da atividade sexual 14, menopausa aos 50 anos. Teve dez gestações sem acompanhamento pré-natal, dois abortos provocados, um aborto espontâneo, sete filhos. Fez o citopatológico apenas uma vez, seis anos antes do diagnóstico do CCU em uma campanha do Ministério da Saúde. Consultou na UBS por infecção vaginal e hemorragia vaginal, fez biópsia cujo resultado apontou carcinoma invasor. "Essa doença mudou muito minha vida... medo de morrer e deixar de conviver com minha família. Mas o que mais me marcou foi a minha completa desinformação a respeito dessa doença."

19. Rose, 48 anos, menarca aos 9, início da atividade sexual aos 17, menopausa aos 33 anos. Teve gestações sem acompanhamento pré-natal, três filhos de parto normal sendo que um morreu aos 17 anos por acidente automobilístico. Não frequenta a UBS e nunca realizou o preventivo para o CCU. Em consulta médica particular por hemorragia vaginal, foi indicada histerectomia e o resultado do exame anatomopatológico do útero foi carcinoma epidermoide, com necrose em cúpula vaginal. "Quero dizer que as mulheres se cuidem, cuidem do corpo, da mente, pois a doença arrebenta com a vida da gente, tanto social como material e fisicamente, arrebenta com tudo. E a vida é curta, curtíssima, e a gente têm muito que curtir ainda. Eu daqui pra frente pretendo curtir a minha, com certeza."

20. Marcelle, 25 anos, menarca aos 10, início da atividade sexual aos 13 anos. Teve quatro gestações com acompanhamento pré-natal na UBS, três filhos de parto normal, um aborto provocado aos 15 anos. Realizou o citopatológico duas vezes, aos 15 e 20 anos. O diagnóstico do CCU se deu em consulta médica, por dor em baixo ventre, prurido vaginal e ciclo menstrual irregular e abundante. Foi realizada biópsia com resultado de

carcinoma invasivo, com comprometimento de 2/3 do colo uterino. “Eu gostaria de dizer que o governo tem que criar mais postos de saúde pra atender melhor as pessoas, pois não é só tratar as doenças, tem que ouvir mais as pessoas, muitas vezes só isso já é tratamento”.

Quando observamos a apresentação das mulheres do estudo, verificamos que a idade da menarca variou dos 9 aos 16 anos. E que nove das 20 entrevistadas iniciaram sua atividade sexual com idade inferior aos 18 anos, sendo quatro abaixo dos 15 anos.

O CCU é praticamente inexistente em mulheres que não iniciaram a atividade sexual, aumentando a possibilidade da doença com a diminuição do início da atividade sexual. Ou seja, dentre os principais fatores de risco está a precocidade da atividade sexual, que pode levar a maior possibilidade de múltiplos parceiros e a exposição as DSTs (UICC, 1999, WCN, 2000, PINHO;FRANÇA-JUNIOR, 2003; BRASIL, 2004c; INCA, 2005).

Ainda, em relação à regularidade do exame pré-câncer, oito mulheres entrevistadas, independente da faixa etária, não realizavam o exame preventivo, seis realizavam o exame semestral ou anualmente, e três haviam realizado o exame citopatológico mais de cinco anos antes.

Esses dados apontam necessidade de investigar outras questões presentes no contexto socioeconômico e cultural dessas mulheres que as levam a apresentar baixa adesão a um exame que se caracteriza pela facilidade de realização, acesso na rede de serviços de saúde, baixo custo e indolor. Dessa forma, se poderá estruturar estratégias que possibilitem maior adesão ao exame.

Com relação ao diagnóstico do CCU, nove das mulheres entrevistadas tiveram o diagnóstico realizado na UBS e seis no nível ambulatorial hospitalar, ou

seja, na rede de atenção do SUS. Cinco mulheres tiveram o diagnóstico realizado na rede privada (convênios ou consultas particulares).

Chama a atenção que dez das mulheres entrevistadas só tivessem procurado um serviço de saúde quando apresentaram algum agravo à sua saúde, pois tinham o entendimento de que procurar uma unidade de saúde é sinal de estar doente.

A seguir apresentamos os temas emergidos a partir da análise das entrevistas e observações com as mulheres portadoras de CCU, sujeitos dessa investigação. Os temas com os respectivos subtemas, foram:

1. **A procura pela assistência: o acesso ao SUS e a utilização dos serviços de saúde na busca de atenção integral:** A concepção das políticas de saúde, do SUS e dos serviços de atenção à mulher; A organização e o acesso aos serviços na rede de atenção; A busca de resolução do CCU – o encontro com uma atenção centrada no procedimento e/ou queixa da mulher.
2. **A integralidade da atenção à saúde:** A construção da comunicação entre as mulheres e os trabalhadores de saúde; A escuta e o diálogo na comunicação; A relação com a equipe de saúde; O acolhimento às mulheres.

Cabe-nos ressaltar que esses temas são discutidos e analisados separadamente, contudo, essa separação trata-se meramente de uma abstração para fins de análise, uma vez que, no cotidiano dessas mulheres, as questões presentes estão intimamente imbricadas. Fazem parte de um todo indissociável no campo da vivência de cada uma delas e só foram separadas, nesse estudo, para fins de melhor compreensão didática na discussão e análise dos dados.

3.2. A procura pela assistência: o acesso ao SUS e a utilização dos serviços de saúde na busca de atenção integral

Entendo que a assistência nos serviços de saúde tem como pilares, para o desenvolvimento do cuidado, os princípios do SUS que devem estar presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Considero de grande importância a participação e o controle social como os principais fundamentos para a produção do cuidado em saúde, na medida em que os atores sociais presentes no trabalho em saúde possam ser co-responsáveis em buscar alternativas para resolução dos problemas, das necessidades de saúde individuais e coletivas. O cuidado em saúde organizado pelo Estado, com a co-participação da sociedade, pode ser o caminho para um sistema de saúde com políticas públicas que dêem sustentação às necessidades de grupos tão desiguais, do ponto de vista do acesso a bens e serviços de saúde que compõem nossa sociedade.

As mulheres entrevistadas indicaram suas dificuldades e facilidades de acesso aos serviços, alternativas de acompanhamento, a assistência centrada na queixa e/ou procedimento, concepções que faziam a respeito das políticas de saúde, da organização dos serviços de saúde, do SUS e de outros serviços. Trouxeram sua compreensão sobre o acesso que dispunham aos serviços de saúde, muitas vezes comprometido na relação trabalhador/usuária e/ou equipe de saúde/usuária.

3.2.1. A concepção das políticas de saúde, do SUS e dos serviços de atenção à mulher

Desafios ainda são colocados, quando olhamos para a organização dos serviços de saúde na perspectiva da atenção integral. Produzir cuidados de saúde

para a mulher como um todo, na expressão de suas necessidades e problemas, independente da fase do ciclo vital ou da sua condição como trabalhadora, é considerar uma lógica de ação que nos direcione a apreender as necessidades individuais e coletivas das mulheres, em seu contexto social.

Assim, as mulheres entrevistadas tinham o entendimento de que os serviços de saúde ainda não conseguem atender a população de forma satisfatória, apontavam falhas e responsabilizam os gestores do sistema, mas também se reconheciam como sujeito ativo para buscarem os seus direitos a serviços de qualidade.

Acho que nossos serviços de saúde ainda não conseguem nos atender em tudo, há muitas falhas não só da parte dos profissionais, mas também da parte dos responsáveis pela secretaria da saúde da cidade, do Estado e até do país. Penso que as pessoas que usam o SUS deveriam ser mais ativas na busca de seus direitos, não ficarem esperando que as coisas aconteçam, Nós deveríamos ter mais participação. Eu estou tentando ir nas reuniões do bairro pra ver se consigo ajudar de alguma maneira.(Beatriz)

[...] agora aqui no salão e na minha família, eu digo para elas: vocês exijam ser bem examinada e olhem para ver se são e, principalmente, reclamem e cobrem do médico um atendimento decente. As pessoas não têm experiência nenhuma e não sabem, tem vergonha de pedir ou reclamar, principalmente para o médico, por medo de represálias. (Beatriz)

A fala acima demonstra um movimento da mulher para a concretização da integralidade no cuidado “nós deveríamos ter mais participação” e “reclamem e cobrem um atendimento decente”. Acredito que posicionamentos como os acima citados possibilitariam o surgimento de uma nova cultura em saúde, voltada para as necessidades de saúde das mulheres.

Essa participação e a reclamação podem assumir o caráter dessas mulheres estarem mais próximas ao processo de decisão e controle dos serviços de saúde, de modo a permitir que os princípios de universalidade, integralidade estejam efetivamente presentes no cotidiano dos serviços.

Tal questão se faz presente também, quando a mulher se refere às verbas para a saúde, mesmo sem uma compreensão precisa sobre o tema. O

conhecimento sobre o repasse de verba da União para o Município lhe dá certo entendimento do quanto custa ao Estado a liberação gratuita de determinados medicamentos no SUS, de que a agilidade no atendimento está relacionada à pactuação existente entre os municípios, de modo que as mulheres (e outros usuários) tenham acesso à assistência farmacêutica.

Reforçando esse pensar, Coelho (2003) diz que, na área da saúde da mulher, a NOAS 2001⁵ estabelece, dentre outros aspectos, para os municípios, a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, estabelecendo a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios.

[...] tu vê na televisão a toda hora... o governo não manda verbas, sei lá, não manda os remédios, agora diz que a governadora vai mandar manipular aqui, [...] tem remédios que são caríssimos mesmo, são importados da Argentina, dos EUA, não sei de onde. Esse meu remédio mesmo que se toma para esse tipo de doença são remédios caríssimos, e o SUS dá [...] a verba é pouquinho também, às vezes as pessoas dizem que o município não tem dinheiro, não tem não sei o quê, estão roubando, mas tem que ver que vem para o estado uma verba que é dividida para quantos municípios? Tem isso aí é pouquinho, então eles contam com impostos, com coisas que fazem na cidade para ganhar dinheiro, usa o IPTU que recebe, que a maior parte das pessoas não paga, eu também não paguei, está atrasado é brabo, a gente sabe... Na realidade todos têm que cooperar, né? (Neusa)

Na compreensão de Neusa, há dificuldades para que o município possa atender a todas as necessidades que são colocadas na área da saúde.

Na implantação do SUS, a descentralização da gestão delega aos municípios a faculdade de governar suas próprias realidades locais e administrar os recursos a eles destinados pelo Estado. As Leis Orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90 consolidam essa autonomia e definem responsabilidades dos níveis Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; ANDRADE, 2001).

⁵ Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS, editada em 2001 pelo Ministério da Saúde.

As mulheres, contudo, pontuam o descaso, o descomprometimento e falta de ação governamental para impedir os desvios de verbas.

[...] Dizer que nossos governantes precisam olhar com mais carinho a saúde das pessoas, pois está tudo muito largado ninguém de compromete com nada, é muito roubo, muito desvio de dinheiro que deveria ser empregado na saúde. (Dalva)

A fala acima nos remete a pensar que, para o alcance de integralidade, é necessário que o Estado se comprometa com a saúde da população, pois, de acordo com Cecílio (2001), a integralidade é resultado do conjunto das ações cujo produto tem a finalidade de atender as necessidades de saúde da população. Ainda, Mattos (2001) aponta que um dos sentidos da integralidade refere-se à ação do Estado na elaboração e garantia da execução de políticas de saúde, que protejam e qualifiquem a vida das pessoas.

[...] É incrível como tem desvio de dinheiro. Se formos pensar bem, dinheiro tem, o problema é que o roubo é público, e, pior, ninguém faz nada, o governo não toma atitude e o povo é que paga no final. Eu acho que eles deveriam ser mais rígidos e punir mesmo essas pessoas que pegam dinheiro nosso né? Afinal, quando precisamos dos remédios e não ter porque pegaram o dinheiro é revoltante! Queria ver os grandões lá na fila do SUS. (Marcele)

Essa insuficiência de recursos para a saúde, pontuada pelas mulheres, pode também estar atrelada às políticas de ajuste do Estado, que destina verbas para a implantação de programas verticais, nem sempre em concordância com as necessidades dos municípios (CAMPOS, 2004; p 168).

Pensar em como as políticas de saúde estão organizadas para prestar um cuidado integral às mulheres é também pensar qual a concepção que se faz presente nos serviços de saúde, acerca da rede de atenção à saúde no SUS. Existe articulação entre os diferentes níveis da atenção que proporcionem à mulher compreensão de como se dá essa organização dos serviços, e como elas poderão usufruir deles, como um espaço de troca e atendimento de suas necessidades e problemas de saúde?

A Constituição Brasileira de 1988, concebida nos moldes do bem-estar social, introduziu o conceito de cidadão; redefiniu o conceito de saúde; estabeleceu o direito universal à assistência à saúde, pelo Estado; descentralizou a gestão, co-responsabilizando o governo municipal, estadual e federal no processo, e estabeleceu a participação social nas decisões relativas à saúde (BRASIL, 1988).

Na nova configuração da política, a saúde é reconhecida como um direito universal e dever do Estado, conforme exposto no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.133)

O conceito ampliado de saúde, nesse contexto, traz a concepção da produção social do processo saúde/doença, rompendo com a visão estrita de saúde envolvendo apenas o tratamento e recuperação da doença. Implica na articulação entre os setores social e o econômico, pois as condições de vida e trabalho determinam a saúde e riscos de agravos a determinados segmentos da população.

Os princípios do SUS são operacionalizados por meio da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, e a Lei nº 8.142/90, que trata da participação popular e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde, detalhando o conceito de saúde e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, e também os princípios organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, o SUS traz o compromisso do Estado em garantir a cobertura universal e o atendimento integral, que significa cuidar das pessoas, atendê-las dentro do seu universo, respeitando as diferenças sociais, econômicas e culturais. Isto, sem dúvida, é um desafio que ainda hoje estamos enfrentando. A atenção integral implica

ainda que as pessoas possam ter acesso a outros níveis do sistema, possibilitando ter seus problemas e necessidades de saúde atendidas.

Adequar os serviços de saúde a essa nova proposta de cuidar é um comprometimento dos gestores, trabalhadores de saúde, instâncias formadoras de recursos humanos para saúde e usuários do sistema, na busca de melhores condições de viver e ser saudável, contribuindo para a credibilidade e sustentabilidade do SUS.

Assim, o direito à saúde reconhecido constitucionalmente, a reforma do Estado no âmbito dos serviços de saúde, a criação de mecanismos de participação e controle social, entre outros, são conquistas que reforçam o direito e dever da sociedade em participar dos debates e das decisões sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde constituindo-se prerrogativas maiores que a avaliação e fiscalização dos serviços, pela população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O acesso universal à atenção integral à saúde de qualidade, contudo, parece ainda não estar contemplado no cotidiano dos serviços de saúde, mesmo com todo o amparo jurídico-legal dos princípios e diretrizes do SUS. Tanto no serviço público quanto privado, há um distanciamento entre os trabalhadores de saúde e os usuários, entre as equipes e a comunidade, e entre os trabalhadores e seus meios de trabalho. Frequentemente detectam-se reclamações quanto à insensibilidade e indiferença dos trabalhadores de saúde ao sofrimento humano; extensas filas de espera nas UBS e no Pronto Atendimento; reclamações dos usuários quanto ao funcionamento do sistema de saúde e conflitos de insatisfação das equipes tornam evidente a necessidade de mudança no atual sistema. (CAMPOS, 1994; MERHY, 1994; CARVALHO e CAMPOS, 1999; SÁ, 2001; MORINAGA et al, 2002).

Algumas das pontuações dos autores acima também foram observadas em neste estudo, pois o entendimento que as mulheres faziam do SUS era bastante diversificado. O ponto de convergência, para a maioria das entrevistadas, porém, é o do SUS como um atendimento demorado, pouco resolutivo, burocrático, da baixa qualidade, com filas de espera e escuta muito comprometida, em relação aos problemas dos usuários, pois os trabalhadores que atendem no sistema não têm tempo nem paciência para ouvi-los.

Na observação, essa concepção do SUS como atendimento ruim é verbalizado pelo familiar (Dinorá) que adota uma postura de “vigilância” durante o tratamento de sua mãe.

[...] refere que quando foi feito diagnóstico de câncer da sua mãe ficou muito receosa de que o atendimento fosse ruim [...] Quando vim com minha mãe aqui, já fui me preparando para o pior. Observo que Dinora está sempre atenta a toda movimentação junto de sua mãe, indaga sobre a medicação, solicita a presença dos trabalhadores de saúde constantemente, fato que parece incomodar Djanira “Já falei pra ela que as meninas sabem o que estão fazendo, acho muito chato isso ...” (OBS. Djanira, 06/07/2006)

A procura pelo atendimento no SUS pode estar vinculada ao recebimento de medicação e que, por ser gratuita, é um incentivo para consultar em uma Unidade de Saúde.

Ah, sim tava sempre tomando remédio que eu ganhava pelo SUS, pois eu consultava no posto de saúde. Alguns remédios tinha que comprar, porque às vezes não tinha, mas geralmente não tinha porque era antibiótico, esses remédios mais simples sempre tinha. Era tudo de graça, aí tu vai consultar, por que vais receber o remédio. (Neusa)

A concepção do SUS como um serviço onde se é mal atendido e há demora reforça a possibilidade da alternativa de pagamento, para acelerar o processo de atenção à saúde, em outros serviços de saúde.

Eu queria salientar uma coisa. Nem todos os exames eu consegui pelo SUS, tive que pagar alguns exames, uma ultra-sonografia transvaginal, abdominal total foi pago, porque são exames que levam certo tempo pelo SUS. A pessoa entra em uma lista de espera e, como a gente queria isso rápido para poder começar a sessão de radioterapia ai paguei por fora. Pelo SUS não tem chegar e ser atendida, tem fila para marcar e fazer os exames.[...] Eu já sabia que demorava ai cheguei nos locais e perguntei

quero fazer determinado exame. Quanto custa? Mostrei a requisição, disse que tinha pressa e qual era o problema. Eu não procurei pelo SUS porque eu sabia que ia demorar mesmo. (Thereza)

Entretanto, ao experimentar o atendimento em outras instâncias, a mulher se surpreende com a resolubilidade e teve a possibilidade de mudar sua concepção sobre o SUS.

Aquela idéia, pois falam tanta coisa assim né? Eu pensava: Vou ter que esperar, vai custar, vou ter que pagar. Achei que teria que pagar antes, porque no mesmo dia que ele me deu os exames que eu tinha que fazer, a mãe já saiu marcando. E o meu médico ligava, pra ver se conseguia agendar mais rápido, explicando o caso. Ele foi muito interessado. Eu achei que ia demorar, que ia ser mal tratada, a gente ouve cada história... Agora mudei meu pensamento com relação ao SUS [...] mas fui muito, muito bem tratada. (Fernanda)

Eu, na realidade, não esperava muita coisa. Fui consultar no SUS, porque não poderia pagar de jeito algum esse tratamento. Agora eu mudei meu conceito sobre o SUS, eu ganhei muito, muito, eu não tenho queixa, realmente não tenho, sinceramente. O médico da rádio é maravilhoso, atencioso, às vezes eu tava com um probleminha e enchia o saco deles, qualquer dúvida eu ia ali, atestado e coisa assim sempre pronto, rindo e brincando nunca fechou a cara, sempre pronto. Até agora, semana retrasada, eu fui e consultei com ele... Lá na química, eu consultei com o meu médico, que aí eu disse que eu queria que ele desse uma olhada também, eu não tinha nem consulta marcada, não tinha nem agendado e, na hora, ele me atendeu. (Marcele)

Eu estava determinada a fazer meu tratamento e não deixei que nada obstruísse meu caminho. Não tinha cara feia, nem má vontade das pessoas que me atrapalhasse. Eu sabia que não ia ser fácil, porque tu ouves as pessoas reclamarem da demora, da falta de informação, dos erros médicos... É assim mesmo, a nossa saúde está em maus lençóis, mas eu queria me tratar e não podia pagar particular, então o negócio era enfrentar o SUS. E te digo que foi tranquilo mesmo, até me surpreendi. (Silvana)

O desconhecimento da mulher sobre o SUS faz com que sua busca por acesso à atenção dentro da rede de serviços de saúde seja encarada com resignação e passividade, quanto aos benefícios do seu tratamento. Essa postura compromete a integralidade da atenção à mulher.

O doutor colheu o exame para biópsia e, em 15 dias, veio o resultado, foi rápido. Eu fiz o diagnóstico no dia 8 de outubro 2003, e no dia 23 já estava fazendo a radio, e depois, em dezembro, eu fui fazer a braquiterapia em POA. Aí que foi horrível, pois perdi um rim, fiquei com um rim todo queimado, não funciona mais. Mas tinha que fazer, pois o tumor era muito grande, não tinha como eliminar só com a química, e a radio teria que fazer o tratamento em POA, pois o tumor secou, mas não secou total. Tem uma pontinha ainda que incomoda, mas diminuiu bastante, foi necessário fazer a braqui, mas não me explicaram que teria tantas complicações. Fazer o quê, tive que me resignar.. (Laídes)

Esse desconhecimento produzido nas relações da população com a mídia, com outros serviços de saúde, com o contexto presente na sociedade brasileira, com os próprios trabalhadores de saúde, gera possivelmente essa postura de resignação. Entretanto, a integralidade da atenção só será possível como construção individual e coletiva, fruto da assunção pela mulher, como cidadã em seu papel ativo na sociedade, para a resolução de suas necessidades de saúde.

Cecílio (2001) pontua que uma dimensão para a integralidade diz respeito à articulação entre diferentes serviços que possibilitam a conformação de uma rede de atenção marcada também por ações intersetoriais, com finalidade comum na produção de saúde.

Com relação às dificuldades enfrentadas pela mulher, a maneira que os trabalhadores do sistema de saúde atendem na marcação de exames, com desinteresse, má vontade e falta de paciência contribuem para uma avaliação negativa do SUS.

Até que eu não tive muita dificuldade. O que me atrapalhou mais foi que, em alguns lugares, as pessoas não atendiam direito estavam bem desinteressadas. Às vezes, quando ia marcar exames ou se a gente esquecia de alguma coisa, tem umas pessoas que não entendem, já vão logo xingando a gente, não têm paciência mesmo, nem parece que estão tratando com gente. Se vamos ver os animais se tratam melhores entre eles que muitas pessoas com os seus semelhantes. (Elvira)

[...] meu neto é que caminhou para marcar e me levava no dia. Caso contrário, ah!... não fazia mesmo, pois é muita burocracia, muito corre-corre, depois é tudo muito demorado, as pessoas não têm paciência e eu, que já estou velha, menos ainda, né? Eu acho que essa demora prejudica, porque, se eu fosse esperar os dois meses que ia levar pra marcar pra eles me atenderem, eu não ia chegar até lá, morria antes, com certeza. (Nancy)

A falta de leito aqui, falta de respeito com as pessoas, pois a gente precisa e tiveram que ameaçar com a justiça, para poder conseguir um leito, senão não teria conseguido. Isso é um descaso com o ser humano. Afinal a gente paga o INPS pra quê? Quando a gente mais precisa, tem que ficar pedindo favor pras pessoas, que muitas vezes, te olham de cima, como se tu fosses um bicho e, na realidade, nós somos todos humanos. Aí começa aquele jogo de empurra-empurra, mandam com um papel na secretaria de saúde, lá te mandam pro posto, no posto ninguém sabe o que fazer, e por aí vai. Tu acabas perdendo a paciência mesmo. (Vera Lucia)

Essa postura dos trabalhadores compromete a integralidade quando pensamos os diferentes saberes e práticas envolvidos na atenção à mulher nos diversos serviços por ela freqüentados na busca de cuidado. É preciso despertar no trabalhador e na mulher que a integralidade das ações se dá a partir da composição de vários saberes e nas diferentes práticas de produção de cuidado em saúde, realizados para atender as necessidades de saúde dos usuários (Cecílio, 2001), é a constituição de boas práticas, como um dos sentidos da integralidade trazido por Mattos (2001).

Contudo, para Beatriz, o atendimento no SUS é caracterizado pelo descaso, e falta de atenção dos trabalhadores. Mas ela também referiu ter vivenciado um atendimento qualificado, com a médica preocupada em explicar o que estava fazendo. Sua fala demonstra a importância do trabalhador de saúde desenvolver uma interação marcada pelo diálogo com o cliente, pois, nesse dialogar, podemos obter a tão almejada relação sujeito/sujeito.

Foi complicado, até a doutora me disse: "Como ninguém descobriu que tu tinhas essa doença, se tu sempre foste uma pessoa controlada?" Eu disse para ela: "Vou ser sincera. Eu notava que não era bem atendida". Porque eles não me examinavam. Por exemplo, ela me colocava sentada na cadeira e me dizia: "Vou ter que te colocar esse líquido, para ver se tem uma massa, aí a gente olha com microscópio".- me explicava cada passo do que ia fazer. Já os outros não, era tudo no ligeirinho mesmo, às vezes mal davam bom-dia e, num piscar de olhos, tu já estavas fora do consultório. É um total descaso com a gente, tem dias que, enquanto uma se vestia, a outra já estava tirando a roupa. (Beatriz)

A esse respeito, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.59) refere que as diferentes práticas profissionais têm relação com as diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário. Nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que facilitam ou dificultam a interação, pois existem profissionais com maior ou menor facilidade para conversar, para se relacionarem com os usuários.

No processo de cuidar em saúde entendo que a formação de trabalhadores de saúde realmente comprometidos com os princípios do SUS possibilita a construção das relações entre os sujeitos, de forma a propiciar o envolvimento, a troca e o diálogo. Assim, ambos saem desse encontro “sujeitos melhores”.

A formação do vínculo com os trabalhadores de saúde possibilita agilizar outros atendimentos no sistema de saúde e reforça a integralidade, como princípio potencializador do cuidado. Elvira refere que, três anos antes, não tinha essa facilidade, o que, de certa forma, leva a acreditar que houve avanço no atendimento do usuário.

É muito complicado o atendimento no posto. Em 2003, quando foi feito o diagnóstico de meu câncer, eu reclamava muito do atendimento, era demorado, confuso, muito vai e vem, muitos exames, e principalmente muita ansiedade. Tu quer resolver o teu problema com urgência e nem sempre é possível. Hoje eu vejo que já melhorou um pouco, mas, naquele tempo, se fosse conversar contigo, com certeza ia reclamar muito. Até porque hoje eu faço revisão todo ano, religiosamente, e já tenho uma amizade com o pessoal do posto. E meu médico lá da radio é muito atencioso, qualquer coisa que eu preciso corro lá. Agora mesmo, talvez tenha que fazer uma cirurgia, pois estou com problemas de não consigo segurar a urina. É bexiga caída, né? O médico da radio já me encaminhou pro postinho. Mês que vem, tenho consulta no especialista, tá bom então. (Elvira)

Entendo que as práticas de saúde devem ser exercidas pelos trabalhadores de saúde por meio da utilização do conhecimento científico, mas não devem dispensar a atenção, o cuidado, a escuta e o acolhimento, que favorecem a formação do vínculo entre os trabalhadores e usuários. Merhy (2002), ao pensar o trabalho em saúde, aponta que as tecnologias leves são entendidas como aquelas que possibilitam a construção de vínculos onde se dá a produção do cuidado e do acolhimento, constituídas pelas relações entre o trabalhador de saúde e o usuário.

O que me deixou tranqüila foi o apoio que recebi da médica Sabe aquela coisa assim como se fosse de minha família? Fui tão bem tratada, acolhida, mimada mesmo, ela se preocupou com minha doença, agilizou os exames e até hoje, passados todos estes anos, se preciso de alguma coisa, corro pra ela. (Beatriz)

Somando-se à fala de Beatriz, para Franceschini (2005) no encontro de duas ou mais pessoas há uma interação comunicativa, não necessariamente verbal, levando à formação do vínculo. Ele depende da qualidade da interação, da compreensão da fala, da disponibilidade para a escuta, ou seja, “a interação qualifica o vínculo que, por sua vez, transforma a interação”. Dessa maneira, a interação-vínculo será positiva, quando promover transformações criativas e inovadoras, para satisfação das necessidades (FRANCESCHINI, 2005, p. 185).

A mulher, como já apontado, muitas vezes demonstrou surpresa de ser bem atendida pelo SUS, tendo dificuldade em entender-se como sujeito ativo de sua saúde e com direito a discutir com o trabalhador da saúde as etapas de seu tratamento. A mudança para outro serviço proporcionou à Laídes melhor atendimento, escuta qualificada e resolução de sua queixa.

Quando eu fiz a cauterização lá no posto, eles me recomendaram fazer uma nova cauterização, porque a ferida era muito grande e uma só não tinha dado resultado. Mas como não parava a hemorragia, eu mudei de médico. Foi onde eu descobri que era o tumor, não era nada de feridinha. Eu me tratava com a médica do posto de saúde aqui do bairro, foi ela que fez a cauterização. Mas como eu comecei com hemorragia, ia lá, ela me dizendo que estava tudo bem e eu sempre sangrando. Resolvi trocar de médico, fui pro CERON, mas tudo pelo SUS. Foi uma vizinha que me indicou lá, fez muitos elogios do atendimento e tudo verdade. Fui muito melhor atendida no CERON que no posto, pois o médico me escutou tudo que me queixei me examinou e já fez a biópsia e tudo. E olha que o serviço também é pelo SUS! (Laídes)

A fala de Laídes nos leva à reflexão da importância do encontro entre o trabalhador de saúde e a mulher, pois dependendo do diálogo e da interação estabelecidos, o trabalho em saúde pode não alcançar os objetivos que se propõe, afastando-se da busca da integralidade da atenção.

A esse respeito, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) afirma que o momento do encontro é fundamental para identificar as singularidades que a doença impõe ao usuário que chega à consulta, que implicações esse agravo traz

para a vida dessa pessoa e que estratégias de intervenção podem ser acessadas, para mudar esse processo.

Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento do vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo. (BRASIL, 2005, p.56)

A integralidade, não apenas como princípio do SUS, mas sobretudo como exercício de boas práticas na atenção e cuidado à mulher, se expressa também na escuta, no vínculo, na concepção que as mulheres, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema de saúde apresentam das formas de fazer saúde, e como atentam para a possibilidade de co-participação do processo de construção de saúde para todos.

Acredito que a consolidação plena e satisfatória do SUS é um desafio para os gestores, trabalhadores, usuários e comunidade, pois, na prática, dificilmente as demandas cotidianas de saúde estão articuladas com políticas eficazes de enfrentamento das necessidades de saúde da população.

A Constituição de 1988 e a estruturação do SUS tornaram a saúde um direito da população, cabendo ao Estado o dever de prover as condições necessárias para o alcance dessa prerrogativa, utilizando-se de políticas econômicas e sociais que proporcionem a redução da doença e de agravos à saúde. E, igualmente, com o estabelecimento de condições de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (PMS, 2003).

A concepção das mulheres em relação aos serviços de saúde tem muita ligação com a maneira como elas foram recebidas e acolhidas nesses serviços. A avaliação do atendimento pode ficar restrita, em função do tratamento e do momento de tensão e angústia que estão vivenciando.

[...] eu não sei se a gente está tão angustiada com a doença, com locais que tu nunca imaginas que vais estar... É muita coisa diferente e assustadora, que tu não te julga capaz de avaliar as pessoas que te atendem, tu queres fazer teu tratamento e ir embora. Tu te entrega na mão do médico e o que ele dizer que tem que ser feito, a gente faz. (Fernanda)

É interessante observar a relação entre o atendimento realizado pelo SUS e por convênios ou pela rede privada. Muitas mulheres viram no convênio de saúde a garantia de bom atendimento e se referiram ao SUS como um serviço de espera em filas, dependência da boa vontade dos profissionais e burocracia.

É uma burocracia. Sejam realistas, a nossa saúde ainda está um caos. Eu tive muita sorte aqui. O doutor ainda comentou: "Tu teve muita sorte, tem paciente lá que, não sei quanto tempo, está com problema de câncer e não conseguimos resolver aqui". Eu disse "O problema não está lá em Pelotas, o problema está aqui com vocês, que a saúde não assina papel, não manda nada". Agora mesmo, não foi aberta agenda para mim lá em Jaguarão e a minha filha teve que fazer tudo por aqui. Por isso me mudei pra cá. Se eu tivesse um convênio seria mais fácil, tenho certeza. (Neusa)

[...] eu perguntava para a minha cunhada como era o atendimento, pois isso tudo acontecia que comigo, ela não passava, nem de longe. É muito triste falar isso... Ela me dizia que era super bem atendida. E tenho uma irmã que tem Unimed e ela me disse: "Eles explicam tudo o que vão fazer". Já no SUS é totalmente ao contrário. Para ser bem sincera, para tu pegar uma ficha, quando eles não estão numa boa, eles te dão com as quatro e tu tens que ter paciência, sorrir, agradecer e tudo mais, pois podes ficar sem atendimento nenhum. Isto é cruel. (Beatriz)

[...] meu marido dizia que pagava convênio para garantir boa assistência médica. Como te falei, antes, depender do SUS sempre foi muito assustador para nós. A gente fica muito preocupada porque, se estamos doentes e ainda temos que esperar pela boa vontade dos médicos nos atenderem... Além disso, os médicos bons nunca atendem pelo SUS, geralmente é estudante, estagiário... Eu acho muito complicado e, graças a Deus, nunca precisei consultar no postinho. (Dalva)

A fala de Dalva reitera aspectos já apontados no texto, demonstrando o quanto a população parece desconhecer o sistema de saúde. Pois Dalva fez críticas ao SUS como um sistema com trabalhadores desqualificados, mas utilizou os serviços de maior complexidade como o de quimioterapia, proporcionado exclusivamente pelo SUS.

Na concepção das mulheres, há melhor qualidade de atendimento na rede privada ou no convênio. Mas eles não foram isentos de críticas, o pagamento particular de exames complementares não é uma prerrogativa só dos usuários do SUS, questão que se configura como uma distorção ao considerarmos a saúde

como direito de todo e qualquer cidadão e dever do Estado. Entretanto, vivenciamos ainda a prática social restrita da participação e controle social, possibilidades concretas de enfrentar tal situação.

Acho que o SUS poderia ser melhor sim, mesmo eu que tenho convênio, teve vezes em que eu tive que pagar algum exame a fim de agilizar. E também o convênio está sempre encrencando, pedindo justificativas por escrito dos médicos. Aí eles não querem fazer estão sem tempo, porque acham que é desaforo, porque quem sabe da doença são eles... Aí fica aquele jogo de empurra-empurra e tu ali no meio, que nem um bobo. Então eu acho que tudo poderia ser melhor, mas acho que falta boa vontade de todos. (Dalva)

A comparação do atendimento no SUS com o dos serviços particulares está mais relacionada à agilização dos exames, do que propriamente à qualidade de atendimento, já que o pagamento pelo exame e/ou consulta, na maioria das vezes, traz uma ilusão de melhor atendimento.

Fui particular porque iria demorar os resultados pelo SUS. Mas tem mais um detalhe: o atendimento do exame particular e o atendimento aqui, não vejo diferença, porque, para fazer os exames, eu também tive que esperar um pouquinho em cada um e não vejo diferença nenhuma, o tratamento é o mesmo. Ainda que o médico tenha me encaminhado com uma carta, não houve condição de agilizar pelo SUS os exames, demorariam a mesma coisa. Até eles colocaram como urgente, uma coisa assim, e disseram que iria demorar um mês e meio, dois, cada um, até dezembro mais ou menos iria demorar. Então por isso, fiz logo particular, mas depois fiquei fazendo pelo SUS sempre. (Letícia)

Porque ela (a filha) acha que sabe mais do que eu, por eu ter ficado no postinho consultando, eu era irresponsável, que era para estar com um médico melhor, mas não existe médico melhor. Na idéia dela, se eu tivesse consultado com um médico particular, estaria mais bem atendida ou não teria o câncer, em parte ela quer dizer que, no SUS, os médicos não olham pra gente, e a prova é que eu criei a doença me tratando no postinho. Eu já falei que não é assim. Para ela, o médico particular não teria deixado a coisa crescer tanto assim, mas eu não entendo assim. (Laídes)

Ah super rápido! Particular não tem demora. Minha filha ligou na mesma hora, isto eram umas 11 horas da manhã, e ela marcou para as 15 horas do mesmo dia. Eu estava apavorada, [...] aí falei tudo a mesma coisa, para esse doutor que me ouviu em silêncio. E eu já fui mostrando o exame do posto pra ele, e falando da dor que estava me incomodando, quando ele me fez o exame com aquele aparelho gelado [...] ele me disse: "Djanira, tu tens uma ferida muito grande no teu útero e como está sangrando..."- É câncer? Perguntei. Ele disse: "Calma, vamos parar essa hemorragia e tirar um pedacinho do colo do útero, e mandar para biópsia. E só depois do resultado, te direi se é câncer ou não, ta?" Particular é outro atendimento, é rápido.(Djanira)

Algumas mulheres parecem convictas de que o atendimento privado é não só mais ágil, mas também mais resolutivo e de que os trabalhadores pareciam se envolver mais com a usuária.

Aqui no posto, ninguém me falava nada. Era lá oncologia, com o doutor, ele ficou meio assim: "É então depois do tratamento, vamos ver que fazer." Ai eu vou ter que fazer, paciência se demorar, mas SUS é assim mesmo. Se fosse particular, seria diferente, com certeza seria diferente, pois, quando tu pagas, não espera, é só ligar e marcar hora. Os médicos se empenham mais, eu acho que o atendimento é diferente. (Fátima)

[...] me perguntou se eu tinha condições de fazer o tratamento particular. Na época, e eu disse: "Depende de quanto é o valor". Aí me deu o valor lá em cima "Ah não tenho condições"...- "Ah então vou te passar lá para a FAU, pois estou entrando em férias." Garanto que, se tivesse pagado, ah seria mais rápido. Acho que tudo o que tu faz particular é de um dia para o outro, os exames mesmo não demorariam o que demorou pelo SUS [...]. (Fátima)

Se eu tivesse dinheiro pra pagar, seria atendida na hora. Eu acho que, em uma semana, eu teria todos os exames prontos. Mas pelo SUS é muito difícil, porque a fila é muita grande. Basta ver o pronto socorro, tá sempre com gente até pelo chão. É um horror!(Marcele)

Na relação entre o serviço público e o privado, Laídes demonstrou confiança no atendimento pelo SUS. Mas, para que sua filha compartilhasse dessa confiança, resolve fazer um teste e paga uma consulta particular, para confrontar a conduta do médico do SUS.

Para minha filha parar de me incomodar, eu fiz um teste, semana passada. Eu me trato com o doutor que é oncologista, mas está me tratando de infecção urinária e teria que ser um urologista. Mas aí eu faço os exames e ele vê a medicação que eu posso tomar. A gente está sempre mudando a medicação, porque alguns me dão alergia, e ele ficou um pouco apavorado: "Mas que bactéria forte!" - "Não é isso, doutor, é a quimio". Eu disse para ele, semana passada, que ele tava testando remédio comigo - "Estou testando, é isso mesmo." Aí me enchi de dúvida e fui em um médico particular, paguei uma consulta que custou R\$ 100,00, e o médico me disse tudo o que o oncologista tinha dito, e me receitou o mesmo remédio. Fiquei feliz de estar certa.(Laídes)

A diferença do atendimento no SUS, nos convênios e serviços privados, na concepção de Beatriz, tinha a ver com a postura do trabalhador que, de acordo com o local de trabalho, podia adotar posturas diferentes no relacionamento com a mulher.

Acho que tem que ser tratamentos iguais. O Dr RR atende no consultório também e, até hoje, ele me atende na FAU igual. Eu tenho uma prima que se trata com ele no consultório e o tratamento é igual não tem diferença nenhuma. Mas a gente sabe de histórias de médicos que quando atendem pelo SUS, nossa dá licença, são de uma falta de educação às vezes. [...] Olha, eu não passei por isso, estou relatando

coisas que não têm nada a ver comigo. Mas eu vi acontecer coisas ali dentro com um médico que estava se preparando, estava se formando, na realidade ainda não era médico, e já tinha toda essa empáfia. Tratava as mulheres sem nenhuma consideração, olhando por cima do ombro, como se elas fossem inferiores e ele o todo poderoso... imagina quando for médico! Por isso que o povo reclama do mau atendimento do SUS. (Beatriz)

Para Elvira não era o local, mas a individualidade de cada trabalhador o que faz a diferença.

Bem aí o atendimento depende muito de quem te atende, né? É depende do médico... Tem uns bons e outros nem tanto... Eu tive experiências boas e ruins mesmo. Tinha um doutor que atendia meu marido em dois minutos, meu marido nem abria a boca. Eu é que já chegava falando tudo e, mesmo assim, esse médico nem olhava pra mim... ia colocando o aparelho, escutando o coração e dizia: "Tá, tá tudo bem, tudo ótimo." Nem deixava a gente falar. E tinha o Dr RR que era um amor de pessoa, tinha paciência conosco, nos ouvia... a consulta com ele podia contar que durava uma hora. Até receita de bolo a gente conversava, mas ele acabou seu estágio no posto e foi embora. Meu marido sentiu muito a falta dele porque, depois, nunca mais teve outro igual. (Elvira)

Para Mattos (2001), como já apontado, um dos sentidos da integralidade é justamente a boa medicina, a boa prática de atenção, traduzida como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais (quaisquer que sejam), e que seriam expressas pela forma como eles respondem aos pacientes que os procuram. Assim, entendo que a escuta, o acolhimento e o diálogo com a mulher podem desmistificar essa compreensão de que os trabalhadores que atendem pelo SUS adotem outra postura quando em serviços privados ou conveniados.

Aqui valeria a pena considerar que precisamos investir na formação dos trabalhadores em saúde no sentido de sensibilizá-los a desenvolver um cuidado integral, pois na teoria identificamos essa necessidade, porém na prática as ações desenvolvidas continuam fragmentadas. A clínica ampliada implica na produção de cuidados que atendam as necessidades do usuário, resolvam a demanda ou problema de saúde apresentado, utilizando para isto além da adequada qualificação clínica, a escuta atenta, aberta, zelosa e que possibilite o vínculo.

O vínculo para Franceschini (2005) depende da interação e da comunicação entre os trabalhadores de saúde e usuários, usadas como ferramentas para recriar o processo de trabalho e desenvolver uma atenção integral à saúde. Para tanto, é necessária a reformulação desta “interação hegemônica de aplicação de formulações prontas, com pouca densidade crítica, ineficazes por não apreenderem o problema na sua integralidade como necessidade de saúde” (FRANCESCHINI, 2005, p.185).

Porém, isoladamente, o inverso também pôde ser observado nas entrevistas, ou seja, a mulher não via diferença no atendimento pelo SUS ou privado. O atendimento foi reconhecido como de boa qualidade em ambos e o pagamento da consulta se deu para agilizar o processo, pois, pelo SUS, a demora seria maior.

Eu não senti diferença alguma, pra mim, foi muito bom, eu fui bem tratada pelos médicos. Na realidade, só paguei uma consulta particular porque, pelo SUS, ia demorar pra doutora me atender. Eu não podia esperar, fazia uns seis meses que eu tava perdendo sangue e não ia no médico. Eu perdi tanto sangue que já tava no último de anemia. Tive que fazer transfusão de sangue, porque já não tinha uma gota de sangue, já tinha perdido tudo, aí paguei. Mas o atendimento foi muito bom mesmo, tanto pelo SUS quanto particular, e depois fiquei só no SUS e não mudou nada. (Nancy)

[...] é que a situação estava ruim, mas, como foi passando a hemorragia, à noite eles deram alta. Mas mandaram que, daí a uma semana, procurasse uma ginecologista que já estava marcada por eles. Quando a gente chegou lá, na semana seguinte, eles já tinham conseguido pelo telefone o laudo da biópsia. Eles conseguiram devido a gravidade porque a biópsia demora. Mas devido à gravidade, o médico lá do São Francisco solicitou com urgência, tudo pelo SUS, e a gente foi bem atendida, teve toda atenção. Mas minha filha igual marcou com um médico particular. Olha não vi diferença nenhuma, tudo igual. (Thereza)

O que podemos inferir com relação às vivências das mulheres do estudo, quanto à concepção que fazem dos serviços de saúde e as diferenças que estabelecem entre o SUS e os serviços privados e conveniados, é que, se buscamos a integralidade no processo de trabalho em saúde, poderíamos utilizar as tecnologias leves propostas por (Merhy,2000). Elas são traduzidas pela construção de vínculos, acolhimento e responsabilização, onde as relações se dão num espaço de diálogo e respeito à

singularidade de cada pessoa, não importando o local (público ou privado) para a prática de cuidado, pautada na integralidade.

3.2.2. A organização e o acesso aos serviços na rede de atenção

A organização dos serviços de saúde pressupõe uma dinâmica de planejamento que facilite o trânsito dos usuários na UBS e entre os diversos serviços referenciados e que atenda as necessidades de saúde da população, de forma a constituir uma rede de atenção com vários pontos de intersecção (SAÚDE, 2006).

Saúde (2006) em seu estudo sobre a rede de atenção em um município de Minas Gerais na assistência à gestante aponta que

Vários olhares podem ser lançados para a rede de serviços de saúde, a partir do entendimento que vai se construindo da concepção desta rede, que mantém de forma mais ou menos articulada pontos de intersecção que possibilitam a concretização do princípio da integralidade, e que conformam uma opção técnico-política, mas também ética e moral para a prestação de atenção à saúde (SAÚDE, 2006, p.125).

Essa questão trazida por Saúde (2006) se faz presente também neste estudo, apontada pelas mulheres em sua busca por atenção.

As mulheres do estudo reiteradamente pontuam como dificuldades encontradas, para acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, a localização e condições de deslocamento até as unidades de saúde, andar de ônibus, ter que se deslocar de um lugar para outro, principalmente no estágio de diagnóstico do câncer. Muitas vezes o deslocamento para outro local distante e desconhecido pode criar na mulher sentimentos de insegurança e aspectos negativos para a continuidade do tratamento. Acrescento ainda os gastos com deslocamento, cansaço e perda do dia de trabalho, situações que acarretam mais transtornos à vida da mulher.

Garantir o acesso e acessibilidade possibilita tornar a mulher uma ingressante efetiva ao sistema de saúde, uma vez que este tem que estar disponível para atendê-la.

Os conceitos de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde são muito complexos, visto que a terminologia empregada é variável. A esse respeito, Travassos e Martins (2004), em seu estudo e revisão sobre os conceitos de acesso e a atualização dos serviços saúde, pontuam que há uma variação entre os autores pesquisados, quanto ao enfoque do conceito de acesso, pois uns focalizam-se nas características dos indivíduos; outros na oferta; outros em ambas.

No Brasil a Constituição Federal de 1988 traz a

Saúde como direito – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem **acesso universal** e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (BRASIL, 1998, p.9). [grifo nosso]

Assim, o acesso universal é colocado de forma bastante importante, “pois permite o exercício da saúde como direito, nem sempre cumprido pelos poderes públicos, uma vez que ainda hoje os sujeitos têm, em várias situações, sido ‘impedidos’ do exercício deste direito constitucional” (NERY, 2006, p.78).

O acesso, para Giovanella e Fleury (1996), é caracterizado pela capacidade da estrutura organizacional de oferecer cuidados e satisfazer as necessidades de saúde das pessoas que procuram o serviço. Essa estrutura é a parte estável de uma organização área física, recursos humanos, equipamentos, a construção do organograma e outras dimensões que servem de base para o trabalho em saúde (DONABEDIAN, 1990).

Para Starfield (2002) a acessibilidade refere-se às características da oferta de serviços de saúde, enquanto o acesso diz respeito à forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

A acessibilidade, para Donabedian (1973), é mais abrangente do que mera disponibilidade de recursos, tendo relação com as características dos serviços e dos recursos de saúde, que facilitam ou limitam seu uso pelo usuário.

Neste estudo se utiliza a definição de Donabedian (1973) que caracteriza acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviço, relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Esse conceito implica mais do que simplesmente dispor de recursos. Ele tem relação com as características dos serviços e dos recursos de saúde, que podem facilitar ou limitar o uso por parte das pessoas que buscam o serviço de saúde, bem como com a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades das pessoas.

Nos dados empíricos desse estudo, as mulheres relataram que as maiores dificuldades no atendimento pelo SUS estavam relacionadas à demora, burocracia, espera na fila para realização dos exames pré-diagnóstico e lentidão na liberação dos resultados, principalmente da biópsia.

Lembro que o Raio X eu fiz na Santa Casa, no mesmo dia, foi tranqüilo. O exame de sangue foi mais rápido, porque eu tinha uma amiga que trabalhava num laboratório e entrei em contato com ela, e foi rápido. Se não demoraria quase um mês. Às vezes tu tens que te valer de alguns conhecidos, para poder agilizar, porque, senão, ia ficar esperando ansiosa por quase um mês. O ultra-som também foi rapidinho. Eu levei no centro de saúde e eles marcaram direto. Levou 4 dias para fazer a pélvica, a biópsia é que demorou 20 dias, é muito aflitivo esperar..(Silvana)

Nas primeiras vezes, foi muito difícil, porque demorava pra ser atendida. Eu ia bem cedo, tipo assim lá pelas cinco e meia da manhã, pra poder pegar uma ficha e ser atendida de manhã. Eu pegava uma ficha e ia em casa tomar café [...] voltava e ficava uma duas horas esperando para ser atendida, [...], hoje já ta bem melhor, porque tem as agentes de saúde que vão na casa da gente. Aí tu pedes uma consulta e elas marcam, mas no tempo que meu marido estava doente, não tinha isso. E quando eu precisei também foi mais fácil, porque eu já tinha relação com os médicos e com as agentes de saúde. (Elvira)

Outra queixa freqüente das mulheres, no atendimento pelo SUS, além da lentidão e da burocracia, é não haver a possibilidade da escolha do médico de

preferência da mulher, em virtude das UBSs contarem com a estratégia de Saúde da Família.

Sim, quero que a doutora me veja, me examine que veja se está tudo nos conformes, mas não pelo SUS, não, infelizmente não. Vou pagar a consulta particular. No SUS, não posso escolher minha médica. A nossa saúde é muito importante, para ficarmos na fila de espera do SUS. Eu acho que as pessoas que administram nossa saúde tinham que consultar pelo sistema, pra terem uma vivência de como a coisa é lenta, demorada e até insensível, pois eu vi uma senhora idosa caminhando com dificuldade ter que ficar na fila desde as 4 horas da manhã, para agendar uma consulta. Isso é revoltante. (Rose)

Campos (1992), discutindo a constituição do SUS e a necessidade de repensarmos sua organização, já na década de 90, apontava a necessidade de emprendermos uma reflexão acerca da absorção pelo SUS da premissa da atenção liberal da livre escolha pelo usuário do profissional que o atenderia.

Há, certamente, uma crítica à posição rígida dos serviços de saúde, em não permitir a quebra de princípios como a regionalização e a escolha pelo médico, por exemplo. Essa questão aparece na fala de Rose, e talvez merecesse uma análise mais cuidadosa por parte dos trabalhadores, e gestores, quanto ao atendimento de determinadas necessidades do usuário. É importante destacar que, do ponto de vista da organização do sistema de saúde, não é uma questão simples, mas não seria necessária uma reflexão acerca disso?

Não disponibilizar todos os exames e a demora para consultar com especialistas, são outros pontos de descontentamento da mulher ao usufruir do atendimento prestado pela rede SUS.

Acho que é complicado. Eu não quis ir no posto para esse problema do ciático, fui consultar particular, o médico só pegou os meus R\$40,00, fez eu levantar a perna, deu umas batidinha por causa desse nervo ciático... isso que ele trabalha pelo SUS! Ele disse que eu tinha que fazer uma tomografia e eu disse pra ele: "Olha doutor, isso ai vai sair caro!" - "vai lá no consultório... e vê" - Aí eu disse pra ele: "Quem me indicou foi uma vizinha. A mãe dela se consultou com o Sr. Eu moro no Getulio Vargas... imagina, lá é todo mundo pobre, aquele pessoal lá guarda de dia, pra comer a noite". - "Não, mas vai lá no Olivé Leite, que eu te atendo." Aí eu fui lá, o resultado foi assim particular saía R\$350,00. Lá na Santa Casa saía R\$280,00, no outro lugar R\$210,00, mesmo assim não dá... Aí

acabei consultando com a doutora aqui no posto. Ela é clínica geral. Aí a médica me deu o encaminhamento e eu fui, não levou cinco meses, até que não foi muito demorado. Pior é o oftalmologista, que estou esperando desde janeiro e até agora não veio ainda, lá se vão oito meses de espera ... É muito demorado, não é muito bom, é difícil consultar, só em último caso eu ir ali, senão eu não vou, prefiro pegar ônibus e gastar mais, mas vou no ambulatório do Olivé Leite. Até porque essa coisa de área que inventaram aqui no posto; eu só posso consultar com uma médica e, mesmo que não goste dela, não tem jeito é ela e pronto. (Vera)

Outro fator de descrédito dos serviços públicos do SUS é a localização da UBS em zonas de domínio de marginais, acarretando insegurança para os moradores, quando necessitam de assistência. Na fala que se segue, podemos identificar o comprometimento do acesso à UBS, por causas sociais (marginalização, discriminação) que impedem os usuários de desfrutarem dos serviços públicos disponibilizados na UBS local.

Lá é assim... Eu moro bem na entrada da Bom Jesus, ali é a parte do pessoal do bem, onde fica o posto nem a polícia entra, lá eles atendem quem os marginais mandam. Então, o resto dos moradores fica à deriva, é como se estivéssemos em um barco, tivesse mil pessoas naquele barco, e um doutor para atender aquelas mil pessoas. Aí chega um com uma arma e diz: "Não, tu vai atender esse aqui e os outros que se danem!" - é bem assim. (Rose)

A respeito do acesso, Donabedian (1973) distingue duas dimensões de acessibilidade: a socio-organizacional e a geográfica.

A acessibilidade socio-organizacional é caracterizada pela oferta de serviços que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de usarem os serviços; a acessibilidade geográfica relaciona-se com a distância linear, distância e tempo de locomoção, custo de viagem e outros.

Fekete (1997) ainda traz a dimensão econômica da acessibilidade,, chamando atenção para que não deveria haver barreiras de ordem econômicas, em relação à utilização dos serviços de saúde. Contudo, aponta que a oferta insuficiente de ações e serviços eleva os gastos das famílias em relação ao atendimento de seus problemas e necessidades. Outra dimensão da acessibilidade trazida pela autora é a sociocultural que se refere

à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde, tais como: percepção sobre o corpo e à doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor, e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros, e ainda a acessibilidade econômica (FEKETE, 1997, p.118).

Essas dimensões da acessibilidade estão presentes na fala das mulheres, quando apontam a necessidade de pagamento para o atendimento. E mesmo a questão da localização da unidade de saúde em áreas de alta marginalidade, indicando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Ainda, as mulheres deste estudo, acrescentaram outros elementos à questão da acessibilidade: além da marginalidade, o receio da ameaça, questões determinadas pelo contexto socioeconômico atual.

No serviço de Radioterapia, foi relatado que, apesar da demora de acesso, o serviço é de boa qualidade, o médico pareceu manter uma comunicação satisfatória e agilizou os encaminhamentos necessários a continuidade do tratamento.

Foi tranquilo, foi marcado aqui pela Santa Casa, tudo pelo SUS. Quando a gente chega, eles dizem: "Vem tal dia." Não é assim de eu chegar aqui, por exemplo, e entregar o papel e eles falarem: "vem amanhã", não. Era ou "vem no início da semana que vem ou no final de semana.". Mas a gente entende, porque é muita gente e isso faz com que as coisas andem mais devagar, mas o atendimento é ótimo, tranquilo e o médico atende muito bem. Me examinou, viu meus exames e já me encaminhou para a primeira sessão de radio, e me orientou fazer contato com doutor pra iniciar a quimio junto. Na mesma semana já fui encaminhada no CERON para fazer quimio em conjunto. (Thereza)

Nesse caso, a questão da acessibilidade organizacional, embora comprometida pela demora no atendimento, na fala de Thereza, está marcada pelos aspectos positivos presentes na interação com os trabalhadores, em especial com o trabalhador médico.

As mulheres deste estudo, ao serem questionadas quanto à organização dos serviços que freqüentaram, pontuaram que a maior dificuldade ocorre pela distância a ser percorrida para obter os exames diagnósticos. Às vezes, o exame preventivo do CCU era feito na UBS, mas havia uma demora no diagnóstico pela ausência de

ginecologista na unidade. Assim a mulher era atendida por um clínico e, na persistência das queixas encaminhada para outra UBS que dispunha da especialidade.

Eu comecei com sangramento aí fui no posto. A doutora disse: “Isso pode ser o sintoma da menopausa, porque tem menopausa com 39 anos, é normal, né?”. Ai ela me deu até um remédio e disse: “Se tu não melhorar, tu vens aqui.”. Depois o doutor do ambulatório me disse que o remédio que ela me deu era só pra cólica. Aí tava demais! Eu fui lá de novo e ela disse: “Então eu aumento a dose dos remédios, ou então vai no outro posto, que lá tem ginecologista.”... que aqui não tem, né... é uma tristeza... (no posto da Getúlio). Ali no outro, no CAIC, tem ginecologista. Consegui a consulta e, quando o doutor mandou me deitar, eu disse: “Doutor, eu tô menstruada, vou sujar tudo aí” - “Não tem problema.” - e me examinou rápido e disse: “Não tem condições de te examinar, tu estás com hemorragia.” - e me encaminhou para o hospital de Clínicas. Lá a doutora me examinou aquilo foi numa sexta-feira, e ela me disse: “A partir de segunda-feira, te quero às 7 horas da manhã lá no Ambulatório. Teu caso é sério! Por que demorou tanto a consultar?” Eu disse: Não tenho culpa se o posto não tem médico competente! Aí comecei a fazer todo tratamento lá.(Vera)

A fala de Doca ilustra bem as dificuldades enfrentadas pela população que mora na zona rural e que vêm ao encontro do conceito de acessibilidade geográfica proposto por Donabedian (1973) e por Fekete (1997). A distância, o tempo gasto no percurso até a UBS, acabam por desestimular a mulher a buscar a prevenção para a doença.

A gente é pobre né... tinha que trabalhar na estância, na campanha cozinhava pros peão assim, meu marido era o capataz. Era difícil pra gente ir no médico. Só em caso de precisão mesmo, assim por doença. Aí tinha que ir pra cidade, era longe, a gente só tinha uma carroça, pois carro mesmo, só quando o patrão aparecia por lá. É... às vezes eu ouvia no rádio a respeito do câncer do útero, mas nunca prestei muita atenção, por ignorância mesmo. Depois a gente sempre pensa que com a gente não vai acontecer, né?(Doca)

Doca ainda relatou que nunca havia feito o pré-natal, porque a distância até o posto era grande. Observamos nesta fala que há um comprometimento da qualidade de vida da mulher e do bebê, pois as complicações pós-parto poderiam causar danos irreversíveis ao binômio mãe-filho extensivo a toda família. Essa realidade aponta a importância dos serviços de saúde estar habilitados e organizados de forma a abrangerem toda a população, e principalmente aquelas moradoras de locais de difícil acesso.

Os três primeiros, eu morava na campanha, não tinha jeito de ir ao postinho, nem tinha postinho lá. Eu comecei a ganhar nenê eu tinha 22 anos, só fui na cidade para ganhar o último. Ganhei o nenê e vim embora pra casa. Eu sabia que tava na hora de ganhar o nenê, por causa que me dava dor. Essa de trinta e poucos anos que botei aqui que me deu problema. Eu ganhei na campanha e chovia muito. E eu fiquei dois dias com a placenta, porque não dava pra ir pra cidade porque chovia muito, e não tinha como. Ganhei em casa e fiquei muito mal. O parto foi bem, mas depois eu fiquei mal, tive hemorragia porque a placenta ficou até eu poder ir no médico pra tirar. Fiquei entevada um tempão, entrei em coma por causa que me deu tipo infecção. Só dessa que eu fiquei ruim e da última agora que eu fiz cesária também porque me deu hemorragia antes. (Doca)

Ao observarmos as falas de Doca, podemos refletir em como tornar possível a garantia de atenção para a mulher em um contexto de acesso tão limitado (zona rural). Se a Constituição Federal garante saúde para todos, o Estado terá que oferecer também à população das áreas rurais as mesmas ações que possibilitem a integralidade da atenção. Pois é possível que a mulher deseje e tenha conhecimento da importância de atitudes de prevenção e promoção da saúde, mas a dificuldade de acesso e acessibilidade limita a busca pela assistência.

Demora na resolutividade dos exames solicitados e a burocracia dificultam a relação da usuária com o serviço de saúde e caracteriza um comprometimento da acessibilidade socio-organizacional e, portanto, da integralidade na atenção a essa mulher.

Esses exames eu fiz particular, ia demorar mais pelo SUS. Não que eu não quisesse o SUS, eu que fiquei receosa de esperar, porque pela marcação ia demorar uns dois meses para ser feito cada exame e alguns eu nem conseguiria pelo SUS. No caso a urografia excretora, essa não tinha como fazer pelo SUS. Aí fiz os exames todos particular e dentro de um mês estavam prontos, mas eu nem me importei até para ter os resultados na hora. Queria fazer o diagnóstico certo. Eu fiquei mais tranqüila, pois pelo SUS demorava, e de repente ainda vem errado. Fiz os exames veio o resultado da biópsia, aí me chamaram lá no ambulatório. (Letícia)

Assim, em alguns casos, a busca pelo acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico, a mulher precisa fazer exames que não são disponibilizados pelo SUS. Na impossibilidade de pagar pelo exame, o familiar aciona o Secretário da Saúde, que agiliza o exame.

Entre a coleta do material para a biópsia e o resultado levou mais ou menos um mês. E aí nesse meio tempo eu tava fazendo os exames porque ela deu um monte de exame, ultra-som, exame de sangue. O primeiro que fiz tirava um pedacinho né... Depois eu fiz outro exame que nem pelo SUS tinha. Aí a minha irmã falou com o Secretário da Saúde, deu em cima, né... disse que o meu problema era grave e não podia esperar, no SUS não tinha e eu não tinha condições de pagar. Aí então eles ligaram pra o ambulatório da Faculdade de Medicina, o pessoal da Secretaria de Saúde mesmo agendaram uma consulta. Acho que a minha irmã foi dia 18 e conseguiu para o dia 31, foi numa segunda-feira e, na quarta-feira, aí consegui. Consultei com um médico lá na Faculdade de Medicina no Frágata, aí fiz o exame lá na Santa Casa. (Vera)

Esta situação, certamente “atípica”, coloca em pauta a atenção proporcionada fora dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que sustentam o SUS, mas ainda presente na prática dos serviços de saúde, principalmente pelos “usuários privilegiados do SUS”, ou seja, os que dispõem de recursos para acessar o sistema fora do fluxo usual de atendimento. Seria adequado pensarmos como propõe Donabedian (1973) quando pontua que a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não dos serviços de saúde, mas incorpora também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades dos usuários. Assim, poderíamos refletir sobre que estratégias poderiam ser pensadas para possibilitar atenção necessária e oportuna de forma a reduzir o risco de agravamento da doença, sem recorrer a padrões clientelísticos para o acesso a recursos de saúde?

Não temos uma resposta objetiva a essa questão, mas o exercício da participação e controle social poderia ser uma alternativa para o enfrentamento de situações como essa.

É pertinente observarmos que a ampliação da cobertura dos serviços de saúde e a continuidade do atendimento à mulher implicam na articulação entre os diferentes serviços e níveis de atenção, bem como a troca de informações entre os trabalhadores em saúde, que favoreceriam a garantia da integralidade do cuidado.

Por outro lado, na fala de Maria podemos também observar que existe aparente desarticulação entre os serviços, o que pode nos levar a pensar na falta de integração da rede. É relatado pela mulher, como maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde, a burocracia para marcar e realizar os exames e tratamento, o que pressupõe uma desorganização do sistema.

O problema é o desgaste na gente, a burocracia é enorme, dá uma canseira... vai aqui, vai ali, né... Chega na metade, a gente tá cansado, desanimado... Às vezes eu andava na rua que parecia um zumbi, mas aí eu pensava: "Eu tenho que ir, eu que tenho que ir lá marcar, eu tenho que ir lá fazer o exame, então não adianta". "Devagarzinho mesmo eu ia, porque era eu que tinha que fazer, eu que tinha que encaminhar". Então não adiantava, tinha que levantar a cabeça e ir devagar. Mas é tudo muito desencontrado, as pessoas de um serviço não sabem nada do outro, aí te mandam de volta pro médico porque um exame tá com uma palavra mal escrita, tudo longe, é cansativo... Passei todo julho caminhando, todo julho, marca aqui, marca ali, vai ali, busca ali... todo julho e agora todo agosto. A Rádio, né... todos os dias vir pro centro, todos os dias. (Maria)

Para Maeda (2002) a articulação apropriada entre os diferentes níveis de atenção possibilita não só a transferência dos usuários à assistência que necessitam, mas também o intercâmbio das informações. Esse apoio técnico-administrativo promove o funcionamento adequado dos níveis de atenção e apóia os mecanismos de referência e contra-referência, bem como a continuidade e longitudinalidade da atenção à saúde das mulheres.

Neste estudo, com relação à referência e contra-referência parece haver uma desarticulação da rede de atenção, impondo à mulher trocar de cidade a fim de começar o tratamento de forma mais rápida, ou mesmo para enfrentar as questões burocráticas para a realização dos exames.

Não é fácil, a gente caminha muito, muito mesmo, é tudo muito longe, muito papel, muita autorização... E às vezes tu perdes um exame porque o doutor esqueceu de carimbar. Quando eu penso, até me desanimo, não sei como consegui, pois tem marcar exame aqui, ali, lá, tem que pedir guia de autorização lá do outro lado da cidade e depois retorna pro centro, pra marcar exame. É corrido, mas tudo bem que é antes, porque se durante o tratamento eu tivesse que andar tanto como andei, eu acho que não faria. Sabe são muitos exames é isso até tu começar mesmo o tratamento. Demora, sem contar que tu repete tua história em todo o lugar que vais

pedir autorização. O governo tinha que colocar tudo no mesmo lugar; facilitaria em muito a vida do povo. (Vera)

É, tive que me mudar, pois, se assim não fizesse, talvez eu termine o meu tratamento quando vir a ordem para eu poder fazer o tratamento lá em Jaguarão. Tem problemas na saúde lá, não tem problema no ônibus, pois ele vem todo o dia, vem e volta só que é 6h. Nessa parte, não tem como se queixar. Para trazer e levar tem só que não coincide com o meu horário. Como vou passar todo o dia aqui, não tenho dinheiro, o jeito foi me mudar mesmo. (Neusa)

Pinheiro (2001), em seu estudo sobre as práticas cotidianas de saúde, ao se referir à implantação e implementação de um sistema de referência e contra-referência efetivo, diz ser necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo de usuários e de informações técnico-científicas. Para que o sistema funcione, faz-se necessária a difusão de conhecimentos, em prol da melhoria da qualidade do atendimento realizado no nível local, já que a capacidade resolutiva dos níveis de atenção está diretamente relacionada com a eficácia e a efetividade das tecnologias do primeiro nível, ou seja, da atenção básica (PINHEIRO, 2001, p.74).

Neste estudo, o encaminhamento para o serviço de referência mostrou-se demorado, necessitando da pressão e ameaças dos familiares, para que o processo fosse agilizado.

O doutorr me disse que teria que baixar para fazer alguns exames. Aí eu voltei para Jaguarão e telefonava para ver se tinha leito. Mas nunca tinha leito. Aí um dia, o meu marido disse que ia botar eles lá em Jaguarão na justiça. E rapidinho, assim do nada, eles conseguiram leito aqui e me baixaram, me passaram para o doutorr da radio e com ele que estou me tratando. É... foi preciso meu marido ameaçar, ir na rádio fazer denúncia. Aí, lá em Jaguarão se mexeram rápido, mas essa fofoca toda durou uns três meses, pois eu internei foi em outubro. (Vera Lucia)

Retomando a questão do acesso e acessibilidade, Travassos e Martins (2004) assinalam que a utilização dos serviços de saúde é resultado da interação do comportamento da pessoa que procura o cuidado e do trabalhador de saúde que a conduz dentro do sistema de saúde, “O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde e os profissionais são responsáveis pelos contatos subseqüentes”. (TRAVASSOS; MARTINS 2004, p.5190).

Nesse momento, as questões anteriormente pontuadas por Pinheiro (2001) quanto à existência de uma rede de referência e contra-referência resolutiva entre os níveis de assistência fazem sentido, como sustentação para a integralidade no atendimento às necessidades das mulheres, uma vez que a atenção para ser efetiva precisa ser realizada em outros pontos da rede de atenção à saúde.

Na fala de Marta, há falta de remédios e de profissionais na UBS, que não dispõe de médico nem enfermeiro, e a mulher tem que se deslocar para ser atendida em outra unidade de saúde, fora de área de residência.

Agora não estou gostando muito, pois minha filha vai ali consultar e nunca tem médico nesse postinho, nem enfermeira, remédio, principalmente remédio. O doutor me receitou um remédio para enjô e outro para ir aos pés e, naquela época, eu não tinha dinheiro para comprar. Fui no postinho e não tinha, aí a assistente social da associação me arrumou. Melhor seria fecharem este posto. Eu digo pra minha filha ir no outro, pois, neste daqui da vila, eu não vou mais e não confio. Mas o pior é que todo mundo começa a falar mal do SUS, mas o atendimento deste posto é que é ruim. Lá no Navegantes, onde vou é ótimo, o médico me recebeu super bem. Agora só consulto lá. (Marta)

No contraponto, o modelo assistencial hegemônico não é mais possível, face ao conjunto de demandas para a área da saúde, que muitas vezes extrapolam o recorte biológico, sendo necessária a organização dos serviços de saúde de forma a contemplar maior alcance da integralidade “como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2001; p 57).

A expectativa das mulheres, com relação à organização dos serviços de saúde, dizia respeito à resolutividade no atendimento de suas necessidades de saúde e o papel do Estado no investimento de recursos para a saúde. Preocupam-se com a organização e gerenciamento desses recursos e com a capacitação dos trabalhadores, a fim de garantir um atendimento digno à população.

Não espero muito não, pois sei que tudo é difícil, mas eu gostaria que as coisas fossem mais rápidas e também que a gente tivesse o remédio no postinho, pois aqui todo mundo é muito pobre e então se compro o remédio não como. Por isso, rezo muito para meus filhos continuarem com saúde, mas a saúde está precisando melhorar mesmo. (Vera)

Eu espero que o governo crie mais postos de saúde pra atender melhor às pessoas, pois não é só tratar as doenças, precisa de profissionais qualificados para ouvir as pessoas. Agora que estou boa, te digo que, muitas vezes, tive que fazer vistas grossas pra não brigar com as pessoas que atendiam. Não a mim, mas outras pessoas que estavam querendo uma informação e até em tratamento. Eu sei que o SUS é de graça, mas educação a gente tem que ter sempre, e tem pessoas que não sabem trabalhar com gente. Tô falando de todo mundo, médico, enfermeiro, agente de saúde, todos... tem uns bons, mas tem uns ruins também. (Marcele)

Para garantia de atenção integral e, portanto, da integralidade, é necessário que os serviços de saúde não respondam apenas às demandas das doenças da população, mas se organizem de forma “a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem” (MATTOS, 2001;p 57), o que pode em determinadas situações não levar à ampliação do número de serviços disponíveis, mas a transformação de sua lógica de atenção.

A relação com os trabalhadores de saúde é um ponto a ser observado para a melhoria do acesso aos serviços de saúde, pois a construção organizacional do serviço deve contemplar o acolhimento. No meu ponto de vista, isso é fundamental para que a mulher se perceba como sujeito, nas várias etapas do processo de diagnóstico, tratamento e “cura”.

Ao pontuar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o mau atendimento por parte dos funcionários, que pareciam “estressados e sem paciência”, provocam na mulher sentimentos de revolta, por se sentir desconsiderada. Para Starfield (2002), acessibilidade não é um requisito apenas da atenção básica, pois todos os níveis de atenção deveriam ser acessíveis. Porém “a incerteza em relação à urgência e à severidade de problemas recentes ou recorrentes torna a facilidade de acesso ao atendimento um aspecto importante para a atenção às pessoas” (STARFIELD, 2002, p.225).

Na Secretaria de Saúde, todas as vezes que precisei ir lá por um exame, o papel chega ali e pára. Se eu lhe dizer que tive de fazer uma mamografia e um ultra-som e isso fez um ano em outubro, e até hoje eles não me chamaram para fazer o exame... Isso impede muito a gente de ter um bom tratamento. Emperra ali. Chegou ali e, se tu vai falar e pedir alguma explicação, simplesmente eles te largam assim de escanteio, como se tu não fosse nada! Eu já sai dali chorando algumas vezes... Eu cheguei lá para pedir um exame com urgência e ela pegou e marcou "Só para daqui a dois meses." - mas é com urgência! Eu falei. Aí ela respondeu bem grosseira: "Teu doutor não sabe que não existe urgência? Se vai tratar todo mundo com urgência, como vai ficar a situação?". São hiper estressados, e aí tu fala: Mas eu preciso! Eles nem te ligam! Isso revolta a gente, pois somos humanos, mas tratados pior que animal. Fui fazer uma colonoscopia porque estava sangrando pelas fezes. Aí fui ao centro de saúde e perguntei quanto tempo ia levar. E ela me disse: "Daqui há uns 8, 9 meses.". Aí peguei a minha requisição e voltei no H.E, falei com a Assistente Social, pedi para ela trocar a requisição e, na mesma hora, marquei para uma semana depois. E uma semana porque eu tinha que fazer os procedimentos, como limpeza do intestino, a Secretaria da Saúde é o desencanto de tudo. (Silvana)

O contraponto com relação à distância pode ser observado na fala de Marcele, que preferiu caminhar mais, mas ser atendida em outro serviço que apresentou maior resolubilidade no atendimento de suas necessidades de saúde. Ela sentiu-se acolhida no serviço de saúde.

Como eu continuava com dor na barriga, e que aumentavam quando tinha relação com meu marido... doía tanto, que eu já andava fugindo dele... Aí ele me deu uma bronca e me mandou consultar em outro lugar, pois no posto não estavam acertando. Fui consultar no ambulatório da Faculdade de Medicina, pegava dois ônibus pra chegar lá, mas sem problemas. O negócio é que eles resolveram meu problema, descobriram o câncer e fiz o tratamento, tudo lá. (Marcele)

Dificuldade na busca de atendimento à doença por não conhecer a cidade e os recursos existentes; dificuldade de adaptação e aceitação da doença; dificuldade de ter escuta qualificada para além dos sinais e sintomas, dificuldade de acesso à informação e recursos. Acessibilidade comprometida em todas suas dimensões, afastando a mulher de obter assistência integral.

[...] lentamente vou ganhando a confiança de Vitória e, quando me dou conta, ela já está me contando sua trajetória pelos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino. Relata muita dificuldade no atendimento, em função de conhecer pouco a cidade, isto "atrapalhou muito", pois algumas coisas poderiam ser melhor agilizadas, se eles conhecessem a cidade [...] reclama que, além da doença (Nunca fala a palavra câncer!!) que modificou muito sua vida, teve que sair da cidade onde nasceu e cresceu, por falta de recursos para o tratamento. Está morando na casa de uma cunhada e sonha com o término do tratamento, para retornar à sua cidade. Relata muita dificuldade para

obter informações precisas sobre onde, como e de que maneira fazer o tratamento. Diz: “A cidade é muito grande [...]” (OBS. Joaquina, 05/07/2006)

Durante o período de observação, algumas situações que reforçam as questões de acesso, principalmente relativas ao acesso socio-organizacional e sociocultural (DONABEDIAN, 1973; FEKETE, 1997), foram encontradas.

No acompanhamento da mulher no serviço de radioterapia vivenciei situação de dificuldade de acesso como “observador participante”, pois a rigidez na organização do serviço de saúde, com relação à presença do acompanhante descumpriu a norma a Política Nacional de Humanização que preconiza o direito a acompanhante de livre escolha do usuário. A experiência permite dizer que não havia preocupação com as necessidades do usuário, a norma era mais importante (BRASIL, 2004d).

Neste momento, fomos interrompidas pela chamada para passar à sala de radioterapia. Eram 08h10min, nos dirigimos à sala e, na porta, tentei acompanhar Rose. Mas fui bruscamente impedida pela Auxiliar, que disse: “Familiar? Acompanhante não pode entrar.”. Tentei argumentar meu papel ali, sem sucesso. A Auxiliar fechou a porta na minha cara! (OBS. Rose, 31/10/06)

Nota da pesquisadora: Enquanto aguardava o retorno de Rose, fiquei imaginado se eu fosse efetivamente o acompanhante de Rose e quisesse mesmo acompanhá-la... Não seria um direito meu e dela? Olhei para a sala de espera repleta de pessoas e pensei: Quantos ali sentados seriam acompanhantes? Olhei para a prima de Rose, que fez uma expressão do tipo: “É não se pode entrar aí”. Aproximei-me dela e perguntei: Ninguém pode entrar? “É...” - ela respondeu - “a gente vem só até aqui a sala de espera, é rápido logo Rose volta”. Observo a fisionomia de resignação e passividade. (OBS. Rose, 31/10/06)

A rigidez na organização do serviço de saúde, porém, podia ser alterada se o profissional médico liberasse. Então a regra podia ser quebrada. É a hegemonia médica presente não só na terapêutica, aqui também, na organização do serviço de saúde.

Não demorou muito, a Auxiliar que havia me impedido de entrar na sala se aproxima meio sem jeito e pede desculpas, porque não sabia que eu estava realizando uma pesquisa com as mulheres com câncer de colo uterino e que o doutor havia lhe dito que eu tinha livre trânsito no serviço e, portanto, eu poderia entrar na sala de atendimento. (OBS. Rose, 31/10/06) Nota da pesquisadora: a identificação de minha pessoa como

pesquisadora facilitou meu acesso e o acompanhamento de Rose, mas também pude observar que os funcionários estavam bastante solícitos e preocupados em passar uma boa impressão, principalmente a funcionária que havia barrado minha entrada anteriormente.

Percebo que o acesso aos serviços de saúde é de importância para o reforço do entendimento de que saúde compreendida a partir da produção social do processo saúde/doença/cuidado, de modo que a garantia do acesso aos serviços contribui para que o usuário se faça presente no sistema como sujeito de necessidades e direitos, não apenas pelo uso do serviço, mas, sobretudo pela sua participação no processo de cuidar.

3.2.3. A busca de resolução do CCU – o encontro com uma atenção centrada no procedimento e/ou queixa da mulher

Para o Ministério da Saúde e alguns autores que têm discutido o trabalho em saúde (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2005, p.83), “não precisamos nos condenar ao peso da dor, do sofrimento, das carências, nem podemos nos limitar ao uso dos instrumentos, ausculta, palpação no trabalho em saúde. Precisamos sim inventar formas de aprendermos a ver e ouvir afetos e vivências, ressignificar o próprio trabalho e recriar a vida. Precisamos de leveza...”.

Tais concepções sobre o trabalho em saúde apontam, com uma certeza absoluta, para que precisamos mudar nossa postura quanto à forma de trabalhar em saúde, a partir de uma dada concepção do processo saúde-doença-cuidado. Atualmente, grandes mudanças no espaço de atendimento nos serviços de saúde estão em curso, pois as pessoas não aceitam mais serem reduzidas a números, coisas, objetos ou doenças.

Assim, nos últimos anos, assiste-se ao surgimento de um novo enfoque no discurso e na tentativa de viabilizar práticas sobre a saúde e a doença sob o ponto de vista dos usuários. A percepção dos processos de agravos à saúde nos remete

às subjetividades tanto dos usuários como dos trabalhadores, e nos leva a perceber que as doenças e suas representações sociais estão intimamente ligadas e dependentes do tipo de sociedade em que são produzidas. Essas reflexões ajudam a conhecer o caminho percorrido pelas mulheres com diagnóstico de CCU, compreender suas escolhas e articulações com os serviços da saúde disponibilizados para o seu atendimento, considerando o conjunto de valores, normas, regras sociais e modelos culturais das mulheres entrevistadas.

A entrada da mulher no sistema de saúde, na maioria das vezes, está ligada ao aparecimento de alguma alteração em sua saúde, uma disfunção que se faz presente e é identificada por ela. As mulheres referiram a realização anual do exame preventivo do CCU (embora no conjunto das entrevistadas, oito mulheres tenham referido nunca ter realizado o exame pré-câncer), porém, a descoberta do câncer se deu quando da busca ao serviço de saúde por outro motivo.

Bem eu sempre fiz todos os anos e aí que vem minha surpresa, quando o médico me examinou e disse que eu estava com um problemão. Eu fui consultar para minha pressão no postinho, como ia toda semana e, do nada, estava na sala de espera e comecei com uma dor insuportável na barriga, tipo cólica menstrual. Mas era uma dor muito forte! Aí a enfermeira, que é muito minha amiga, disse: “Djanira, vou te encaminhar para o doutor te examinar, pois a troco de quê essa dor?”. Eu suava frio e só queria ir pra casa me deitar, mas ela insistiu e tive que esperar pela consulta. Aí achei chato com ela não ficar, mas na realidade eu queria ir embora. Já era o câncer se manifestando, mas o doutor me medicou pra dor e me encaminhou pro ginecologista. (Djanira)

Foi feito em junho 2003, no posto de Saúde. Fui consultar, porque tinha muita coceira na vagina e estava fazendo ferida. Falei com a enfermeira chefe do postinho sobre isso e ela me mandou consultar. Aí me obriguei a ir no postinho. Eu tinha muita dor por dentro e aquela coceira que não cessava tinha um cheiro de podre horrível! Eu me lavava direto e o médico me examinou e disse que eu tava com uma ferida grande no útero. Me deu remédio, mas começou cada vez pior, cada vez pior, e aí começou o sangramento... Eu pensei: Tem alguma coisa errada, estou menstruando e faz anos que não vinha mais. Aí eu fui consultar e o doutor fez o exame e já foi me dizendo que não gostou do que viu, já era o câncer. Busquei o resultado em 20 dias e confirmou a doença. (Elvira)

As narrativas apontam que a procura por atendimento nos serviços de saúde acontece, quando aparece o agravo à saúde. O serviço de saúde é visto apenas para tratamento da doença, cabendo aqui uma ressalva, no sentido de refletirmos

que a atenção historicamente ofertada esteve, a partir do século XIX, centrada nesse aspecto. O diagnóstico da doença, muitas vezes, é feito na unidade de saúde, mas os trabalhadores de saúde ainda estão “amarrados” ao atendimento da queixa da mulher, o que proporciona a transferência para a especialidade “Já era o câncer se manifestando, mas o doutor me medicou pra dor e me encaminhou pro ginecologista” (Djanira)

A mulher percorre os serviços perdendo a confiança nos profissionais da unidade de saúde. Ao não se envolver com o contexto de vida dessas mulheres, o trabalhador de saúde perde a oportunidade de investir nas ações de prevenção de outros agravos a saúde dessa população. Acredito que, sem a formação do vínculo, a perspectiva da longitudinalidade da atenção e a integralidade ficam comprometidas..

A fala de Marta ilustra essa questão, pois o aparecimento da doença se deu por meio de alterações súbitas (hemorragia). Ela buscou consulta médica em outra unidade de saúde, por não mais confiar no atendimento daquela que é próxima a sua residência, em seu bairro.

O aparecimento da doença foi assim... Eu tinha uma pessoa e, quando mantinha relações com essa pessoa e vinha um sangramento, como eu não tinha dor, eu pensei que estava parando a menstruação. Era um sangue vermelho e eu pensei: “Será que já é por menopausa?” Nessa época, a minha mãe era viva e disse: “Não, mas isso é normal.”. Eu tive um ano assim. Me assustei quando, um dia, eu tava na cozinha lá no meu serviço trabalhando, quando tive hemorragia e botei uns pedaços de carne, parecia aqueles bife de fígado. Aí me apavorei, peguei uma toalha e coloquei, e o sangue escorria. Mas, meu Deus do céu, o que é isso? Me apavorei, fui tomar banho, me lavei várias vezes e parou. Eu disse pra minha patroa: “Vou ter que procurar um médico, vou no postinho”. Aí troquei de postinho, não é possível, eu ia no Navegantes e fui no postinho do Cruzeiro. Chegou lá e a doutora na hora de me examinar e colocar o dedo, ela disse: “Mas Marta, tu estás com uma coisa... o meu dedo está trancando... isso não é normal, tu não tens dor?” - eu disse: Não, não tenho dor. Aí expliquei pra ela como é que eram as minhas relações. Aí quando ela tirou o dedo, ela tirou a luva toda cheia de sangue vermelho, não é um sangue de quando a gente tá menstruada, não é. Aí ela pegou e disse: “Vou te encaminhar para outro médico.”. Aí ela me encaminhou para outro médico. (Marta)

A ida e vinda de um serviço a outro, somadas à ausência de informações mais precisas, que permitam à mulher compreender a necessidade de ações de

saúde, para além do atendimento das queixas, retarda a possibilidade do diagnóstico precoce e da intervenção mais ágil, em relação ao câncer.

Fui consultar no posto com o médico ginecologista. Aí me mandaram fazer uns exames e não parei mais. Fiz exames ginecológicos, ultra-som, Raios X, isso tudo, todo tipo de exame. aí começou pra lá e pra cá, e não parei mais, e assim foi indo. [...] Sim, tudo pelo SUS, porque pagar de que jeito? E levei para o médico e, nesse meio tempo, me operaram. É tiraram o útero, pois eu não parava de sangrar, e mandaram para Porto Alegre, e fiquei esperando. Eles só me disseram que tinham que tirar o útero porque eu ia morrer sangrando, mas eu achei que tirando o útero tava tudo pronto. Nesse meio tempo quando veio o resultado, toca a correr novamente pra começar o tratamento na radio e quimio. É um atropelo, muita angústia, porque os médicos não te explicam, vão te colocando nas máquinas e vai embora. (Doca)

O acesso ao tratamento é, portanto, recheado de idas e vindas, no caso de Doca, várias são estas idas e vindas para fazer exames e antes mesmo dos resultados, já se submete a uma intervenção cirúrgica para retirada do útero. A fala de Doca “... começar o tratamento na radio e quimio, é um atropelo, muita angústia porque os médicos não te explicam, vão te colocando nas máquinas e vai embora” nos leva a reflexão da falta de humanização do cuidado.

Mattos (2007)⁶ discutindo sobre humanização, traz que quando o olhar do trabalhador de saúde está centrado na doença, ele passa a agir numa redução, ou seja, reduz o sujeito à doença. É um tipo de redução pela manipulação do corpo na execução da técnica, assim o trabalhador de saúde acaba por esquecer que está lidando com outro ser humano.

A busca pela atenção dentro dos serviços de saúde é caracterizada, portanto, pela ausência de informação e desconsideração da mulher como sujeito que, pode estar presente efetivamente na decisão e opção pelo tratamento, a partir das informações que dispõe.

Levei os vidrinhos no Lapacit, 15 dias marcaram pra eu ir buscar o resultado [...] Levei pra doutora Ly de volta, ai ela achou que deu pouco resultado e mandou eu fazer a segunda vez. Fiz duas vezes biópsia, ai na segunda vez

⁶ Conferência: Humanização em saúde proferida no ConTIC-Saúde, Ribeirão Preto, 26/27 de junho 2007.

que deu mais [...] Ai mais 15 dias, era pra uma semana e depois marcava pra outra semana, levei na doutora, ela olhou e disse que não era aquilo bem ali que ela pensava e marcou de volta.[...] É, aí pra outra semana fui e colhi de novo e fiz. Isto me angustiava muito, muito... (Maria)

[...] fui ao plantão no Pronto Socorro. Aí tava a Dra J, [...], ela disse que eu tava com uma dor muito importante e mandou chamar o Dr M, que me examinou e mandou bater o Raio X. Aí o Dr M me mandou fazer um ultrassom com a Dra E, que é obstetra também, dizendo que talvez fosse apêndice aguda. E ela, sem saber "Doutor o que ela tem?" - "Nós vamos ter que abrir e, se não for nada, a gente fecha de novo. Mas tem que abrir, para ver o que ela tem.". Ele diagnosticou que tinha rompido um cisto no ovário direito e aproveitou para tirar a apêndice, que tava querendo ficar meio inchada, com probleminha. Talvez fosse essa a minha dor. Para mim, já era câncer, pelas dores que eu estava sentindo. (Neusa)

Para o entendimento do usuário como sujeito, se faz imperativo, segundo Ayres (2001), a transformação no agir dos trabalhadores de saúde que os afaste da referência de intervenção e os aproxime da noção de cuidado. Afastarmos da identificação do outro como objeto de intervenção, e nos aproximamos dele como um sujeito da relação, para transformar nossa prática pautada na integralidade, implica no reconhecimento da possibilidade do exercício de autonomia e da singularidade do outro, seja esse outro usuário, trabalhador de saúde ou comunidade.

Assim, a definição precisa do diagnóstico e a indicação da terapêutica adequada impôs às mulheres entrevistadas a experiência penosa de muitas idas e vindas, tendo, muitas vezes, de repetir exames e contar suas histórias a vários profissionais, até chegar à terapêutica definitiva.

Não foi o mesmo médico que tinha aberto meu exame, aquele era clínico geral. Eu fui consultar com o ginecologista, aí tive que contar toda a história novamente. Ele me examinou e disse que o útero estava tomado pelo tumor, que ia pedir os exames com urgência, pra começar o tratamento logo. Gostei do médico, era muito atencioso e delicado. Daí que comecei um bate pernas o dia inteiro, pra marcar os exames, depois fazer os exames e depois levar pra o médico ver... Puxa!... Como se caminha... e isto que minha filha me levava de carro! Imagine aquelas pessoas que dependem do ônibus para se locomover! (Djanira)

Na fala de Djanira, a comunicação com o médico da UBS não foi clara. O diagnóstico, a avaliação por mais de um médico (o clínico e o ginecologista) que não conversam entre si, sugerem certo descaso dos trabalhadores de saúde, em manter uma via comunicacional que facilite a troca de informações e priorize a mulher.

Em contrapartida, Neusa mantinha boa comunicação com o trabalhador médico, porém as informações entre os trabalhadores médicos para o acompanhamento da mulher eram falhas comprometendo a integralidade da atenção.

Consultei com o Dr R, porque ele atende pelo SUS na universidade. A consulta para mim foi ótima. Eu cheguei, ele olhou todos os exames e me mostrou: “Olha Neusa, eu não sei o que o teu médico fez lá contigo, o teu ovário não tem nada, ele te tirou o ovário em vão.”. Mas isso é ética profissional e eles não podem fazer nada, cada um faz uma coisa... “Tu não tinhas nada no ovário, o teu problema já era câncer mesmo e está adiantado, mas dá para nós correr e fazer alguma coisa e tu ficar boa.” foi o que ele me disse. Ai fez o exame de toque, eu tive muito sangramento, sangrei bastante no toque, quando ele abriu com aquele aparelhinho, sei lá como se chama... [Espéculo], isso! Colocou aquilo abriu a minha vagina, olhou, disse que tinha coágulos de sangue dentro. Aí ele tirou e sangrou bastante e foi dolorido, passei o dia com dor, mas ele me explicou tudo direitinho e com paciência. O outro médico é que não disse nada, tirou meu ovário e pronto. (Neusa)

Na busca pelo tratamento, as mulheres pontuaram a dificuldade para o diagnóstico, pelo tempo e pela indefinição, a desinformação quanto aos sinais precursores do CCU, a comunicação deficitária com o trabalhador médico, que não dava maiores esclarecimentos, a dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção, e o fato de não conseguir atendimento pelo SUS, impõe o pagamento de consulta, gerando dúvidas e incertezas na mulher.

Foi assim, em abril eu fiz um pré-câncer, eu tava com hemorragia que vinha e parava. Eu disse: “Vou consultar e fazer o pré-câncer, que eu não fiz este ano ainda.”. Fiz o pré-câncer, já tava desde abril com essa hemorragia, eu fiz e a doutora me examinou e não deu nada: “Tá bem, tá ok”, ela disse. Me deu um remedinho para tomar e uma pomada: “Isso aí é que tu estás com uma herpes interno.” - eu nem sabia que existia, [...] aí segui... Depois de um mês, voltei e disse que continuava o mesmo sangramento, até para ter relação sempre doía um pouco, e ela disse que continuava tudo normal. Me deu mais um medicamento e eu segui... Só que daí deslanchou, começou a vir, vir de eu estar parada, vir e correr no sapato. Aí no início de agosto, até então eu não sentia dores... no início do agosto eu tava trabalhando, veio uma cólica fortíssima! Tentei marcar uma consulta no posto e não consegui, aí eu marquei com outro médico, só que no consultório dele particular, não podia esperar pelo SUS. Aí ele olhou e disse: “Não, não tenho nada de bom pra te dizer, o teu caso tá muito feio, vamos fazer uma biópsia na segunda.”. Aquilo era uma sexta-feira... - “Mas acho que isso aí é uma caminhada bem longa, não gostei do que vi.” Me assustou bastante! Aí realmente eu pensei: Será que pelo SUS eu iria saber dessa doença? Fiquei muito angustiada, porque olha quanto tempo eu perdi! (Fernanda)

A questão do pagamento de consulta particular, já discutida em momento anterior, tendo sido sempre pontuada, pela mulher como garantia de agilidade no atendimento. A internação surgiu como alternativa para solucionar o sangramento, mas ela saiu do hospital com a mesma queixa. A mulher não foi informada sobre sua doença, nem dos procedimentos realizados. As falas abaixo permitem observar que os trabalhadores desconhecem o princípio da integralidade como boas práticas de cuidado e atenção.

Não, eu fui na Liga do Câncer primeiro, depois lá ambulatório. O doutor da Liga marcou pra lá, mas aí demorava um monte de tempo e eu já tava no último, né... tava perdendo todo sangue, era a mesma coisa que despejar. Aí paguei uma consulta com a Dra Ro, paguei oitenta reais. Ela falou com uma doutora conhecida dela lá do Ambulatório. Aí a doutora lá me atendeu, achou que a coisa era grave e falou com a Dra Ro se ela não conseguia me baixar na Santa Casa. Aí fui só no Bloco, pra colocar uma sonda no rim, porque ela disse que eu tava com um rim perdido e, pra salvar o outro, tinha que colocar a sonda e também para parar o sangramento. Mas não deu certo. Fiquei três dias com aquilo e tiraram, porque diz que não deu certo. Aí sai do hospital do mesmo jeito que entrei, sempre sangrando. Mas não me explicaram nada sobre o que tinha. (Nancy)

Na realidade, se em 2002 eu tivesse levado o exame para minha médica, já teria feito a constatação da doença. Mas aí, em 2003, quando repeti o exame e levei naquela médica que me atendeu super mal, na mesma semana marquei consulta particular com Dr.YY. Aí foi rápido e, no consultório mesmo, ele já me disse que eu tinha a doença e que teria que fazer um tratamento longo. Foi no susto mesmo! Mas já agilizamos os exames para começar breve o tratamento. (Dalva)

Porém, a resolutividade dos serviços de saúde, bom atendimento e comunicação precisa dos encaminhamentos também são pontuados pelas mulheres entrevistadas, embora às vezes, tenham sido relacionados à sorte e não ao atendimento adequado e de boa qualidade do SUS.

Foi o tempo de pegar a ambulância e chegar no hospital, [...] foi no mesmo dia e na mesma hora, atendimento imediato. Cheguei no Clínicas, fiz a minha ficha e me encaminhei para o setor do Ginecologia. Aí lá esperei, acho que tinha 2 ou 3 pessoas na minha frente, mas não demorou muito assim, logo fui atendida, muito bem atendida por sinal. Tinha um médico residente e a profissional, deve ser a médica chefe, alguma coisa assim, e eles me examinaram e me olharam todos, me examinaram, fizeram um exame bem completo. Aí ela disse, a médica chefe: "Olha, acho que ela vai ter que fazer uma biópsia. É provavelmente um tumor de colo uterino". (Letícia)

Tudo normal, eu não sei se tive sorte ou azar, mas acho que foi sorte, porque eu saí do posto, fui para o CERON e lá eu conversei com o doutor que foi direto, não escondeu nada. Eu estava sozinha e ele falou: "Sabes o que tu tem?" – Sei – "Como tu sabes?" – Eu sei! Me examinou e disse que o tumor era visto a olho nu, mas que iria fazer uma biópsia para confirmar. Eu disse que sabia que era um câncer, fiz a biópsia no consultório mesmo e ele mandou para exame. Com quinze dias, veio o resultado e já comecei o tratamento. Posso te afirmar que não tive nenhum problema para ser atendida, não paguei nenhum exame e fiz todo o tratamento pelo SUS e sem nenhuma dificuldade para marcar os exames ou consultar. Até, por sinal, eu fiz um exame ontem e amanhã já está pronto, então até nisso eu dei sorte, porque tem pessoas que fazem os exames e esperam um mês e às vezes mais, até. Eu sei de pessoas que têm dificuldades, eu não tive dificuldade nenhuma, não sei o que aconteceu, não sei se era para mim me curar ou se foi sorte, não sei... Eu sei que eu entrei lá e não tive dificuldade nenhuma. (Laídes)

Outro dado interessante do estudo, diz respeito às atitudes da mulher que dificultam a busca pela atenção nos serviços de saúde. A vergonha em perguntar sobre suas dúvidas e de se posicionar quanto ao não entendimento da terapêutica instituída, acaba por comprometer a compreensão das orientações recebidas. A dificuldade em expressar suas dúvidas poderia ser amenizada com a utilização das tecnologias leves (MERHY, 2000), por parte dos trabalhadores, favorecendo o diálogo com essa mulher, proporcionando a escuta e acolhimento às suas necessidades.

A burocracia também é muito complicada e, no meu caso, outra coisa que pesou muito é que sou muito envergonhada e as dúvidas que eu tinha não tinha coragem de perguntar pro médico. Me parecia que ia dizer besteira, e eles falam com termos que não tinha a mínima idéia. (Elvira)

Aí eu fui consultar, mas tinha muita vergonha, até pelos abortos que provoquei. Sabe, parecia que, nos olhos deles, eles me diziam que o que eu estava passando era pagamento. Mas era muito jovem, hoje jamais faria. Então eles falavam um monte de coisas que eu não compreendia, mas ficava quieta. Às vezes chegava em casa e perguntava pro meu marido sobre os remédios, quando não tinha que ir no postinho falar com a enfermeira que é muito legal. Ela me explicava direitinho. (Marcele)

Os “olhos” apontam para a culpa sentida por Marcele, traduzida por “[...] parecia que nos olhos deles eles me diziam que o que eu estava passando era pagamento [...]”. No contexto das falas acima, vale salientar que o trabalhador de saúde deveria estar atento às outras “faces” da queixa de mulher, trazendo para relação trabalhador/usuário o diálogo, a escuta, como ferramentas para o alcance da

integralidade da assistência. A mulher, por sua vez, poderia assumir o papel de sujeito e valorizar suas inquietações, buscando esclarecê-las junto aos trabalhadores de saúde e, assim, interagir e participar do seu processo terapêutico.

Afinal, conforme Mattos (2001, p.61)

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer na organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

A figura do trabalhador médico surge soberana nas escolhas a serem seguidas pelas mulheres, pois é ele que determina ou aponta as condutas a ser seguidas pela mulher. Essa por sua vez, pouco ou nada altera nesse processo. Sendo que falas do tipo “fiz o que o doutor determinou, ele que me disse o caminho que tinha que fazer” (Marcele) ilustram essa dependência do saber médico. Sem dúvida, é esse profissional que historicamente é responsável pela definição do diagnóstico e tratamento, contudo, exercitar um olhar mais atento a essa mulher portadora de necessidades, com abertura para o diálogo, pode facilitar o processo de produção de cuidados.

Angústias e incertezas quanto à doença, os erros de diagnóstico, as propostas terapêuticas e a possibilidade de “cura” levam as mulheres expressarem: “caminhar de um lado para o outro” (Marcele); “andei em um monte de lugares até começar o tratamento” (Doca). Elas nos fazem pensar na forma como os serviços de saúde estão organizados para contemplar a integralidade, como princípio do SUS que prima por olhar para o sujeito como único, indivisível, e para as unidades prestadoras de atenção à saúde, independente de seu grau de complexidade, como capacitadas para prestar um atendimento integral numa rede articulada de atenção.

Para Cecílio (2001), repensar aspectos da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde

significa pensar na equidade e na integralidade como conceitos importantes na atenção à saúde. Para o autor, o atendimento das necessidades de saúde das pessoas só é possível, por meio do esforço das equipes de saúde em traduzir e atender essas necessidades complexas, que devem ser atendidas e captadas na sua expressão individual. O autor considera que isto é integralidade: um esforço que tem que ser realizado por cada um dos trabalhadores e pela equipe como um todo.

Ainda, Cecílio (2001) traz a idéia de que a integralidade da atenção deva ser trabalhada em três dimensões: integralidade focalizada, integralidade pensada em rede, integralidade ampliada. A *integralidade focalizada* considera que o serviço de saúde tem um espaço delimitado e singular. Nesse pensamento, a integralidade é o resultado do esforço e do compromisso de cada trabalhador de saúde e da equipe.

A *integralidade pensada em rede* não se dá em um único lugar, porque as tecnologias em saúde para a melhoria e prolongamento da vida e a melhoria das condições de vida são algo que requer um esforço em nível intersetorial, de forma a se provocarem novas reflexões e novas práticas da equipe de saúde e de sua gerência.

A *integralidade ampliada* é a articulação em rede de forma institucional, intencional, processual, a partir das necessidades das pessoas, sendo complementar e dialética, em relação à “máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros” (CECÍLIO, 2001, p.120).

Essas concepções de integralidade trazidas por Cecílio (2001), induzem a reflexão, sobre o modelo de atenção presente ainda no SUS, centrado nos problemas de saúde, traduzidos em agravos e/ou queixas e procedimentos. Entendo que, a utilização de tecnologias duras e leve-duras, certamente são necessárias à prestação de assistência adequada e resolutiva, mas precisam ser

complementadas pelas tecnologias leves, ditas relacionais, de modo a permitir a efetivação da integralidade da atenção, na direção trazida por Cecílio (2001).

Assim, a partir das narrativas e das observações pontuadas no diário de campo, foi possível identificar situações, que certamente comprometem a integralidade na atenção à mulher, e que se caracterizam pela ausência de diálogo, de escuta, desconsideração por parte do trabalhador de saúde e uma assistência completamente voltada para o procedimento e/ou queixa da mulher.

As experiências anteriores, em relação ao atendimento que as mulheres receberam, tiveram, na maioria das vezes, o caráter pontual, focalizado na situação ou queixa expressa. Laídes, rememorando sua experiência ao dar à luz, relatou uma boa experiência, mencionando bom atendimento por parte dos médicos, mas, ao mesmo tempo, afirmou não haver diálogo. Aparentemente a assistência estava centrada no procedimento “parto”.

Tive três partos normais, tudo tranqüilo sem nenhuma complicação. Foi rápido, me lembro que o primeiro eu baixei às 14:00h e às 19:00h ganhei. O outro baixei às 09:00h e ganhei às 10:00h. O guri último, quase que ganhei no corredor, lembro que saía caminhando da sala de parto com meu bebê no colo. O atendimento foi muito bom, mas os médicos eram muito fechados, sabe, falavam pouco sobre como era o parto. Me lembro que, do primeiro, eu não sabia nada, foi tudo no susto mesmo, porque os médicos só me diziam: “Faz força, faz força...”. Os outros eu já sabia, então foi mais fácil. (Laídes)

O médico atende centrado no procedimento. A escuta e a comunicação são falhas, gerando descontentamento da mulher quanto à forma de ser atendida.

O doutor mesmo que coletava. Era agendado, assim não era demorado. Antigamente, quando eu consultava, era bem rápido. Agora mudou, tem uma coisa de área, não sei te explicar direito, mas tem agentes de saúde que marcam o exame pra gente. Mas ai é com o médico da tua quadra e o da minha não sabia nada, tanto que nunca viu que eu tinha câncer e eu fazendo os exames direitinho. Como pode, né? Não explicava nada, atendia super rápido, às vezes eu até queria perguntar, mas ele já me despachava logo. Por isso que troquei de posto. (Marta)

“[...] Mas ai é com o médico da tua quadra e o da minha não sabia nada, tanto que nunca viu que eu tinha câncer e eu fazendo os exames direitinho. Como pode né? (Marta)” A compreensão da regionalização como um princípio de organização do SUS está

presente quanto à sua operatividade, assim como nas possibilidades que a mulher encontra para fugir da norma, da regra, quando não se sente adequadamente assistida: “Por isso que troquei de posto. (Marta)”. A busca que parece implícita é por alguém que tenha maiores possibilidades de exercer a escuta e oferecer à mulher acolhimento às suas dúvidas.

A vergonha de Elvira para fazer o exame não foi observada, não houve um preparo para o exame, a privacidade foi desconsiderada e as orientações, se tratadas pelos trabalhadores, não foram captadas pela mulher.

Olha, era mais ou menos uns quatro homens dentro da sala. Eu fechei meus olhos, porque tinha uma vergonha de mostrar minhas partes íntimas pra toda aquela gente. Eu acho que foi o médico quem fez o exame, mas tinha uns estudantes... é que, na realidade, eles são praticamente médicos, não é? [As orientações] Eu não sei quanto tempo fiquei naquela posição horrível, nem lembro direito o que eles falaram. só sei que, quando disseram que eu podia sair da mesa, desci correndo, me vesti cheia de vergonha e fui embora, nem busquei o resultado. Vá que eu teria que fazer de novo, né? (Elvira)

A fala acima atesta a ausência de escuta, de diálogo e a mulher vista de forma fragmentada pelo trabalhador de saúde, situação vivenciada pela maioria das mulheres deste estudo. Mattos (2001) a esse respeito afirma que

Existem profissionais que impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças. Lidam com sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos (MATTOS, 2001, p.62).

Essa falta de escuta e de olhar para a mulher como sujeito, que tem direito ao atendimento integral de suas necessidades de saúde, impulsiona a pensarmos formas diferentes de cuidar. Interessante seria investirmos na relação sujeito/sujeito em todos os momentos das práticas de saúde.

Buscar a integralidade que desejamos, por meio da construção de sujeitos que se colocam como sujeitos ativos e autônomos no seu “modo de andar a vida”, e, assim, impor resistência às práticas tradicionais que habitualmente observamos em

relação aos cuidados de saúde, não é tarefa fácil. Pois necessita de mudanças no modo de ver e sentir, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários do serviço.

Nessa linha de pensamento, poderemos evitar situações como as expressas nas narrativas abaixo, em que a mulher fica completamente alheia ao seu tratamento, uma vez que não há diálogo entre o trabalhador de saúde e a usuária.

No outro dia, eu vim e consultei com o oncologista que me examinou e pegou os exames, pois eu trouxe todos os exames antigos, e me disse que ali constava que o câncer já podia ter sido diagnosticado nos primeiros exames que eu fiz. No primeiro Raio X que fiz já constava o diagnóstico do câncer, pelo jeito da obstrução. Era o câncer que estava obstruindo o canal da uretra e ele disse: "Uma obstrução por cálculo ou infecção, ela obstrui assim reto. No caso, aqui ele está obstruindo na volta, como se fosse uma coisa empurrando.". Ai cheguei à triste conclusão de que tudo que havia passado já era o câncer, mas os médicos não viram, triste né? Mas eu não reclamei porque eles estudam pra nos tratar, me diziam que era cisto, erraram feio comigo. (Silvana)

Fui examinada por um monte de estudantes, meu marido não sabe disto até hoje, Deus me livre, se ele desconfia, tô morta! Imagina que, quando um me examinava, tinha uns dez na volta, mais o médico professor deles, todos falando ao mesmo tempo. Mas entre eles, até parecia que eu não estava na sala, fiquei tonta! (Marcele)

[O diagnóstico do câncer] Foi feito em março de 2005, no posto de saúde em Jaguarão. Eu fui consultar porque estava com sangramento. Aí o doutor me examinou, doeu muito, aí mais que eu sangrei, acho que ele até me machucou. Foi muito ruim, por isso é que nunca quis fazer esse exame. O médico não estava nem aí pra mim, nem reclamei acredita? (Vera Lucia)

17h: Técnica de Enfermagem se aproxima para verificar o andamento da medicação e informa que breve já colocará o soro para lavagem da veia, mas não faz nenhum movimento em direção a um contato mais próximo conosco e o diálogo se restringe as informações do procedimento. [...]
17h30min: A Técnica de Enfermagem vem retirar o acesso venoso e libera Djanira para ir embora, orientando apenas a compressão do local da punção por mais alguns segundos. (OBS. Djanira, 06/07/2006)

No concreto do trabalho, foi observado que os trabalhadores de saúde desempenham suas "tarefas" como ações mecânicas, sem estabelecer diálogo com a mulher. E se ela tivesse medo? Ansiedade? O cuidado fica centrado no procedimento.

A Técnica de Enfermagem instala Joaquina na cadeira e procede à punção venosa de cabeça baixa, sem qualquer conversa. Ao final da técnica, "orienta" cuidar a medicação que está sendo infundida, para não deixar acabar... e sai. Observo que Joaquina fica sempre com a cabeça voltada para o lado oposto, pergunto se está com medo... "Medo?" Ela repete: É que não posso ver sangue, me dá desmaio... assim fico olhando pro frasco de soro.... Podias tapar meu braço?"ok respondo. (OBS. Joaquina, 12/07/2006)

Vera é posicionada na mesa e queixa-se de frio, ao que a funcionária responde: “Agüenta só um pouquinho, é rápido e já vais te vestir, tá? Vamos descobrir só o necessário para fazer o tratamento, não te preocupa já está acabando...” Observo pelo monitor que Vera está inquieta, porém a funcionária parece não se dar conta e não demonstra interesse em perguntar o porquê do frio referido por Vera. Limita-se a executar o procedimento, com habilidade e rapidez. (OBS, Vera Lucia 23/11/06).

Nota da Pesquisadora: Observo que as funcionárias não se preocupam em posicionar Vera Lucia na mesa, não há diálogo sobre como ela passou, desde o ultima sessão de radio. Saímos todas da sala e pelo visor na sala ao lado, observo que Vera Lucia mantém os olhos fechados, durante o processo. Na seqüência, as funcionárias liberam Vera Lucia sempre orientando a assinatura do impresso de atendimento. (OBS, Vera Lucia 09/11/06)

A mulher, muitas vezes submete-se passivamente ao procedimento, sem questionar ou se surpreender com a conduta adotada pelo trabalhador de saúde, vivenciando a experiência numa atitude de “normalidade”. Além dessa atitude de “normalidade”, o receio de ser de alguma maneira “condenada”, pela forma como foi atendida, a impede de dividir com os mais próximos a situação de constrangimento a que se viu submetida.

Informações imprecisas sobre a doença, ausência de escuta e de comunicação parecem, da mesma forma, comprometidas. Como construir a integralidade da atenção, se não nos ocupamos de exercitar ferramentas essenciais ao trabalho em saúde, como por exemplo, a comunicação, a escuta qualificada, o acolhimento?

A mulher, algumas vezes, é quem define a escolha da especialidade médica para ser consultada.

Eu não achava normal essa menstruação, claro que não, pois há muitos anos tinha parado. E no primeiro dia, vinha bastante e parava, lá em outro dia vinha de novo bastante e parava. E quando parava a menstruação, vinha corrimento horrível, com cheiro horrível, tinha que estar toda hora me lavando, pois vinha aquela golfada, horrível. Aí eu fui consultar, mas aí eu pedi um ginecologista e fizeram um exame e deu esse câncer. Porque o médico que eu tinha consultado antes era clínico, por isso ele não se atinou no meu problema, só olhava. Se o sangramento diminuía ele me mandava embora. (Doca)

Ou seja, a mulher achou que aquilo que havia identificado como problema, a partir de seus sintomas, era um problema ginecológico, embora o médico

anteriormente consultado não tivesse dado esse encaminhamento. Essa atitude da mulher pode estar reforçada pela própria dinâmica da assistência médica, muito centrada na especialidade. É do entendimento do senso comum fazer essa leitura de procurar o médico especialista, de acordo com a queixa.

Mesmo sendo atendida por outro médico, a assistência foi fragmentada e sem resolutividade. Com essa postura, perde-se a noção de olhar para a mulher como um todo, com necessidades, problemas de saúde, carências de distintas naturezas, como sujeito.

Para Franceschini (2005), a humanização dos cuidados para o alcance da qualidade de saúde pretendida ou almejada só se realiza na perspectiva de reconhecimento do trabalhador e do usuário, valorizando a autonomia das pessoas, para assumirem sua própria saúde.

Ao apontar para o cuidado na perspectiva do desenvolvimento de indivíduos saudáveis, sejam usuários e/ou trabalhadores de saúde, é importante pensar que o processo saúde/doença está estreitamente relacionado ao contexto de vida no qual esses sujeitos estão inseridos. A questão já foi discutida anteriormente, mas vale a pena retornar um pouco essa relação, com o intuito de reforçar a necessidade dos trabalhadores de saúde atentarem que o cuidado faz parte da essência do ser humano. Nas palavras de Boff (1999), “não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo”.

Isto foi retomado para dizer que, com a persistência do modelo biomédico, com uma assistência centrada no procedimento e/ou queixa, a mulher deixa de ser vista em sua integralidade. O modelo biomédico permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde, entretanto os sujeitos

desejam mais que um diagnóstico, todos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas necessidades e demandas de saúde (LUZ, 1997; VASCONCELOS, 1998).

A observação de Vera Lucia ilustra um pouco essa questão do modelo médico centrado, visto pelo ângulo da usuária. Ela seguia com dor, mas não disse nada às funcionárias, porque pressupunha que, não estando o médico, ninguém mais teria condições de resolver sua queixa.

Logo Vera Lucia estava de volta e foi sendo dispensada, porque o serviço estava atrasado. Acompanhei-a até a saída perguntando se estava tudo bem e se ela havia se queixado de sua dor para as funcionárias. Ao que ela respondeu: "Não, não falei nada, pois elas estão meio atrapalhadas, não resolveriam nada. E hoje também não tem médico, amanhã eu peço uma consulta." (OBS, Vera Lucia 16/11/06)

Na observação da consulta médica de Rose, o descomprometimento do trabalhador médico quanto à possibilidade da mulher comprar o medicamento demonstra o quanto ele não contextualiza a vida dessa mulher transformando a assistência em um ato centrado apenas na queixa.

9h30min: Rose é chamada para consulta e me convida para acompanhá-la. Entramos no consultório e fomos recebidas pela médica que, sorridente, nos abordou com cordialidade e imediatamente perguntou o que estava acontecendo. E diante das queixas de Rose, pediu para ela deitar na mesa para o exame. No exame, foi detectada uma lesão da pele, próxima ao ânus, que, segundo a médica, é possível de acontecer. Mas ela ia receitar umas "pomadinhas" que iriam resolver o problema e, se não resolvesse, teria que suspender a radio por uns dias. Passou então a relatar como proceder às aplicações, higiene, frequência, fez a receita e entregou para Rose. Deixamos o consultório após 15 minutos de consulta, nos dirigimos à portaria e perguntei a Rose se tinha alguma dúvida ao que ela respondeu: "Será que estas pomadas são caras?". Respondi que não tinha nenhuma idéia, mas, quem sabe, no posto de saúde não teria... Senti que ela ficou meio calada... Indaguei: O que aconteceu? - "Tenho medo que estas pomadas sejam caras, aí não vou poder comprar, mas também ficar com essa dor é horrível!" - Sugeri que visse o preço na farmácia e, se não pudesse comprar, amanhã falasse com a médica para trocar. (OBS. Rose, 26/10/06)

A integralidade pode ser a alternativa de mudança deste quadro, que se centra na queixa e no procedimento estritamente. Pois não é mais possível que os trabalhadores de saúde continuem olhando para as mulheres apenas a partir de suas queixas. O exercício da integralidade possibilitaria ao trabalhador em

saúde atentar para a singularidade e subjetividade da mulher. Quando a concepção do processo saúde/doença/cuidado fica restrita ao biológico excluimos os componentes subjetivos, econômicos, sociais, culturais envolvidos no cuidado (BRASIL, 2005), isso limita a percepção das necessidades de atenção.

3.3. A integralidade da atenção à saúde

A definição legal de integralidade expressa pelo Ministério da Saúde diz que integralidade “é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1996a).

Essa definição legal e institucional permite dizer que, nos princípios e diretrizes do SUS, existe o compromisso do acesso universal e resolubilidade do sistema de saúde com o propósito de contemplar uma assistência integral, que respeite a individualidade de cada usuário, em qualquer nível de atendimento, independente de sua complexidade.

Sendo a integralidade um dos pilares de sustentação da institucionalização do SUS, prevê-se nesse conceito a articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos e dos fatores de risco, assistência aos danos e a reabilitação e a dinâmica do processo saúde/doença (CAMPOS, 2003). Contudo, há que se considerar que na história da organização do setor da saúde, sempre houve uma clara divisão entre as ações assistenciais e as ações preventivas, como se fossem distintas e oferecidas de maneira desigual. Na atualidade, porém, observa-se um movimento em busca de uma assistência integral, com articulação das práticas e tecnologias nos distintos níveis de atenção, conformando uma rede de cuidados.

Nas políticas governamentais, para Saúde (2006), a integralidade é considerada como eixo norteador da (re) organização dos serviços de saúde e da formação de profissionais de saúde, por meio da educação permanente. A noção de rede é apresentada na tentativa de garantir o cumprimento dos princípios do SUS, e se propõe uma nova forma de relação entre os diferentes sujeitos implicados na construção de um sistema comprometido com a defesa da vida, independente de pertencerem ao serviço ou aos órgãos formadores.

A necessidade de reorientação na formação dos trabalhadores de saúde, para a autora, é indiscutível, pois, muitas vezes, eles se distanciam das necessidades de saúde da população para atender às do mercado. Assim a lógica de redes traz para a cena atores com possibilidade de promover a revisão desses valores, imprimindo uma lógica mais solidária à organização dos serviços.

Caminhar em direção à integralidade implica a necessidade de compreensão da clínica ampliada, do trabalho em equipe, da ação intersetorial, do conhecimento sobre a realidade. E, igualmente, de um trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local, bem como com problemas regionais, estaduais e nacionais (SAÚDE, 2006, p.47).

A mudança proposta deve acontecer em dois níveis: o institucional, relativo à organização e articulação dos serviços de saúde; e o outro, relativo às práticas profissionais, que têm hoje o médico como um dos atores principais (CAMPOS, 2003).

Para Starfield (2002), a integralidade tem como papel melhorar a saúde e utiliza o acesso às atividades do nível primário, como base para alcance de integralidade.

Hartz e Contandriopoulos (2004) pontuam que o conceito de integralidade remete à integração de serviços por meio de redes assistenciais. Eles inter-relacionam os atores e as organizações para o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação para uma gestão eficaz, eficiente e responsável dos recursos coletivos, e distribuídos de forma a contemplar as necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional.

Nessa linha de pensamento, Cecílio (2001, p.117) refere que

A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Campos (1994) já alertava para a urgência de alterações no sistema de saúde que permitissem captar a sensibilidade, os desejos e as necessidades das pessoas, “urgência de modelos de saúde mais porosos”, com outras feições socioculturais, com relação à formulação, distribuição e organização dos serviços.

É certo que vários autores têm contribuído para a discussão sobre “integralidade” e como ela poderia ser alcançada no cotidiano das práticas de saúde. É ponto de convergência, nesses profícuos debates, a necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde, na prática dos trabalhadores de saúde. E também, não menos importante, a mudança na maneira como o usuário do sistema se percebe, como sujeito com direito à saúde de qualidade, assegurada pela Constituição de 1988.

Mas, em concordância com Camargo Jr (2001), pergunto: De que integralidade estamos falando?

No “diálogo” com as mulheres desse estudo e após muitos diálogos com alguns autores, acredito que, para responder às situações da relação entre os usuários, serviços, trabalhadores de saúde e a tão sonhada integralidade, nos

aproximamos dos sentidos da integralidade propostos por Mattos (2001). O autor, nas suas reflexões, pontua integralidade com base em três sentidos: integralidade como sinônimo da boa medicina, ou de boas práticas; integralidade como modo de organizar as práticas e integralidade como configuração de políticas especiais.

Pessoas sofrem e buscam cuidados (CANGUILHEM; 1982). Em meu ver, essa procura é secular, porém, atualmente, um movimento vem se tornando mais presente. As pessoas continuam sofrendo e procurando cuidado, contudo, em uma outra perspectiva de não mais serem identificadas ou reduzidas a um número ou a uma doença. Assim, entendo que os trabalhadores de saúde precisam estar atentos, pois, se queremos um cuidado integral, estamos em concordância com Mattos (2001), quando pontua que a integralidade é um importante caminho para a defesa de uma postura ampliada das necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade.

As mulheres entrevistadas, ao terem sido chamadas para explicitarem como foram atendidas pelos serviços de saúde, referiram que serem cuidadas era serem tratadas com educação, respeito e não esperarem na fila.

Sou bem atendida, com educação, respeito... esperar pouco para a consulta... A gente já está muito fragilizada e, se for mal atendida, aí fica complicado, pois os nervos da gente já estão à flor da pele. E sempre digo que a gente paga o INPS a vida toda e, quando fica velha e precisa mais, tem que correr atrás e depender da boa vontade das pessoas. Isto não é possível, mas eu não passei por isto, sempre fui bem recebida e tratada com carinho por todos. Será que são meus cabelos brancos?
(Joaquina)

Neste estudo, o comprometimento da integralidade se manifestou na forma de atendimento que o trabalhador de saúde dispensou às mulheres, nos mais variados contextos. Pareceu haver uma predominância de um atendimento centrado na queixa e/ou na execução do procedimento, desconsiderando a mulher como sujeito.

Na maioria das vezes, as orientações se restringiram à organização do serviço, sem se ater às ansiedades expressas pela mulher (apesar de já saberem

do temor de Rose em continuar a Radioterapia), mantendo-se a desinformação quanto à importância da continuidade do tratamento.

Logo tudo termina e Rose é dispensada. É orientada pela técnica que, dia 28, fará uma consulta com o médico, para ver se está tudo bem, e que deverá vir pela manhã para a última sessão de radio e à tarde para consultar com o médico. Na saída, Rose demonstra certa ansiedade de vir à consulta. Eu pergunto por que, e ela diz que, se não tiver alta, não sabe se vai continuar a radio, pois está cansada. Digo-lhe para aguardar a consulta e discutir com o médico e a equipe suas ansiedades e dúvidas quanto ao tratamento e suas consequências, mas que só ela é quem vai realmente tomar uma decisão. (OBS. Rose, 21/11/06)

Em silêncio, o médico coloca o espelho em Rose e procede ao exame, sem nenhum comentário. Após, avisa que ela pode se vestir e passar à sala de RX, para ver como está "lá dentro"... é provável que tenha que fazer outras sessões de radio diz ... Silêncio... Olho para Rose, que está com os olhos cheios de água e fica vermelha, mas não diz nada. Pacientemente, se dirige à sala de RX. Arrisco perguntar: E as queimaduras, doutor? – "Vamos tratar.", ele responde. Após os RX, Rose é informada que terá uma semana de descanso para se curar bem das queimaduras. É reforçada a necessidade de uma higiene adequada, evitar roupas que provoquem atrito na região genital e o retorno dia 5 de dezembro, para continuidade do tratamento. (OBS. Rose, 28/11/06)

Rose resignada, não perguntou nada sobre seu tratamento. A comunicação do trabalhador médico era vertical, sem questionamentos sobre há quanto tempo apresentava as queimaduras, quais as implicações para a vida de Rose. Conformada com a decisão do médico, mas bastante contrariada em continuar o tratamento, tinha dificuldade de diálogo com o médico, não conseguindo expressar o que sentia, suas dúvidas e sua irritação.

Saímos do consultório às 14h4min. Rose estava muda, tentei conversar com ela, que disse estar contrariada com o fato de ter que fazer novas sessões. Perguntei por que não falou isto para o médico. Ela, muito agressivamente, respondeu: "Ele não estudou? Não é o médico? Ele sabe e, se ele diz que tenho que fazer... pelo menos vou ter uma semana de descanso, vou poder dormir..." (OBS. Rose, 28/11/06) Nota da pesquisadora: pude observar que o médico continua com o poder de decisão sobre a vida das pessoas, o diálogo entre as partes (médico, cliente, acompanhante) ainda é unilateral. Rose submeteu-se passivamente a todos os procedimentos, sem questionar nada e nem procurou elucidar suas dúvidas. O médico, por sua vez, ateu-se a examinar a parte (genitália e exame especular) e, em momento algum, perguntou se essa mulher queria dar continuidade ao tratamento, nem o quanto o tratamento que havia sido executado beneficiou a mulher, e muito menos abordou questões relativas às futuras complicações que poderão aparecer decorrentes do processo de radioterapia. (OBS. Rose, 28/11/06).

Após submeter-se à cirurgia proposta pelo médico e que solucionaria suas queixas, a mulher voltou a sentir dor e ter hemorragia. O que reforçou a conduta médica centrada na queixa pontual e também a postura médica como a do profissional detentor da decisão, sobre o tratamento das pessoas.

Fiz a primeira cirurgia, tirei o cisto do ovário e o apêndice. O doutor disse que minhas dores eram do cisto, mas que achou o apêndice meio feio, por isso também tirou. Fiquei apavorada com tanta coisa, tive que fazer sangue, pois estava com muita anemia, tive que colocar duas bolsas de sangue. Aí, dois dias no hospital, me recuperei, fui para casa me achando bem, pois não tinha sangrado, mas em uma semana começou tudo de novo. Eu sentia uma coisa pesada, o meu útero tava pesado, eu sentia uma dor e um peso, uma dor insuportável aqui assim... E aquele sangue, quando vinha, não tinha absorvente, não tinha pano, não tinha nada, caíam coágulos enormes, mas quantidade, bem vermelho... Eu tenho que estar com câncer, não é possível! Na minha cabeça eu sabia que era, mas os médicos é que sabem, não adiantava eu falar pra eles. (Neusa)

Fiquei sete dias no hospital. Eu pedi para ir embora, já estava com saudade dos meus filhos, o mais velho não conseguia entrar no hospital, porque ele se sente mal com o cheiro do hospital, e o pequeno não ia, porque não podia entrar. [...] vim pra casa com a sonda e o dreno me acompanhando, aí fiquei com o dreno três dias e com a sonda mais tempo, acho que uns 5 dias, apavorada com aquela parafernália de coisas.[...] [Quanto às orientações na alta do hospitalar] Que eu tomasse cuidado com a higiene, mas quem me falou alguma coisa foi a enfermeira. O doutor só disse: "Vou te dar alta." – e se foi. Eu pensei que ele ia tirar aquilo, se soubesse que ia pra casa com tudo, nem tinha pedido. (Beatriz)

Como que “explicando” as falas acima, Lacerda e Valla (2004), ao abordarem as práticas terapêuticas de cuidado para aliviar o sofrimento, referem que as pessoas buscam a medicina para alívio ou cura de seus sofrimentos, mas os trabalhadores de saúde estão despreparados para esse encontro, pois o modelo médico hegemônico está pautado no diagnóstico e tratamento das doenças que são definidas pelo saber científico. Não há, portanto, uma preocupação com as necessidades, medos e anseios dos indivíduos, “existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde” (LACERDA; VALLA, 2004, p.91).

Por outro ângulo, foi possível também visualizar que, muitas vezes, os trabalhadores de saúde deixavam de aproveitar a visita da mulher à unidade de

saúde para outras orientações e rastreamento para outros agravos com vistas à prevenção.

Nesse episódio, eu fui naquele dia da gripe. Depois, eu acho que duas semanas depois, que me deu a hepatite. Aí eu fui de novo e ela já me encaminhou para o exame de sangue tudo direitinho. Depois ela disse para mim voltar um tempo depois, para fazer um exame de sangue. Já tava curada, tinha feito tratamento e tudo... “Daqui a uns três, quatro meses, tu volta, para fazermos um exame de sangue pra ver como que está essa hepatite.” – Aí ela fez exame de sangue novamente e, daí a três meses, voltei lá e aí fiz exame de sangue e voltou tudo normal, tinha passado. (Letícia)

A frequência semanal à unidade, dá ao trabalhador a oportunidade de investigar as condições de saúde da mulher, com vistas à implantação imediata das ações preventivas.

Ah... minha filha, vou seguindo ao posto, porque tenho problemas de pressão alta desde os 40 anos e faço controle da pressão no posto uma vez por semana. Passei a ser freqüentadora assídua, sou mais conhecida que erva ruim. (Djanira)

Entretanto, o acompanhamento semanal nem sempre significa que a longitudinalidade, como um atributo da atenção básica, esteja sendo contemplado, uma vez que ela significa a atenção no tempo com estabelecimento de vínculo, com o atendimento às necessidades de saúde do usuário (STARFIELD, 2002).

A fala de Silvana traz a importância de (re) significação das práticas dos trabalhadores de saúde, pois a mulher freqüentava os serviços de saúde com regularidade, mas os trabalhadores pareciam prestar a assistência centrada no procedimento. Embora coletassem o material para o pré-câncer, pareciam não orientar a mulher sobre a importância da periodicidade do preventivo, visto que ela apresentava sintomatologia precursora do CCU.

Quando engravidei dele, em 1999 eu fiz o pré-natal no Hospital das Clínicas e, nesse pré-natal, acusou uma ferida no colo do útero. Ela foi tratada na gestação. Aí, com 40 dias após o parto, foi feito uma biópsia dessa feridinha, e a doutora disse que não tinha dado nada. Em 2000 eu voltei, por minha conta, pois tinha visto na TV que tinha que ser todo ano, e ela fez outro pré-câncer e disse: “Não, não tem nada, tá tudo muito bem,

não tem nada, não deu nada." Eu me tranqüilizei e, nesse meio tempo, eu fui morar em São Leopoldo. Em 2001, eu procurei um postinho de saúde, fui atendida por uma doutora, e ela colheu o material para o pré-câncer e disse que eu não tinha nada. Disse que eu tinha era uma infecção vaginal. Fiquei dois anos sem fazer o pré-câncer, aí voltei a Pelotas, fiz de novo e deu câncer, assim de uma hora pra outra... (Silvana)

A experiência de dez gestações e três abortos, com certeza, foram momentos de passagem pelos serviços de saúde, porém o atendimento parece ter ficado restrito ao que Elvira apresentava no instante da consulta.

Mattos (2001) nos auxilia nesse sentido, ao salientar a atitude do médico, e eu acrescentaria - de qualquer trabalhador de saúde - que, diante do encontro com o usuário, aproveita o momento para detectar outros fatores de risco que não estão envolvidos com a queixa presente. Tal atitude ilustra um dos sentidos da integralidade, desejável em nossa prática de saúde.

Tenho sete filhos, mas tive três abortos. Dois eu provoquei, assim que descobri que minha menstruação tava atrasada. Eu tinha o meu pequeno com 9 meses, aí me apavorei com outra gravidez e fui numa mulher lá perto de casa, ela me fez ... Doeu muito, tive uma bruta hemorragia e meu marido queria me levar no médico. Ele nem desconfiava do que eu tinha feito. Aí fiquei em pânico e pedi, pelo amor de Deus, pra ele comprar um remédio na farmácia. Aí tomei o remédio mais uns chás de minha avó e melhorei. O outro, eu fui em outra mulher, que me deu uns comprimidos pra colocar e tomar. Aí saiu tudo de uma vez e nem tive nada. E o terceiro eu nem sabia que tava grávida, quando vi tive uma hemorragia e fui pro hospital porque desmaiei ai fiz curetagem. (Elvira)

No relato das gestações, partos e puerpério, Elvira deixou explícitos os vários momentos em que teve de ser cuidada nos serviços de saúde. Em (raras) situações em que o trabalhador de saúde orientou os cuidados específicos ao momento que a mulher estava vivenciando, porém, não houve aprofundamento nas orientações, para além da situação presente. Assim o comparecimento da mulher, seja na unidade de saúde e/ou no hospital, não foi aproveitado para investigar outras condições de saúde, parecendo não haver comprometimento com o cuidado integral.

Victoria (2005), em uma entrevista no jornal Diário Popular de Pelotas/RS apresentou um dado preocupante, quando pensamos a integralidade do cuidado: "O que acontece em Pelotas é que fazemos umas coisas demais e outras de

menos. Por exemplo: 97% das grávidas fazem ultra-som, mas cerca de apenas 60% fazem o exame ginecológico, que é muito mais simples”. As falas de Elvira e Nancy contemplam um pouco a questão da mulher ainda ser vista pelo trabalhador de saúde de forma fragmentada. A dificuldade de acesso ao serviço de saúde deve ser considerada pelo trabalhador, pois não desperdiçar a oportunidade da visita da mulher a UBS é garantir uma integralidade da atenção, uma continuidade do cuidado.

Meu primeiro filho nasceu, eu tinha 17 anos e morava numa ilha de pescadores. Não tinha posto de saúde, a gente tinha que atravessar o rio de canoa. Então, dos três primeiros não fiz pré-natal, ganhei com uma parteira da vila e minha mãe também ajudou nos partos. Os outros ganhei no hospital, porque já morava na cidade, mas o pré-natal não fiz direito, mais faltava que ia.[...] E no hospital, quando eu ia, já tava quase ganhando, era rápido. Ali nunca me perguntaram sobre esse pré-câncer, ah... claro que não. Ali só se falava no parto, ter que dar de mamar, nos cuidados com o bebê. [Alguma complicação decorrente dos partos] Na penúltima, eu tive uma hemorragia três dias após o parto, e tive que voltar pro hospital e fazer uma curetagem, pois, segundo o médico que me atendeu, ficou restos da placenta e isto acabou prejudicando o meu filho. Tive que dar leite de mamadeira, por causa do antibiótico que tomei. [Quanto à revisão puerperal] Não, nunca fui, ganhava, ganhava, depois ficava grávida de novo, ganhava de novo e, mesmo quando ganhei no hospital até me falaram pra ir ao posto fazer esta revisão. Mas eu tava bem e achei desnecessário. (Elvira)

Não, nunca ninguém perguntava nada. Na época, era parteira, nem era médico do guri. Meu primeiro filho, era véspera de natal e eu não queria ir pro hospital. No dia, eu fui de madrugada e bem dizer ganhei quase que na mesma hora, porque eu tava deitada e me deu uma câibra nas pernas... E eu desci da cama e, se não tivesse me levantado dali do chão, eu tinha tido ali mesmo! Mas, se hoje já é difícil eles te perguntarem alguma coisa, imagina naquela época, né? Ninguém te falava nada mesmo, só atendiam rápido e pronto, mesmo no pré-natal. Hoje eu vejo que tem grupos de gestante. (Nancy)

A lembrança da experiência de um aborto provocado aos quinze anos fez surgir sentimentos de medo e vergonha que pareceram não ter sido valorizados pelo trabalhador de saúde.

Eu tenho duas meninas e um menino, com nove, oito e três anos, e tive um aborto com 15 anos que eu provoquei, porque não podia ter o bebê. Aí tomei uns comprimidos que minha amiga me deu, aí tive uma baita hemorragia. Minha mãe me levou pro hospital, pensando que era da menstruação, porque ela não sabia que eu já transava. Aí pedi pra ficar sozinha com o médico e disse o que tinha feito. Ele ficou muito brabo, me xingou, me chamou de irresponsável e que eu provavelmente nunca mais teria filhos! Depois chamou minha mãe e meteu a boca nela também! E quando ele saiu, minha mãe me dava tapas e puxões de cabelo, furiosa,

mas aí já tava feito. Eu tive medo de morrer, de não poder ter mais filhos, fiquei três dias no hospital muda, não falava com ninguém de vergonha...
(Marcele)

Aproveitando a fala de Marcelle, caberia discutir a afirmativa de Mattos (2001) de que a integralidade só se realizará efetivamente com sua redefinição e incorporação, por parte do conjunto de trabalhadores da equipe de saúde. Ou seja, ela até pode acontecer na postura individual do trabalhador, mas por certo terá maior abrangência, quando difundida entre todos os trabalhadores de saúde. Essa organização daria, sem dúvida, um outro desfecho à história de Marcelle, que se beneficiaria das tecnologias leves, como cuidado, acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 2000).

Assim, por meio das falas das mulheres desse estudo, podemos considerar que a integralidade, na perspectiva dessas usuárias, tem relação com o tratamento digno, com meio de uma clínica competente, de qualidade, com acolhimento, vínculo, escuta.

A interpretação da integralidade que se busca e deseja soma-se à das mulheres, e tem base nos sentidos da integralidade propostos por Mattos (2001). Além disso, se acredita que o exercício da integralidade proporciona possibilidades de relações no cotidiano dos sujeitos e das instituições, com a troca de diferentes saberes e práticas, por meio do diálogo e do respeito ao outro (usuário, trabalhador, comunidade).

Assim, será possível a construção de sujeitos-usuários com autonomia de decisão sobre o seu “modo de andar a vida”. E de sujeitos-trabalhadores comprometidos com suas práticas, capazes de desfragmentar o cuidado, e desenvolver a escuta e a formação de vínculos com os outros seres humanos usuários do sistema de saúde, traduzindo a integralidade do cuidado que busca neste estudo.

3.3.1. A comunicação entre as mulheres e os trabalhadores de saúde - ferramenta para a integralidade

A comunicação é uma habilidade desenvolvida pelo homem e que assume importância fundamental, quando pensamos na organização de serviços e grupos sociais. Para Ferreira (1998), comunicar significa "tornar comum"; estabelecer relação; comunicar idéias, pensamentos.

Entendo a comunicação como um processo universal, de troca de idéias, sendo uma necessidade do indivíduo no convívio em sociedade. Para melhor explicitar esse entendimento, busquei referência em Kron e Gray (1998), ao definirem a comunicação como:

A troca de idéias e informações. Ela é mais do que apenas dizer palavras. Ela entra em todas as facetas de nossas atividades cotidianas e relações pessoais. Ela proporciona a estrutura básica em que as pessoas vivem e trabalham juntas. É a base sobre a qual exigimos a compreensão e o respeito mútuos, tão essenciais as nossas relações com colegas de trabalho e com os pacientes (KRON; GRAY, 1998, p.41).

Com base nesse conceito, pondero que a comunicação é um diferencial a ser considerado pelos trabalhadores de saúde, em qualquer atividade realizada. Porém, na prática, a comunicação é pouco valorizada, às vezes até ignorada. Para Stefanelli (1993), a comunicação é um denominador comum de todas as ações de enfermagem e tem influência direta na qualidade do cuidado prestado. A assertiva de Stefanelli pode, com certeza, ser estendida a todos os trabalhadores de saúde.

Neste estudo, a comunicação entre os trabalhadores de saúde e as mulheres entrevistadas foi exercida de forma bastante verticalizada, comprometendo o cuidado prestado e o entendimento da importância de ações preventivas ao CCU.

A regularidade do exame citopatológico, de dois em dois meses, não garantiu a prevenção para o câncer de Laídes. E nesse caso, fica bastante evidente uma comunicação falha entre o trabalhador de saúde e a usuária, pois,

além de uma frequência totalmente fora da preconizada pelo Ministério da Saúde, a mulher compareceu à unidade de saúde para atendimento, mas não obteve esclarecimentos e nem atenção, por parte do profissional.

Eu fazia de dois em dois meses, sempre, pois foi constatado que eu tinha NIC I. E tratei dois anos. Desaparecia, voltava e chegava ficar seis meses sem vir menstruação nenhuma... E a doutora dizendo que eu estava curada, que eu não tinha nada... E voltava tudo de novo! Ia ao posto de saúde, tratando o NIC I no posto de saúde. Agora, depois dessa cauterização que fiz, e a doutora disse que eu estava curada... E aí, como não parava a hemorragia, aí troquei de médico e aí que pediram a biópsia. (Laídes)

Era anual, fazia no posto de saúde do bairro. Eles orientavam não ter relações sexuais um dia antes, não poder estar menstruada, faziam também toque de mama... E sempre levava o resultado para o médico examinar. Ele falava que estava tudo bem, sem alteração nenhuma, e que eu tinha que repetir no próximo ano. Mas sobre o que este exame prevenia, nada! A consulta era sempre muito rápida, só isso. (Neuza)

A comunicação pode ser expressa, também, pela forma de agir e olhar, e ser comprometida pela falta de paciência do trabalhador em atender a mulher: “é tudo aos berros, parece que todos são surdos.”

[...] mas eu já presenciei situações que eu fiquei chocada com o atendimento. Tem pessoas que não sabem falar com calma, é tudo aos berros, parece que todos são surdos. (Marcele)

Olha, é pessoal da recepção, da enfermagem e, outro dia, até um médico saiu aos berros com a paciente do consultório, um horror!! Me arrepiei toda! Aí minha filha falou: “Calma, mãe, este não é teu médico!!!”. Às vezes estou na recepção e vejo as gurias encaminharem as pessoas para algum lugar, e tu está vendo na cara deles que não entenderam onde é. Mas ninguém se habilita a dar esclarecimentos e, quando a pessoa volta a perguntar, ficam bravas! Eu nunca tive este tipo de problemas, mas também estou sempre esperta com as informações e, se tenho alguma dúvida, esclareço com o Dr. Y, ou minha filha vai perguntar [...] (Dalva)

[...] É... Algumas eu entendia sim. É que a gente fica nervosa... e tem médico que fala sem paciência. Aí tu só vai te dar conta das dúvidas, em casa. (Maria)

Eles disseram que eu ia fazer a radioterapia, mas não me explicaram como era essa radio. Eu fiquei sabendo como era, porque conversava com as pessoas na sala de espera. Aí, quando comecei a radio, eles me explicaram muito rápido. Eu acho que, aquele dia, estavam mal humorados. (Elvira)

A comunicação pode ser comprometida de diversas formas, tanto por parte do trabalhador quanto por parte da mulher. Porém em qualquer um dos casos, o restabelecimento de um canal comunicativo é o que garantirá a atenção desejada.

Na fala de Rose, a comunicação com a médica foi clara e precisa, porém, ficou comprometida, porque Rose não alcançara ainda o entendimento da importância do retorno para acompanhamento e continuação do tratamento. O diálogo foi “unilateral”, pois só a médica falou, comprometendo a prevenção da saúde da mulher para outros agravos.

Sim, entrei pelo SUS, porque a cirurgia particular não teria condições de pagar. Só o anestesista ia sair três mil reais, na época, e eu não tinha condições. Aí eu baixei pelo SUS, fui para o H.E., de lá passei para a Santa Casa... foi quando ela fez a cirurgia. Aí ela me disse: “Tirei o teu útero, teu ovário e tuas trompas, fiz limpeza... Daqui a trinta dias, volta no meu consultório, porque eu preciso te examinar. E tu vais fazer umas sessões de radio e quimio, que é para evitar a volta do câncer. Ou, mesmo que ele não volte, tens que fazer.”. Eu simplesmente não dei bola. Para mim, tirou o útero, os ovários e as trompas, tava tudo resolvido. Claro que não fui para a revisão, porque me senti bem e comecei a cuidar da mãe, da casa, porque eu que fazia o almoço. A casa da mãe é muito movimentada, eu tenho os meus filhos de santo, eu tenho a religião... Então tudo foi ocupado, fui botando tudo isso em prioridade e me esqueci do retorno. (Rose)

Para Merhy (1997), os serviços públicos de saúde vivem em crise, no campo das tecnologias das relações. Isto tem levado os usuários a verbalizarem a falta de interesse e acolhimento, por parte dos trabalhadores de saúde, e, diante de uma comunicação deficitária, acabam por se sentirem desinformados, inseguros e desprotegidos.

Às vezes, o médico informa todos os passos que a mulher vai ter que enfrentar para o tratamento, porém, sobre a doença câncer, nada é esclarecido. Talvez eles nada falem, em razão do seu próprio despreparo para lidar com as questões subjetivas presentes no processo saúde/doença/cuidado.

Ninguém me falou nada. A única coisa era que eu tinha que ir no doutor, para fazer a radio, e que iria para o outro doutor, para fazer quimio. O doutor da radio me deu toda orientação, me falou tudo, os procedimentos com relação ao tratamento, mas, com o câncer, nada foi falado. (Beatriz)

Foi muito doído, porque eu já sabia que estava com a doença e teria que passar por um tratamento horrível... Nas orientações que recebi, ah... ele falou muito, um monte de coisas que nem me lembro mais, muitas eu nem estava entendendo, mas minha filha ouvindo atentamente. (Djanira)

A comunicação entre os profissionais e a mulher foi limitada. Os profissionais concentraram-se no tratamento e deixaram de aproveitar o momento para criar na

mulher um sentido do conceito de prevenção que seja importante para essa mulher, não só para o CCU, mas prevenção de outros agravos à saúde. Na fala de Elvira, o médico disse o que queria falar, não ouviu, não estabeleceu um espaço relacional que propiciasse à mulher verbalizar suas dúvidas.

Eles diziam que eu ia ficar boa, que, se fizesse o tratamento direitinho, eu me curava... Mas explicação de como a doença chegou, por quê, nunca foi falado. Acho que seria legal, para reforçar a importância de se fazer o exame. Até porque o único exame que fiz foi tão traumático... e por isso nunca quis repetir. Acho que tem haver com o médico que te atende... Se ele for legal, te informar as coisas, te ouvir com atenção, acho que tu voltas, certo? (Elvira)

A insegurança do trabalhador interferiu na comunicação e na escuta da queixa da mulher, caracterizando desconsideração e descaso no atendimento. Comprometeu a integralidade do cuidado, uma vez que a mulher deixou de buscar o resultado do exame, em função da maneira como foi tratada pelo médico: “Inclusive eu fiz um exame na faculdade, que eu não gostei e até hoje o exame está lá me esperando [...]”.

Inclusive eu fiz um exame na faculdade que eu não gostei, e até hoje o exame está lá me esperando. A médica fez o exame e eu senti um pouco a insegurança dela... que ela colheu o material e me disse que eu poderia me arrumar. E eu senti que estava sangrando e eu diss: "Mas eu estou sangrando muito!" – “Mas isso faz parte, é normal” – “Como? Se eu costumo fazer esse exame anual e nunca sangrei”? E ela: “Não, não te preocupa.”. Entrou lá para dentro e ficou uns 15, 20 minutos para ela voltar. E eu ali tremendo de frio, com as pernas daquele jeito com câimbras... E voltou dizendo que ia me limpar e nem me deu nenhuma explicação do que estava acontecendo comigo. (Beatriz)

Na fala de Maria, a comunicação foi comprometida, na medida em que a médica não explicou a causa do aborto e nem as possíveis complicações. A mulher aceitou passiva a falta de esclarecimentos mesmo a médica verbalizando possíveis problemas no útero.

Foram duas gravidez. Tive um aborto. Eu tava tomando pílula, aí dei pausa, começou a vir de novo, tive uma gravidez tomando pílula, não sabia... Aí eu tive o aborto e a doutora disse que não sabe por quê. Aí eu fiz a curetagem, tudo, né... Ela disse que talvez eu tivesse algum problema no útero, o porquê ela não explicou. Eu não perguntei, porque já estava angustiada com tudo, aí não sei... (Maria)

O atendimento médico pareceu desconsiderar a mulher em sua integralidade, tendo sido a comunicação vertical, centrada no objetivo pontual da vinda da mulher ao serviço. A mulher sentiu-se desconsiderada como sujeito. Como contemplar a integralidade do cuidado em um espaço em que o trabalhador de saúde não favorece a comunicação, o diálogo?

Eu cheguei no Dr. Q a mando do Dr. R. Ele leu ali: "Tu vai começar a fazer uma Química por semana.". Aí ele escreveu num papel a quantidade da Química que eu ia fazer. Acho que fiquei no consultório dele uns quatro minutinhos. Escreveu num papel ali e disse: "Agora tu passa lá na porta, que as moças vão te encaminhar pra quimio.", pronto! Nem examinou, nem perguntou sobre minha vida, nada, nada, só pegou e disse: "Tu vai fazer Química uma vez por semana.". Botou a quantidade da Química e mandou passar no balcão. Passei ali, marquei com as gurias e entrei lá dentro pra fazer. (Maria)

Te digo que fiquei muito surpresa, quando me aconteceu isto, mas se eu não fosse atenta, ia passar batido, porque a médica olhou o meu exame e me disse: "Pode ir embora, que está tudo ótimo, vamos marcar a cirurgia.". Imagine, eu sou leiga, mas abri o exame antes de mostrar pra ela, e li uma palavra neo... neoplasia, eu acho. É... é isto mesmo. Aí eu tinha ouvido na TV que neoplasia é câncer. Aí chego na doutora e ela nem me deixa falar, queria perguntar umas coisas... Não que eu quisesse ter essa doença, Deus me livre!!! Mas eu estava cheia de dúvidas com o que li, a doutora foi muito despachada comigo, assim um descaso [...]. (Dalva)

Esta fala leva a considerar a importância da escuta e do diálogo, para o alcance de uma comunicação efetiva. Para Sandoval (1997), a comunicação passa pela construção de um vínculo comunicativo entre os profissionais, pontua a necessidade de tornar-se acessível, o que no meu entendimento, seria proporcionar condições favoráveis ao estabelecimento do processo comunicativo. Dessa maneira se poderia eliminar as falhas e ruídos que atrapalham e/ou impedem o diálogo entre os trabalhadores de saúde e os usuários.

Para Rodrigues e Oliveira (2000), a comunicação é um processo natural, universal e uma ferramenta básica para sustentar o processo de cuidar. Porém, o que foi observado neste estudo e na realidade dos serviços de saúde é que, nem sempre, ela se desenvolve nessa premissa. Pois o medo de represálias, o entendimento da figura médica como detentora do saber e, portanto,

inquestionável, faz com que a mulher não se sinta à vontade para perguntar, temendo ocupar o tempo do médico, que considera escasso.

Hum...sabe, eu fico meio preocupada, porque a gente tem muito medo de ter represálias... Quando tu falas dos médicos... Mas, como eu te disse, o Dr.Y é uma ótima pessoa. Ele se preocupa com a gente, mas o seu tempo é bastante escasso, então não dá pra ficar perguntando muito. Como ele me disse que, se eu não fizesse o tratamento, eu morria, eu já fui me preparando para enfrentar... As dúvidas, eu esclarecia depois. (Dalva)

Não sei se tenho que tomar algum remédio, porque o doutor não me passou nada. Não sei se é só essa tal de radioterapia, não sei se tem que dar algum remédio para dor, alguma coisa ou não... Eu até estou tomando o Buscopan quando sinto dor... não sei se posso tomar esse remédio ou não, [...] Eu tenho uma dor forte no cóccix, sabe?... bem no finalzinho da coluna. As gurias disseram que é da radio, mas o doutor não me disse nada, mesmo que eu tenha me queixado, não falou nada... Mas dói! (Neusa)

Eu quero que me tirem isso tudo que está aqui (mostra o abdômen), que não serve para mais nada, e espero viver a minha vida, o resto da minha vida tranqüila, fazendo as obras, [...] eles me disseram que iam tirar o meu útero e os ovários. A Dra. R falou: "Não está servindo para mais nada.". Mas não me disseram quando tenho que voltar para operar. Ninguém me falou nada certo. O Dr. R me disse; "Tem que fazer quimio e radio e, daqui a uns quatro meses, a senhora volta". Eu não sei se vou voltar para ele... Que bom que fosse tudo rapidinho. [...] Vou criar vergonha na cara, fazer todos os exames. (Joaquina)

A fala de Marta, reforça a idéia de que, quem reclama é discriminado, excluído. Esse parece ser o entendimento da maioria da população: culturalmente você tem que concordar incondicionalmente, para ser aceito.

Esse médico da revisão, lá da radio, eu não gostei dele, na revisão eu troquei de médico. Saí do Dr. D e fui para esse médico, não por escolha minha, lá determinaram assim, eu nem sabia disso. Mas o Dr. D não me machucava por dentro e esse me machucou. Aí comecei a sentir dor, coisa que eu não tinha mais. E agora eu tô com um tipo de corrimento e a vagina tá me apertando por dentro. Eu até falei com ele e ele disse que, se eu piorar, que é para ir ali. Mas, por enquanto, vou agüentar, porque não gostei de ser atendida por ele... [Quanto a trocar de médico ou falar com este.] Deus me livre! Imagina só se eu reclamo e ele passa a me tratar pior! Deixei assim mesmo, vou só quando não agüentar mais, quem sabe Dr. D volta, né? Ou quando eu for na revisão da quimio, falo com doutor. (Marta)

Reforçando a postura de supremacia, o médico pareceu não se preocupar se a mulher estava preparada para receber a notícia de que tinha câncer. A preocupação em estabelecer um diálogo que favorecesse o entendimento e acolhesse os temores da mulher foi tênue, pois o trabalhador médico adotou a

postura da comunicação vertical, não permitindo que a mulher se expressasse ou verbalizasse suas angústias e dúvidas. O processo comunicacional continua se dando de forma a calar, pois “quem sabe menos, ESCUTA”.(Grifo nosso)

"Tá com câncer e não passa de dezembro." – Eu olhei para a cara dele e perguntei se ele era Deus... Ele me disse que o câncer era imenso, do tamanho de uma laranja, maligno, as chances de tratamento eram poucas... Foi quando eu falei se ele era Deus e ele me disse: "Estou te dizendo pela gravidade, mas se preferes que eu não te fale..." Aí eu falei: Vamos ver. Aí ele me encaminhou para fazer o tratamento, tipo assim:] “Vais fazer e pronto!”, nem quis saber se eu concordava. Eu fui porque queria me tratar, sim. Em janeiro, ele me deu os parabéns, que tinha sido por isso que tinha me dito aquilo... É, mas poderia ter me matado e aí? Eu já estava desconfiada, já sabia que era, mas receber essa confirmação assim de forma tão brusca, choca qualquer um. Ele não me assustou de um tudo, mas fiquei chocada com a maneira que ele falou, nem parece que estudou pra ser médico. Esses médicos pensam que a gente, por ser mais pobre, não sente, não pensa e não tem dor, não é assim mesmo. (Laídes)

O fato de ter vencido as etapas do tratamento reforçou na mulher a capacidade de autonomia e a segurança para contestar a postura do trabalhador médico: “mas fiquei chocada com a maneira que ele falou, nem parece que estudou pra ser médico. Esses médicos pensam que a gente, por ser mais pobre, não sente, não pensa e não tem dor, não é assim mesmo”. (Laídes)

Além da comunicação vertical, a escuta pareceu prejudicada, pois o médico apenas informou a mulher da seqüência de seu tratamento, sem ouvir suas dúvidas.

Ele só me disse que pegou o resultado da biópsia e que eu tinha que fazer quimio e radio. Aí me manda de volta pra doutora, que me manda pra ele novamente, sabe aquele vai-e-vem? Mas não falou assim: “A Sra. tem um câncer de útero.”. Só me disse que teria que fazer quimio e radio, mas pergunta se ele explicou o que era quimio e radio? Lógico que não! E eu nunca ouvi nada sobre esses exames, fiquei sem saber se era bom ou ruim. (Joaquina)

Muitas vezes, a mulher tem receio de esclarecer suas dúvidas com os médicos por se sentir inferiorizada, uma vez que eles parecem não se aterem acerca dessa distância na comunicação; até são atenciosos, mas atendem rápido.

Olha, muitas vezes eu... Sei lá, até penso em perguntar, mas fica difícil, porque eu não sei falar direito e posso ser mal vista por eles... Sabe como é... os médicos é que sabem o que fazer. Vai que tu começa a perguntar muito e eles já te dão um gelo... Já pensou? Eu não quero comprar briga com médico, eles é que têm estudo... Olha, graças a Deus, o tratamento deles é muito bom, são muito atenciosos, todas terças a gente tem consulta com eles e eles perguntam como é que a gente tá, como é que não tá... é rapidinho, mas é melhor que nada, né? (Ent.Vera)

As dificuldades encontradas pela população para utilizar os serviços de saúde e obter atenção integral são pontuadas por Pinheiro (2001), e reforçam a importância do cuidado. Vasconcelos (1998), em seu estudo com populações carentes, constatou que alguns problemas de saúde eram complexos para serem curados, mas não para serem cuidados. Esses autores nos colocam frente a frente com a realidade de atenção à saúde que continua centrada no modelo biomédico, que vem dia-a-dia sendo reproduzido no cuidado às pessoas e, mais especificamente, neste estudo, às mulheres com CCU.

A experiência de Silvana ilustra muito bem essa postura. A mulher percorreu um longo caminho nos serviços de saúde, submetendo-se a procedimentos invasivos, de grande complexidade e, passivamente, aceitou o tratamento determinado pelo médico. Este por sua vez, não esclareceu a mulher sobre sua doença e nem dos riscos dos procedimentos a serem executados, não explicou, não escutou e nem dialogou com a mulher. A comunicação foi verticalizada e comprometeu a interação do trabalhador com a mulher, e o exercício da integralidade.

Eu fiz o pré-câncer final de 2003 e não deu nada. Em 2004, tive um acidente no serviço. Eu trabalho em uma padaria e fui encher um freezer de cerveja, e o engradado de cima veio e bateu na minha mama. Formou um abscesso e fui ao doutor para ver, porque tinha inchado e ficou vermelho [...] fiz uma mamografia e já aproveitei que estava com o ginecologista e pedi pra ele fazer o pré-câncer. Fiz tudo e não deu nada. Dali a um mês, eu tive que internar para fazer a cirurgia, e fiz tudo que é exame de novo e nada acusou, me tranqüilizei. Seis meses depois do acidente, que eu estava voltando para o serviço, apareceu uma dor muito forte. Ela vinha da barriga e ia para as costas. Aí eu fui à faculdade e consultei com um doutor que disse que poderia ser pedra no rim, e me mandou para o especialista de rins na Santa Casa com os exames. E esse doutor me pediu mais um monte de exames, como Raios X com contraste e sem contraste. Fiquei 23 dias internada na Santa Casa, porque existia obstrução do canal da uretra. Só que ele dizia que era uma pedrinha que tinha trancado. Fez tomografia, fez cintilografia, fez cirurgia, abriu a minha barriga e colocou um “duplo J” ligando o rim à bexiga... Só que ele fez a cirurgia, mas nunca me esclareceu nada, só ia dizendo “Tem que operar.”, e eu ai fazendo tudo, sem ligar pra dor ou qualquer outra coisa. (Silvana)

Silvana prosseguiu seu caminho pelos serviços de saúde, sendo que o diagnóstico do câncer foi realizado por insistência da mulher, percebendo que algo não estava bem. O médico, ao examiná-la já tinha o diagnóstico, mas não passava essa informação, era evasivo e só confirmou o diagnóstico depois que a própria mulher afirmou estar com câncer. Ele se limitou a confirmar e acrescentar ser “feio” sem maiores esclarecimentos. A comunicação é comprometida, porque faltaram orientações, por parte do trabalhador médico. É importante que observar que a comunicação é um processo relacional e que, para sua efetividade, é necessária abertura para o diálogo, de ambas as partes. Sem dúvidas, a integralidade da atenção passa por essa premissa.

Eu continuava com dor... De tanto incomodar o urologista, ele me mandou fazer um ultra-som pélvico, e apareceu alteração no útero. Aí ele me mandou procurar um ginecologista e, dois dias depois, eu vim na faculdade e marquei com o Dr. H. E, na hora, a assistente dele olhou e chamou o doutor, e ele veio e disse assim: “Biópsia, direto! Não dá para fazer pré-câncer, é biópsia!”. E ficou na dele, não falou nada. Eu olhava pra ele e nada... Ele nem me olhava, quanto mais falar alguma coisa, só cochichava com a assistente. Aí não me agüentei e disse: “Doutor, estou com câncer?” – Ele olhou para mim e disse: “É!” – E eu, como tenho muita fé em Deus, olhei para ele e disse: “Doutor, é um câncer, mas Deus cura e eu vou me curar. Ele olhou para mim e disse assim: “E continua com fé, porque está muito feio.”, não me explicou nada sobre a doença. Dez dias depois, veio a biópsia, eu peguei o meu exame e trouxe no Hospital Escola para o Dr. S. E ele olhou e falou para mim: “É sério!” - Eu disse: Eu sei que é sério, mas eu vou me curar?. Ele fez uma cara de descrédito, claro, né... que, para um médico, a fé é meio em vão. (Silvana)

Entendo, assim como Lacerda e Valla (2004), que os aspectos objetivos e subjetivos do sofrimento humano precisam ser considerados pelos trabalhadores de saúde, percebendo que o cuidado não pode mais ficar restrito à dimensão técnica do fazer em saúde. Mas, sobretudo e acima de tudo, deve estar agregado às ações que contemplem olhar para o sujeito na dimensão da integralidade. Ou seja, o trabalhador de saúde como cuidador, pode e deve fazer do encontro com a usuária um momento de cuidar, dialogar, escutar e olhar para a mulher, para além das suas queixas pontuais.

Leitão (1995) afirma que, para escutar, é preciso antes estar atento, para tomar conhecimento de quem se escuta, ou seja, de quem está falando, como e sobre o quê; e isto leva a refletir acerca dos sujeitos para os quais os serviços de saúde são oferecidos.

Assim, podemos observar, ainda com Silvana, que o diálogo franco entre a mulher e o médico parece servir de estímulo para o tratamento. As dúvidas da mulher foram esclarecidas de forma precisa e as possibilidades de cura explicitadas pelo profissional. A comunicação foi qualificada e permitiu a formação de um vínculo, de credibilidade, de confiança entre o trabalhador médico e a mulher.

Foi no ambulatório do H.E. O doutor de lá me encaminhou para o oncologista do CERON. Vim de tarde e fui atendida. Te digo, foi como água e vinho! O Dr. D olhou, examinou e já começou, no mesmo dia, a radioterapia. Ele fez um desenho para eu ver que não estava tão feio e eu disse para ele: Qual é o tempo que eu tenho? Qual é a minha chance de 10 a 1? Ele olhou para mim e disse assim: "Se eu dizer que tu tens 1%, o que tu vai fazer?" – Se o Senhor dizer que eu tenho 1%, eu vou dar glória a Deus porque eu tenho 1, e vou lutar, porque eu tenho muita força. Aí ele me disse assim: "Eu vou falar claro contigo, vou ser taxativo. Vais ter que lutar muito, tens que ter muita coragem porque, se tu passares esses primeiros 15 dias do tratamento, não vou te garantir, mas tu podes vencer. Mas tens que lutar e estou falando isso exatamente porque estou vendo que tu és guerreira." –Eu vou passar os 15, 20, 30 dias e vou voltar aqui curada, o Senhor vai ver! E comecei o tratamento animada e com mais confiança que antes. Até hoje eu amo o Dr. D, ele foi dez comigo, me ouviu, me apoiou e não precisou me esconder nada de minha doença. (Silvana)

A comunicação eficaz favorece a formação do vínculo. Cecílio (2001) aponta que o vínculo pode ser algo como o rosto do "sistema" de saúde para o usuário, referência e relação de confiança. Reconhece ainda que o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: "encontro de subjetividades" (CECÍLIO, 2001, p.115).

Concebo o vínculo entre os trabalhadores de saúde e usuários como um caminho para a reorganização do trabalho da equipe de saúde e, por conseguinte, um facilitador do processo comunicacional.

Neste estudo, algumas falas trazem a perspectiva de mudanças, a partir do encontro com trabalhadores de saúde comprometidos com o outro, com um espaço de escuta, diálogo e acolhimento que propiciam à mulher enfrentar as etapas e complicações do tratamento, de forma mais tranqüila.

Fiz as sessões de quimio e radio e aí voltei. O doutor achou que eu tinha que fazer mais umas sessões de quimio e eu fiz. Foi aí que caiu o cabelo, mas eu não liguei, porque estava preparada. O Dr.T já havia me dito dessa possibilidade, que o meu cabelo poderia cair ou não, mas era normal. Ele é maravilhoso, diz o que tem que dizer sem rodeios ou meia palavra. Só que eu tinha isso comigo e me preparei psicologicamente. Pensei: É normal, é uma coisa normal as pessoas perderem os cabelos, mas, se é para eu ficar bem, pode cair todos os cabelos. Eu fiz a quimio na terça e, na sexta, já estava ralinho aqui em cima. Eu tinha um cabelão e, sábado pela manhã, eu me espreguicei e levei a mão no cabelo, tenho esse costume, e o cabelo saiu todinho na mão, um monte de cabelo. E eu já tirei aquilo ali, coloquei na sacola plástica e joguei no lixo, e comecei a usar lenço, chapéu. Só que não deu 30 dias e eu não agüentava mais usar chapéu: Não agüento mais usar isso! Tirei tudo e fiquei de coco pelado, andava na rua de cabeça branca e o cabelo veio rápido. Na sexta sessão, já estava voltando o cabelo de novo. Até comentei com o doutor: O meu cabelo está voltando é normal? Ele disse: "Eu acho que tu fez tão pouco caso para ele que ele, não quis ficar escondido e está voltando.". E voltou, está aqui. Eu terminei em maio o tratamento. (Silvana)

A comunicação efetiva entre a mulher e o médico permite os esclarecimentos desejados e a tomada de decisão consciente por parte da mulher.

Em Porto Alegre, o médico que me atendeu e me disse que eu teria que fazer de novo. E eu disse: Ai, meu Deus!... Estava apavorada, pois já estava queimada... "Mas vai ter que fazer, pois o tumor é muito grande!" – Ele falou tudo, me explicou com detalhes tudo que eu teria que passar, mas também deixou claro que a decisão era minha. Achei legal, porque ele me deu espaço pra eu decidir. (Laídes)

A vergonha de consultar com o médico (homem) foi atenuada pelo diálogo e acolhimento por parte do trabalhador médico e a pela presença da enfermeira, durante a consulta. Essas atitudes preservam a dignidade da mulher e valorizam a relação trabalhador de saúde/usuário.

Eu consultei com o Dr. M, que é muito bom, não tive problemas com ele. Eu é que tinha muita vergonha e isso dificultou a consulta, até porque eu queria uma médica, mas as que tinham no posto eram estudantes. E só sobrou o Dr. M. Aí ele conversou comigo, me explicou que estava acostumado, que eu podia perguntar o que quisesse, que não precisava ficar com vergonha... Aí foi tudo bem, também porque a enfermeira sempre esteve junto comigo na consulta, de mãos dadas comigo, aí eu ficava mais tranqüila. (Elvira)

Eu estava apavorada, não com a doença, mas com aquele exame horrível, dolorido e naquela posição assim tão constrangedora. Ah, mas o que é aquilo, aquilo é do tempo da pedra! A gente chega boa e sai sangrando, dolorida, horrível! Ainda bem que nunca tinha feito, pois acho um absurdo fazer esse exame todo ano, credo! Que vergonha! Doía, mas eu não dava bola. Eu digo para ela: Eu posso ter o que tiver não me preocupo, eu me angustio é com os exames. [O profissional que fez o exame lhe falou alguma coisa?] Não, ninguém falava nada, todos mudos, até minha filha... Era aquele silêncio, como se eu fosse morrer dali pouquinho, ninguém foi capaz de falar comigo. (Thereza)

A respeito da vergonha para fazer o exame pré-câncer, estudos têm demonstrado ser essa atitude responsável pelo “descuido” com a prevenção, pois muitas mulheres manifestam certa resistência em expor seu corpo e tê-lo manipulado e examinado pelo trabalhador de saúde, que, quando homem, agrava mais essa inibição. (RODRIGUES; FERNANDES; SILVA, 2001; LOPES et al, 1999).

Então, atitude como a relatada na fala acima vem ao encontro do que se procura enquanto exercício da integralidade, proporcionando um espaço para a experiência do cuidado em uma prática integral. O que é reforçado por Pinho e França Junior (2003), que alertam para que, se o exame ginecológico for feito sem a devida explicação do procedimento e do seu sentido, de forma fria e descuidada, pode potencializar o medo e rejeição a esse tipo de exame.

A importância de um canal aberto de comunicação entre o trabalhador de saúde e a mulher é fundamental para que ela se sinta mais tranqüila e entenda as orientações recebidas.

Eu me assustei, pensei em fazer o tratamento e, ao mesmo tempo, pensei por tudo que eu teria que passar nesse tratamento e o que poderia acontecer comigo. Eu tomava remédios para aliviar a dor. Lá na radio ele me disse que era câncer e que estava avançado no meu intestino. Mandou me cuidar mais, tomar os remédios direitinhos, seguir fazendo a radio, que o tratamento não seria dolorido, que não iria me machucar, não era para eu me assustar. Ah... Fiquei mais tranqüila porque não ia sentir dor, tenho muito medo da dor, de sofrer. (Vera Lucia)

Para Lacerda e Valla (2004), os profissionais de saúde precisam estar sensíveis ao sofrimento do outro e propiciar espaços de acolhimento e escuta para aliviar o sofrimento, estimulando a consciência crítica e autonomia dos

sujeitos, permitindo que se expressem e construam novos significados para as experiências vividas.

Por outro lado, quando a comunicação entre a mulher e os trabalhadores de saúde é qualificada, e todas as orientações quanto às etapas e reações do tratamento informadas foram experienciadas pela mulher, isto traz confiança no serviço e nos trabalhadores de saúde. As informações, de forma clara, segura, tranqüilizadora e esclarecedora, favorecem a adesão da mulher ao tratamento.

Tudo o que disseram que iria acontecer, aconteceu. Eles todos são ótimos! Eu tive falta de apetite, não tinha paladar... Eu sempre fui muito bem cuidada, a minha mãe me cuidava, sempre tive uma alimentação adequada, sempre procurei seguir o que eles mandavam. Quando eu ia fazer quimio, eles diziam para eu ter uma alimentação forte. Então não foi tão forte a reação. Também era a aplicação branca, a outra é bem mais forte. E com isso, como eles mesmos falaram, eu não fiquei careca, o cabelo caiu só um pouquinho. (Beatriz)

Eu não tenho assim... da minha parte, foi ótimo o meu atendimento. Em todos os lugares, eu fui muito bem recebida, bem tratada, pessoas maravilhosas... As orientações eram dadas pelo pessoal que manuseava as máquinas e pelo médico, nas consultas de revisão, e sempre que tinha dúvida eles me respondiam, e eu procurei muita coisa na Internet. (Fernanda)

Olha, o Dr. D me disse que tem cura, porque é no início, então pode curar. Mas sabe que lá eu vejo que cura em um lugar e sai em outro, isso eu tenho medo. Como uma senhora lá conversou comigo, ela disse que tinha nas trompas, depois passou pro pulmão, depois passou para o cérebro... Aí ela me disse isso e, quando entrei no consultório, perguntei para o Dionísio: Eu sei que tem um câncer que caminha... Eu disse pra ele: Eu quero saber se o meu é desses. Aí ele deu uma risada e disse: "Não, guria, o teu não é desse de metástase, ele não caminha. O teu é localizado só ali, não é esse problema.". Ele disse: "Vocês ouvem muita coisa e querem fazer comparação de uma pessoa com outra. Essa pessoa tem esse, mas tu não tem esse, o teu é localizado.". (Maria)

Assim, quando outras possibilidades de comunicação são incorporadas e o trabalhador de saúde consegue entender que a doença transcende a dimensão física dos sujeitos, a relação entre ambos passa a ser desenvolvida no campo de fortalecimento do vínculo. Nessa perspectiva, se conseguimos escutar, entender, dialogar e atender de maneira mais completa possível as necessidades das mulheres, a integralidade se revela, em cada momento, nas diferentes necessidades

de vínculo para os diferentes sujeitos, relacionada às condições de vida e à probabilidade de construir a autonomia no “modo de andar a vida”.

3.3.2. A escuta e o diálogo na construção da integralidade

O diálogo é uma conversação, um bate-papo (Ferreira, 1998). Para o mesmo autor, escutar significa ouvir.

A comunicação sustenta as relações interpessoais, é uma habilidade humana relevante para o aprofundamento dos vínculos pessoais e profissionais. Contudo, em meu entendimento ela pode ser aprimorada e ser mais efetiva se houver diálogo e escuta.

Diálogo e escuta funcionam como ferramentas de grande valia para a relação entre trabalhadores de saúde e usuários. Neste estudo, foi possível apreender que o diálogo, muitas vezes, está comprometido porque a mulher evita dialogar com os profissionais sobre o tratamento. Prefere ignorar o que terá que enfrentar, considera desnecessário um preparo anterior, pois poderia ficar assustada.

Tiveram profissionais que tentaram me falar alguma coisa, mas eu não quis saber. Achei melhor eu tentar me preparar na hora do que antes, e ficar assustada ou qualquer outra coisa. Eu quis enfrentar como se fosse tudo a primeira vez e o primeiro dia. Não adianta, é isso mesmo, não tem outro jeito. Se tu entrar em depressão, tu te ferra, se tu não te tratar, pior ainda! Desistir de viver é burrice. (Laídes)

O diálogo parece fluir melhor com as pessoas que passam por situação semelhante do que com os profissionais, pois, saber que tem pessoas em situação pior, gera uma sensação de conforto, de resignação.

Ah... lá no CERON, com os médicos, não sou de falar não. Eu converso com muita gente, mas converso mais com as pessoas que estão se tratando. Aí a gente vê coisas piores que a gente. Aí te animas,]porque tem pessoas passando o pior, que vêm de longe fazer o tratamento. Então eu penso: Bah! Eu venho aqui de Pelotas, já tô cansada, me desanimo... Tem gente que vem de Piratini, Bagé... Aí me ponho no lugar deles e me consolo. Tu vê, eles passam o dia aí, às vezes esperando outros que estão consultando, não é fácil, voltam para casa sabe lá que horas, e amanhã tem tudo de novo. (Maria)

O diálogo sobre o câncer é visto de forma preconceituosa pela maioria das pessoas, impondo à mulher certa restrição em falar sobre a doença fora do contexto familiar e de tratamento, comprometendo dessa maneira a prevenção e o cuidado que a mulher pode dispensar a si mesma.

Ah... eu só falo com as pessoas de dentro de casa, conhecidos... Para os outros, eu não falo, porque tem muita gente fofoqueira e bota muita coisa na cabeça da gente, fala muita bobagem para gente. Aí piora, né? Tem outras que te olham com pena e parecem te dizer: "Coitada, vai morrer..." – É horrível a gente se sentir assim ... De certa maneira, tem um preconceito, ah, tem. As pessoas entram em pânico, sobre a doença, muita gente até acha que esse câncer pega! E olha que, por fora, a gente não tem nada, é tudo aqui dentro, não aparece. Imaginas aquelas pessoas que tem câncer por fora, tipo na pele, no seio... Ah, Deus me livre, coitadas, devem sofrer! (Maria)

Se não há diálogo, podemos subtender que não há escuta, ou, na melhor das hipóteses, a escuta pode estar deficiente, por dificuldades advindas dos trabalhadores de saúde e/ou da mulher. É o que podemos observar nas narrativas das mulheres deste estudo. Assim, a escuta está comprometida, pois os médicos parecem não valorizar as queixas das mulheres. Mais que isso, parecem não "ouvir" as mulheres.

[Quanto à queixa de dor na relação sexual] Falar, eu falava, mas eles nunca deram muita importância. Eu acho que, quando tu não chegas morrendo de dor, os médicos não valorizam tua queixa. E como eu só tinha dor durante a relação sexual, quando estava na frente deles, era difícil eu dizer como era essa dor. Mas esse primeiro que eu fiz, em abril, eu acho que foi erro médico. Tenho quase certeza, porque eu já estava com os mesmos sintomas. Claro, a hemorragia começou mais e mais, mas o mesmo sintoma e dor na hora da relação. Era uma hemorragia que não passava! Era uma semana bem e, na outra, já começava sempre sangrando, sempre um pouquinho, mas sempre, mas eu acho que, desde abril, aquela função. (Fernanda)

Olha, vou te dizer uma coisa muito séria... Os médicos, a maioria das vezes, não querem te ouvir, eles não te dão tempo para tu dizeres o que sentes. Eu sentia um desconforto na relação sexual, mas achava que era normal, eu sempre senti, então encarava como que era assim mesmo. Meu falecido marido tinha... Assim... o órgão dele era muito grande, eu acho que me machucava... Só pode, porque senão, como essa doença vai chegar? (Dalva)

A falta de escuta é uma das queixas mais freqüentes da mulher. Vale a pena até exagerar, para se escutada pelo médico e, assim, assegurar a integralidade da assistência.

Mas sempre reforço que tem que insistir com os médicos para te ouvirem e, se tiver que pintar o quadro mais grave do que é, façam, pois assim eles te olham melhor [...] Mas eu fico apavorada... Acho que não poderia ser assim, afinal todos temos direito à saúde, né? (Fernanda)

Na fala acima, é preocupante como a mulher acaba por criar mecanismos de defesa com o intuito de se fazer ouvir pelo trabalhador de saúde. Ao mesmo tempo em que se reconhece sujeito com direito à saúde, parece não buscar outras alternativas, que possam despertar no trabalhador uma escuta sensível para esse exercício de cidadania.

A escuta segue comprometida, aparentemente em todos os níveis de atenção à mulher, pois os retornos para acompanhamento foram pontuados pela mulher como marcados pela demora no atendimento. E quando atendida, era rápido e a escuta médica deficiente.

[Com relação a começar o acompanhamento] Sim, e isto me deixa muito chateada, pois, de agora em diante, vou ter que estar sempre vindo no médico. E tem que marcar consulta, demora na fila e, se a gente tem dor, ai meu Deus, o médico custa a atender. É tudo muito demorado, só não é demorado a hora da consulta. Aí é bem rapidinho, pois o médico mal ouve eu me queixar... Eles não te deixam falar, sabe como é, eles têm estudo e sabem o que é melhor no tratamento da doença. Mas eu me queixo, não quero sentir dor, quero ficar boa logo. (Doca)

Mesmo a dor sendo o maior medo da mulher, ainda assim ela relutou em falar com o médico, foi pouco incisiva e pareceu esperar que a atitude de “escuta” partisse do trabalhador médico. Este por sua vez, não valorizou a queixa da mulher e pareceu realmente não escutá-la. Esta fala nos mostra o descompromisso do trabalhador de saúde com relação a olhar para a mulher por inteiro, no momento da consulta. Esta atitude de “não escuta” do trabalhador, somada à passividade da mulher, geram um encontro onde os sujeitos reduzem-se a um depositando “idéias ou queixas” no outro, sem qualquer interação.

Me dói aqui (mostra a região sacra), esse problema que tenho, falo para o médico, mas não me ouve, sei lá... Essa dor eu não agüento, tenho que tomar um remédio, alguma coisa para aliviar, a radioterapia, ela

queima, não está aliviando a dor, mas não é dor na vagina... Aqui não dói, ontem estava inchado um pouquinho, aqui sim, no cóccix, sinto ardência para urinar. Mas nem falei pro Dr. R, comentei só, ele não falou nada. Mas na próxima consulta vou falar, pode ser que ele me ouça e me dê um remédio bom. (Neusa)

A mulher relatou descaso, desinteresse e falta de escuta por parte do médico. A família foi ignorada, as queixas da mulher não consideradas, tendo sido necessário invadir o consultório e o médico se sentir incomodado, para tomar providências de um exame mais apurado, a fim de investigar a queixa constante de dor. Não apenas a escuta foi comprometida, mas também, a mulher como sujeito, que não queria ser reduzida a um quadro de doença. O direito à informação foi completamente desconsiderado.

A minha família estava no hospital, tinham cinco pessoas lá, quando entrei para o bloco. E, quando voltei, estavam todos lá e ele não falou nada para ninguém. Não foi capaz de dizer uma palavra sequer, a respeito de como tinha acontecido a cirurgia [...] e cinco dias depois da cirurgia, ele me mandou para casa. E eu disse: Doutor, eu estou com uma dor horrível! – “Isso aí é por causa do ‘duplo J’, o rim está rejeitando.”. Só que eu notava nele desinteresse... sabe que é tu estar acostumada a se tratar... eu senti o desinteresse, eu tinha um medo da sala de cirurgia... É como se eu tivesse entrado naquela sala e algo no meu subconsciente tivesse ficado gravado. Eu tinha medo, mas encarei. Ele não me disse nada do que ia fazer. Fui para casa, fiquei três meses direto com dor... Sempre e quando a dor meio que cessava, eu vinha na Santa Casa e invadia o consultório dele ali na urologia. Aí, um dia, ele me disse assim: "Estás me incomodando demais! Eu vou mandar fazer um ultra-som, para ver o que está acontecendo contigo.". Resultado... eu tinha câncer no útero, nada a ver com o rim. (Silvana)

A sobrecarga de serviço foi usada pela mulher para justificar a pressa e a falta de escuta dos médicos, ao contrário da consulta com a enfermeira garantindo resolutividade, escuta e atenção. Será que a enfermeira tem “mais tempo”? No cotidiano do trabalho em saúde a realidade, muitas vezes é a de que os trabalhadores de saúde são cobrados por produtividade (número de consultas, visitas domiciliares, procedimentos). Porém, acredito que, no tempo necessário para o diálogo (por menor que seja) entre os trabalhadores de saúde e usuários, poderíamos buscar a ampliar a “capacidade de autonomia” da mulher. A fala de Marcelle “eu me queixava mais pra enfermeira, quando ela me tirava a pressão. Pelo menos ela

me escutava e dizia para eu ter paciência” - já é um passo,mas precisamos qualificar mais essa escuta.

Agora, claro que estou mais por dentro, o que passei de lá até aqui, né... Mas sei como é o tratamento, porque da doença, assim, da doença como ocorre e porque, eu continuo não sabendo. Eu até tentei perguntar para os médicos, mas eles são muito ocupados e acabam te dizendo: "Agora temos que tratar, como surgiu, não tem mais importância.". Aí a gente acaba concordando também. (Fátima)

O problema é que tem gente que vai ao posto por qualquer dorzinha. Aí os médicos já ficam estressados e querem atender todo mundo rápido, te digo que mal ouvem a queixa da gente. Eu até prefiro ser atendida pela enfermeira. Essa sim senta, conversa, te ouve, te encaminha para o médico certo. Aí eu indo bem cedo tirar a ficha, posso escolher com qual médico quero consultar. Caso contrário, já peço para falar com a enfermeira, ela é um amor e me encaminha. É que não gosto de ficar abusando das pessoas, né. (Vera)

Fui muitas vezes ao posto, perdi a conta, pois a dor era constante e o remédio para gases não funcionou. Mas o médico não me ouvia muito, não deu muita atenção, eu me queixava mais pra enfermeira, quando ela me tirava a pressão. Pelo menos ela me escutava e dizia para eu ter paciência. (Marcele)

Pinheiro (2001) pontua que os esforços para introdução de ações interdisciplinares nas unidades de saúde são timidamente percebidos pelos usuários, uma vez que a preferência deles acaba se restringindo ao profissional médico. Na fala de Vera, observamos bem essa preferência, pois a mulher pontuou ser atendida pela enfermeira porque ela ouvia, conversava, mas encaminhava para o atendimento com o médico.

O contraponto da falta de escuta é justamente ouvir, escutar. As mulheres entrevistadas mostraram-se surpresas quando bem atendidas, acolhidas e ouvidas pelos trabalhadores médicos, demonstrando o quanto essa relação é unilateral, com domínio absoluto do trabalhador médico. Talvez se as mulheres tivessem maior conhecimento a respeito da organização e do funcionamento dos serviços públicos, a boa escuta dos trabalhadores de saúde não seria encarada como uma boa vontade destes para com o usuário, mas, antes disso, um direito de todos que utilizam os serviços de saúde.

Saí do consultório, aí em casa falei pro meu companheiro que estava inconformada de ter que tirar o útero. Ele me sugeriu consultar com outro médico, mas particular. Foi o que fiz, aí tudo mudou. Esse Dr. Y é muito bom, me tratou sempre muito bem e, já na primeira consulta, foi me dizendo que eu estava com câncer. Mas que era tratável, que teria que fazer quimioterapia e radioterapia, mas que eu aí ia ficar curada. E ainda reforçou que nada de cirurgia pois, primeiro, eu tinha que tratar a doença. (Dalva)

Eu lembro que esperei uma hora, mais ou menos, para ser atendida e, quando entrei no consultório, era um médico novo que eu não conhecia. E até pensei: Mais essa ainda, esse guri tão novinho! Bem ele verificou minha pressão, que estava nas alturas, e pediu para dizer o que estava sentindo. Aí eu relatei que era uma dor insuportável na barriga, tipo uma cólica menstrual. Depois de um monte de perguntas, ele quis saber do meu pré-câncer, quando tinha sido o último. Eu disse que fazia quatro meses que tinha feito, mas que não tinha vindo buscar o resultado, pois tive problemas de saúde na família. Ele disse: "Espere aqui, que vou buscar.", voltou e, quando abriu, ficou mudo! Eu senti uma dor no coração, pois, não sei por que, achei que tinha algo errado. Ele foi super gentil, me acalmou, me deu um copo de água, conversou tudo comigo. (Djanira)

Ele é um médico que tenta te acalmar, tentou me acalmar, disse que não era nada demais, que eu tinha pegado no começo, que não precisava ficar assustada. Eu achei que eles são todos bem educados, me recepcionaram bem, o médico, bah!... Me atendeu bem. Me admirei, porque a gente quase sempre pega médico estúpido, médico que nem quer tocar na gente, médico que examina a gente só assim olhando. Não, ele atende a gente, conversa, bate no ombro, bota a mão por cima do ombro da gente, tenta acalmar a gente... Muito bom médico, me atendeu muito bem, ele e a turma que trabalha com ele também. Uma senhora que é assistente dele que faz a gente se deitar, se preparar para ele vir examinar, muito educada, muito calma, gente eficiente tem ali. (Maria)

Sem dúvida, a formação do vínculo com a equipe de saúde é importante para o êxito da proposta de cuidar em saúde. Acredito que o alcance de uma boa qualidade de vida depende de como estabelecemos nossas relações com o outro, entre nós e o mundo.

Para as mulheres entrevistadas o vínculo é sinônimo de serem acolhidas pelo trabalhador de saúde, pois quando ele conversa, acalma, é educado e eficaz, escuta suas queixas, esclarece as dúvidas e dá os encaminhamentos pertinentes, em outras palavras atende suas necessidades de saúde.

Aí a doutora entrou em contato com os laboratórios, explicando a minha situação, dizendo que eu não era nenhuma milionária, nenhuma rica, para eles ir diminuindo o preço dos exames, porque ela precisava com urgência. A doutora me ajudou muito nessa parte, ela foi assim um anjo mesmo. Aí ela ligava no laboratório e dizia: "Olha, é uma paciente que as condições dela não é de pessoa de classe média alta, é ao contrário, eu preciso

desse exames, me façam um preço que ela possa pagar.". Então foi assim que aconteceu, a gente tem um vínculo, entende? Eu confio só nela. (Rose)

A doutora falou na sinceridade, sim, porque, como ela disse, até me pediu desculpas porque eu sou muito alegre, brincalhona e ela já me conhecia há anos. A gente já tinha uma amizade e ela me disse: "Eu nunca imaginei que tu ia ficar assim.". Mas é um choque, né... e, quando eu soube, na hora parecia que o mundo tinha terminado para mim. Mas ela foi muito querida, gentil, me acalmou... por sorte minha foi com ela, que eu já conhecia de tempos. (Beatriz)

Às vezes, o vínculo afetivo com o médico proporciona consolo com relação ao possível erro na condução do tratamento.

Não, estou só aqui. O Dr. M ainda falou que eu fosse lá na casa dele, que queria conversar comigo, me ver, ele é muito meu amigo. Os meus guris ficaram furiosos com ele, meu filho queria ir lá na casa dele e eu disse; Como tu vai agredir um profissional, uma pessoa... isso acontece, ele fez a cirurgia e me socorreu como pôde, jamais eu vou ser contra ele, ele é meu amigo. Na hora que eu quiser ir à casa dele e pedir o que for, vou lá e peço, até café eu vou e tomo". Eu gosto muito do Dr. M. Se ele errou, todo mundo erra. (Neusa)

A mulher traçou um comparativo entre o atendimento na UBS durante o pré-natal, e o atendimento no hospital por ocasião do parto. Na UBS, o atendimento foi lento, porém as orientações eram claras e pertinentes à gravidez, a equipe era conhecida (vínculo). No entanto, quando chegou ao hospital, a equipe era estranha, os profissionais não tinham paciência. Essa situação nos proporciona refletir sobre a necessidade de articulação em rede nos serviços de saúde, de maneira que a mulher pudesse fazer um contato prévio com a equipe que iria atendê-la por ocasião do parto. Assim, estaríamos assegurando-lhe o direito de não ser vista de forma fragmentada e solta no mundo.

Olha aqui, no postinho o atendimento é meio lento, mas as grávidas sempre tiveram prioridade, nunca faltou médico. A única coisa ruim era que cada mês era um médico diferente, pois os estudantes trocam muito de posto. Mas eu sempre fui bem atendida, as orientações que me davam eram muito boas, durante a gravidez. Mas, na hora do parto, a coisa é bem diferente do que eles falam no postinho [...] No hospital é outro médico, outras pessoas que nem sempre têm a mesma paciência que tu estás acostumada no postinho. Lá a gente é conhecida, tem carinho das pessoas. No hospital, a gente está num momento delicado, com dor e precisaria ser bem atendida. E aí tem umas pessoas que dizem: "Ah... filha, agüenta, tu não quis fazer? Agora tem que ganhar..." – é horrível isso! (Marcele)

Na relação com a equipe, o tratamento longo proporcionou a formação do vínculo. A mulher classificou o atendimento recebido como ótimo, pois desenvolveu laços afetivos com a equipe.

Foram todos ótimos comigo, não posso reclamar. Às vezes via alguma coisa meio ruim, assim um atendimento mais descompromissado, mas nunca comigo. Eu seria muito injusta, se apontasse qualquer coisa ruim no atendimento. Os médicos, as enfermeiras e todo o pessoal que atendem a gente, na quimio e na radio, são maravilhosos. Acho que, pelo tratamento ser longo, tu acabas criando um laço afetivo com eles e, quando terminei o tratamento, estava feliz, até senti falta da turma. (Marcele)

O compromisso de oferta de um cuidado integral passa pelo pressuposto de que o trabalhador de saúde precisa se comprometer no desenvolvimento da escuta, estreitar o contato e formar o vínculo com a mulher. A integralidade só será possível no cotidiano das práticas de saúde, se houver compromisso com a produção do cuidado, respeito à subjetividade da mulher e a criação de espaços coletivos que propiciem o exercício de práticas de saúde mais consistentes e integrais à saúde.

3.3.3. A relação com a equipe de saúde

A comunicação e o vínculo são essenciais para o desenvolvimento de um trabalho em equipe produtivo e onde possam ser estabelecidas relações mais francas e diretas. Merhy (2007), ao discutir sobre a implantação de uma equipe multiprofissional em saúde, deixa explícito que “uma equipe que não consegue ter vínculo amoroso e de amizade com o outro integrante não consegue produzir”. Essa maneira de ser da equipe, Merhy (2007) denomina de *autopoiética*, traduzida pela capacidade dos membros estarem ligados um ao outro, amorosamente, nas diferenças, produzindo vida.

O trabalho em equipe tem sido proposto, na área da saúde, como possibilidade de alcance da eficiência, eficácia e efetividade das práticas de

cuidado, que só serão possíveis através de uma produção coletiva. Dificuldades têm sido apontadas na formação de uma equipe de trabalho resolutive, em função da complexidade de articular e coordenar um conjunto diversificado de trabalhadores, cada um com sua singularidade (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2005).

Corroborando com as autoras, e acrescento que este é um desafio para os gestores dos serviços de saúde, uma vez que se trata de ultrapassar a dicotomia de uma assistência composta de ações curativas e preventivas. Substituir o trabalho isolado de cada profissional, para, através de um trabalho em equipe alcançar a integralidade das práticas de saúde para a melhoria da vida do indivíduo, família e comunidade.

Porém muitos desafios estão imbricados nessa busca, pois a noção predominante nos serviços de saúde é o entendimento de que, para o trabalho em equipe, basta a coexistência de vários profissionais numa mesma área de trabalho e compartilhando espaço físico e clientela. Tal cenário, com certeza, não traduz uma produção de cuidado integralizado e, como referem Peduzzi e Schraiber (2005), precisamos discutir e analisar outras possibilidades para o trabalho em equipe, mais abrangentes e que ultrapassem o mero agrupamento de profissionais.

Para Ceccim (2007), trabalhar em equipe é um consenso, independente da área de atuação. Para tanto, há necessidade do trabalhador em saúde deixar de restringir o usuário ao aspecto da fisiopatologia, da doença, e enxergá-lo como um indivíduo, com singularidades e vivências que devem ser observadas na escolha da terapêutica. Este é meu entendimento também, quando penso na articulação dos serviços de saúde, no atendimento às necessidades de saúde da população e de forma especial, a população feminina, interesse particular deste estudo.

Olhar para as mulheres como sujeitos singulares, com vivências particulares e únicas, e compreender que esse universo de cuidar requer muito mais do que prescrições padronizadas. Usando as palavras de Ceccim (2007), “não dá para trabalhar sozinho diante de um sujeito tão singular (...) É necessária a construção de um saber em vez de prescrição de atitudes, de ações recomendadas para cada caso”.

Assim, ao analisar as narrativas das mulheres entrevistadas, sobre as suas relações com os trabalhadores dos serviços de saúde, podemos observar que a assistência prestada é fragmentada. Ela é centralizada, muitas vezes, na figura médica, como única responsável pelo restabelecimento da mulher, ficando no pano de fundo os outros trabalhadores que, seguramente, são atores ativos do processo de cuidado dispensado às mulheres.

Na fala a seguir, a acolhida cordial dos médicos foi entendida como uma relação familiar, embora eles “sejam ocupados”.

Mas os médicos são uns amores, tratam a gente com tanto carinho, que tu ficas até pensando: Poxa! Ele é tão ocupado, tem estudo e está aí falando com a gente tão... Assim como vou dizer... parece que a gente é da família, entendes? (Djanira)

Eles foram e são muitos bons... É que tu acabas criando uma relação de amizade, pois o tratamento é longo. [...] Ah... Consigo identificar cada um. Eu sou muito falante, né... aí vou perguntando. Mas tu percebes quem é quem, pela maneira que eles chegam pra te atender. Os estudantes ficam muito nervosos e os médicos são mais seguros e te transmitem isso. Já as enfermeiras são umas doçuras, vinham me atender com carinho e dedicação. (Elvira)

Assim, a mulher não conseguiu identificar os demais profissionais que lhe prestavam assistência e cuidado; essa identificação ficou centrada na figura do médico. Isso, de certa forma, guarda uma coerência, na medida em que o serviço de saúde é centrado no procedimento. A mulher acaba por relacionar o trabalhador de saúde de acordo com o cuidado que executa (por exemplo: médico faz consulta, enfermeira chefia o serviço).

Olha, os médicos eu sei quem são, mas o pessoal do Raio X que fiz em seguida, não sei quem é. Tem uma menina que trabalha no Raio X e aí a menina do laboratório. Fiz exame de sangue e urina no laboratório perto do Clínicas, ali fiz sangue e urina. Eletro fiz dentro do Clínicas. São muitos, aí fica difícil saber quem são né! (Maria)

Não, eu sempre que penso em doença, só sei do médico. Outro dia, na radio, conversando com uma senhora que também tem a doença no útero, fiquei surpresa, quando ela me falou que quem fez seu preventivo foi uma enfermeira. E que ela já foi explicando que ela tinha muita alteração no útero, e que não era para deixar de vir buscar o resultad. Eu nem sabia que enfermeira podia fazer isto, mas ela me explicou que era uma enfermeira formada. (Dalva)

Portanto, a identificação dos profissionais que atendem a mulher fica por conta dos procedimentos realizados, comprometendo as relações entre os sujeitos. Os elementos da equipe de enfermagem, muitas vezes, não são nem identificados no serviço. Os dados de registro das observações corroboram, neste sentido, mas também precisamos levar em conta que, muitas vezes, o próprio trabalhador de enfermagem não se identifica, ao prestar o cuidado à mulher.

Mais ou menos, os médicos eu conheço todos, mas eu sei que tem as enfermeiras que fazem a medicação. Tem uma que é a chefe e que passa de vez em quando, para perguntar se está tudo bem. Tem também o pessoal da nutrição e psicologia, mas acho que são todas estagiárias, porque tem umas carinhas muito novas ainda. (Dalva)

Além dos médicos, só conhecia a enfermeira que aplicava a quimio. Enfermeira ou Auxiliar de enfermagem, não sei distinguir. Só as que aplicavam a quimio que nós chamávamos de enfermeira. Nunca vi mais ninguém, nem sabia se tinha outros profissionais. Nunca vi, mas já faz algum tempo. Vai ver, hoje as coisas estão diferentes. (Beatriz)

A Enfermeira se aproxima e começa o procedimento. Mantém a cabeça baixa, não se identifica, não explica nada do que está fazendo. Noto que Dinorá e Djanira estão um pouco desconfortáveis, mas também não perguntam nada. A enfermeira olha para o local da punção, fazendo breve inspeção, despede-se e vai embora. (OBS. Djanira, 25/07/2006)

Os médicos, como únicos profissionais que orientam a mulher, somente eles sabem tratar a doença. Porém, há um contraponto, pois a mulher relatou ter mais confiança e credibilidade na mãe por ser “Mãe de Santo”.

Só os médicos que me trataram do câncer. E fui até eles, porque a minha mãe, que é Mãe-de-Santo me mandou, porque eu sou muito de conversar mais com a minha mãe. A minha mentora é a minha mãe, o que ela dizer eu faço, mais até que os médicos, pois eu acredito na força dela. (Rose)

Nas falas acima fica evidente o modelo de atenção à saúde centralizado na figura do trabalhador médico. Se pensarmos em trabalho de equipe, para as mulheres do estudo, esse trabalho parece ser executado somente pelo médico.

Se buscarmos uma reformulação no modo de gerenciar as ações de saúde pautado no princípio da integralidade, certamente compactuaremos com Mattos (2001, p.51), para quem a “integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde”.

Dessa forma, é necessária a articulação das ações dos diferentes trabalhadores que compõem a equipe de saúde, e com a participação dos usuários, para buscar, nas diferenças de cada um, a construção de espaços de transformação do cuidado. Pois, ainda para Mattos (2001), a integralidade só se realizará com incorporação e redefinição da equipe de saúde e de seus processos de trabalho.

A relação com a equipe foi superficial, pareceu não haver formação de vínculo entre a usuária e a equipe da UBS. Acredito que essa situação é altamente comprometedor para o desenvolvimento das ações de cuidado e prevenção dos agravos à saúde.

Ah... eu conheço mais ou menos, pois estão sempre trocando. Cada vez que se vai lá, é um médico diferente... tem muito estudante... A impressão que tenho é que estou sempre chegando em um lugar estranho, fica mais difícil... Pra consultar então, nem se fala! Tu tens que tá sempre contando a mesma história pra pessoas diferentes. (Nancy)

Contudo, a relação com a equipe de saúde pode ser menos conflituosa, na medida em que a mulher desenvolva uma relação de amizade e consiga identificar cada membro da equipe pela maneira como atende se, nervoso, seguro, carinhoso e dedicado.

Sim conheço todos. É bem verdade que os médicos tão sempre trocando, não sei por quê. Mas eles não duram muito tempo, eles dizem que é porque pagam pouco, que o salário é baixo... Mas as enfermeiras e o pessoal da recepção faz muito anos que são os mesmos, e me atendem com carinho. (Djanira)

Os profissionais de saúde foram atenciosos e prestativos no cuidado, embora a pressa no atendimento tenha sido novamente apontada.

Conheço todos, são muito bons, mas alguns médicos muito apressados. Já a turma da enfermagem é muito atenciosa e prestativa. (Vera)

Quando a mulher sente-se acolhida, respeitada e desenvolve uma relação afetiva com a equipe, valoriza a escuta e atenção presentes no atendimento prestado.

Ah... de todos profissionais que eu passei, tirando o Dr. A, que foi o primeiro e que não gostei, se tu me perguntasses uma nota para dar a eles, de 10 a 1000, eu daria 1000, porque foi muito bom. Eles foram muito atenciosos, sempre procuraram me ajudar, me ouviram, me deram atenção no que eles podiam... No tempo deles, pois tu não podes querer ficar uma hora com o médico conversando, se ele tem só 15 minutos para atender os pacientes. Mas foi muito bom, porque tu acabas criando uma relação de afeto com todos. Sempre tive retorno, fui bem atendida, só o que demora... O que prende agora, no caso, é marcar uma consulta, que tu marcas em um mês, para ser atendido no outro. A oncologia é difícil. (Silvana)

13h45min – Entramos na sala de atendimento e somos recepcionadas pela Enfermeira do setor, que nos cumprimenta cordialmente e encaminha Djanira para a cadeira, enquanto vai explicando o procedimento que será realizado. Salienta a importância da participação de Djanira no tratamento e reforça que, qualquer coisa que ela sentir ou achar que não está bem, reclame. Nota da pesquisadora: a Enfermeira demonstra segurança na execução dos procedimentos, dá orientações claras, usa tom de voz baixo, é delicada nos movimentos e tem interação com a mulher. (OBS. Djanira, 06/07/2006)

O desconhecimento do papel que cada trabalhador desempenha dentro da equipe e dos serviços de saúde pode residir no fato de que as relações pessoais são pouco valorizadas nas ações de saúde, em todos os níveis de atenção, uma vez que o papel central cabe ao médico. A mulher referiu desconhecer que o pré-câncer podia ser colhido por enfermeiro, demonstrando insegurança quanto ao profissional que iria coletar o exame.

Não sabia. Depois que a agente de saúde me disse; “Não, Maria, mas ela é Enfermeira padrão, ela pode.” – “Ah... eu achei que era Enfermeira de postinho. – “Não, ela é Enfermeira padrão.”. Eu não ia, porque achava que era Enfermeira comum e não poderia não fazer o meu exame direito.

Na minha cabeça, esse exame é só o médico que faziam. Ignorância sabe, hoje eu deixaria a enfermeira fazer, mas sei que é a chefe, né? (Maria)

“Na verdade, eu tenho visto ela (enfermeira) circulando por aí, mas nunca veio falar conosco. Eu sei que ela é a chefe e parece sempre muito ocupada. Na quimio anterior, foi outra que nos atendeu.” – Era Enfermeira? pergunto. – “Era, mas não é a chefe, é aquela ali de avental branco e cabelos longos pretos.” (aponta para uma Técnica de Enfermagem que está atendendo outro paciente na cadeira em frente a nossa). (OBS. Djanira, 06/07/2006)

Embora, em outros momentos, tenha havido uma crítica ao atendimento prestado pelo estudante, fica evidente a importância da formação dos trabalhadores em saúde. O investimento de recursos na capacitação e qualificação dos trabalhadores pode ser um avanço importante para o desenvolvimento de práticas integrais de cuidado.

Tem gente que não gosta de consultar com estudante, eu também não gostava. Às vezes dizia: Ah... o estudante, gente nova, né?. Mas, no meu caso, foi uma estudante que viu. Chamou a médica, falou para a médica, ela examinou e não deu bola. A médica disse que eu tinha um sinalzinho do tamanho do grão de feijão no meu útero, que era uma berruguinha, era por fora, não era nada de mais. A estudante eu vi que ficou com um pé atrás, olhou de novo, examinou, que eu tava na mesa ginecológica, né, teve mais interesse que a médica formada. Por quê? Depois me disseram que estudante está estudando e quer aprender mais. Então, talvez se a médica tivesse me dito o que era, eu poderia ter tratado quando era do tamanho de um grãozinho de feijão...[...] Eu já tinha, quando eu fiz a curetagem, eles eram para ter visto, né? Depois da curetagem, eu fui fazer a revisão no Clínicas e a estudante que viu e mostrou interesse. Tanto que chamou a médica, pois ela tava com dúvidas, e a doutora viu e disse que não era nada, era um sinalzinho só. E desse momento até a consulta com a Dra. L, levou dois anos. Aí aumentou, né... (Maria)

A trajetória da mulher nos serviços de saúde possibilitou a identificação de outros profissionais além do médico, o que favoreceu a interação em outros espaços. Outros trabalhadores se fizeram presentes e se colocaram disponíveis, para a atenção à mulher.

Olha aqui, na quimio, eu já recebi orientação da Nutricionista, da Psicóloga, Assistente Social... A Psicóloga até me convidou, se eu quisesse participar de reuniões para a gente conversar, expor e tudo mais. Só que para mim fica difícil, pois eu moro no interior e volto de ambulância. Como eles vêm buscar o pessoal da hemodiálise, e eu aproveito e vou junto... (Letícia)

Assim, é possível observarmos, nas narrativas das mulheres, que as relações usuário/trabalhador e usuário/serviço são permeadas de

desconhecimento sobre quem somos, o que fazemos. Se os trabalhadores de saúde se dedicassem mais ao desempenho das tecnologias leves (MERHY, 2000), aprimorando o vínculo, a escuta e o acolhimento, haveríamos de experimentar a integralidade da saúde e, através do diálogo com as usuárias, seria possível, também, a identificação dos trabalhadores que cuidam dessas mulheres.

Acredito que a realização de uma prática pautada pela integralidade só será possível, através de um trabalho em equipe estimulado desde a formação acadêmica, criando-se espaços de diálogo entre os estudantes das diversas áreas, pois, se pretendemos como trabalhadores em saúde, prestar um cuidado pautado pela integralidade, não podemos, de forma alguma, pensar em executá-lo individualmente.

3.3.4. O acolhimento às mulheres

O acolhimento é um encontro. Acolher significa abrigar, aceitar, asilar, receber (FERREIRA, 1998). Merhy (1997, p.138) define acolhimento como:

Uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e os serviços, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.

Compactuo com Merhy (1997), ao definir o acolhimento com uma relação humanizada. Entendo que esse encontro do sujeito-usuário com os trabalhadores do serviço de saúde deve ser mediado por uma relação de troca, dialógica e de respeito à subjetividade do outro, ou seja, “Pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados” (SILVA JUNIOR 2001, p.91).

O acolhimento traz uma ligação com a organização dos serviços, no que diz respeito, mais especificamente, à forma como esses serviços se estruturam para

serem utilizados pelos usuários, com vistas à melhoria do cuidado prestado e qualidade de vida das pessoas.

Para Silva Junior e Mascarenhas (2004), podemos pensar acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. O acolhimento como postura está ligado à atitude dos profissionais e da equipe de saúde em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas, através de uma relação de confiança e apoio.

O acolhimento como postura tem a ver também com as relações intra-equipes e da equipe com os usuários, para a produção de relações democráticas que estimulem a autonomia, participação e consciência coletiva para novas práticas sanitárias.

O acolhimento como técnica permite a geração de procedimentos e ações organizadas, com o fim de facilitar o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta de soluções ou alternativas às demandas.

A superação da fragmentação de saberes e a organização dos serviços através da interdisciplinaridade podemos construir novos saberes de acordo com as necessidades do trabalho em saúde e criação de novas práticas.

O acolhimento como princípio de reorganização de serviços tem como proposta um projeto de trabalho realizado pelo conjunto de agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. Implica em reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 245-246).

Essa teorização sobre acolhimento é importante para apreensão dos significados das narrativas das mulheres deste estudo, ao serem questionadas

quanto à forma como foram recebidas pelos trabalhadores de saúde, nos diferentes serviços que percorreram na busca do diagnóstico e tratamento do CCU.

Dessa maneira, a atitude receptiva, a cordialidade, o interesse, a escuta são algumas das posturas dos trabalhadores de saúde apontadas pelas mulheres como bom acolhimento. Veremos a seguir que mulher sentiu-se bem acolhida pelos trabalhadores em saúde, pontuando bom resultado com o tratamento e satisfação com as orientações que recebeu. Entretanto, pareceu mais ouvir que perguntar, em função de considerar os médicos muito ocupados e ter receio de abusar.

Até que estou gostando, estou mais animada, pois são as últimas radio. Acho que, semana que vem, termina. Não sei se vai ter mais depois, mas eu me sinto bem melhor. Sou bem tratada tanto na quimio quanto na radio, todos me atendem com carinho e delicadeza, mesmo nos dias em que estou rabugenta. Nas consultas com os médicos, eles me explicam e eu saio satisfeita. Na realidade, não sou de perguntar. Eu escuto o que eles dizem e tá tudo bem, quero é terminar o tratamento e ir embora. Além disso, eles são muito ocupados, é bom não abusar. (Vera Lucia)

Acolhimento receptivo e cordial do médico (ou da equipe) deixa a mulher mais tranqüila. As explicações, no decorrer do procedimento, mantêm a mulher informada do que lhe vai acontecer e provavelmente farão com que ela participe mais do processo. Para algumas mulheres, contraditoriamente ao colocado em outros momentos, o SUS é visto como serviço de bom atendimento, com acolhimento e informação.

Também fui bem atendida [no ambulatório], o doutor me atendeu lá, a doutora e alguns residentes, né. Fui muito bem atendida, fizeram todos os exames necessários. [...] Ali eu fiz o exame de toque, fiz exame de toque retal, para ver o estadiamento. Eu acredito que tinha uma televisão lá, deve ter sido filmado por dentro, para ver como é que tava. Eu vi que ela tinha um microscópio também. Isso tudo eu fiz ali. Fui muito bem examinada e muito bem recebida. Eles são super simpáticos, me explicavam tudo, isso me tranqüilizou bastante e me fez ficar interessada em procurar esclarecimentos da doença. O mais interessante é que o atendimento é todo pelo SUS... super gentis, me escutaram com delicadeza. (Letícia)

O acolhimento deve ser prerrogativa de todos os níveis dos serviços de saúde, As mulheres com CCU, em sua busca por atenção nos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, transitam por espaços que lhes são totalmente desconhecidos e que geram sentimentos de angústia, medo. Tais sentimentos poderão ser amenizados, na proporção direta da forma como são acolhidas pelos trabalhadores de saúde.

A atenção dos funcionários e conhecer o médico antes da cirurgia trouxeram tranqüilidade à mulher, que se sentiu acolhida pelos trabalhadores.

Eu não fui consultar com ele, conheci dentro do bloco [...]. A Dra. L, que lhe encaminhou tudo, e o pessoal do bloco cirúrgico da Fau, muito atenciosos. Eu pedi para conhecer o Dr. R, que já estava no bloco, e ele veio e eu disse: Estou nas mãos de Deus e agora em suas mãos. Eu quero viver! – "Tu vai ficar boa, não te preocupa, vai correr tudo bem." – Aí ele me tocou e eu me senti muito bem, para mim foi excelente. (Beatriz)

A atenção do médico confortou a mulher, porém ela solicitou um tipo de assistência, no que não foi atendida de imediato, reforçando a necessidade do bom atendimento e o acolhimento.

Quem mais me dava atenção era o Dr. R. Não sou muito de exigir coisas, ainda mais que, dentro do bloco, tinha umas 10 pessoas. A única coisa que eu pedi foi uma anestesia geral, que eu não queria ver nada. Só que, na hora, me fizeram aquela da cintura para baixo. E eu me deitei e senti que estavam me mexendo, já tinham me cortado. Aí eu disse para ele: Estou sentindo! Tive que reclamar, tava sentindo tudo, era bem o que não queria. Já me aplicaram a outra anestesia. Aí só me acordei na sala de recuperação. Fui super bem atendida, toda hora me perguntavam como estava me sentindo. Isso foi umas 07:30 e, às 16:00, fui para o quarto com sonda, dreno e aquela coisa toda. Mas fui muito bem atendida pelos enfermeiros, não senti dor nem nada, me cuidaram com carinho, todos. Isto, para mim, tem valor enorme. (Beatriz)

A vivência das mulheres deste estudo traz a reflexão de que o acolhimento representa um papel fundamental na organização dos serviços de saúde e na postura dos trabalhadores para com essas usuárias. Pois através do diálogo e da escuta, direcionamentos podem ser tomados, no sentido de satisfazer as necessidades de saúde das mulheres. Não só cuidando, encaminhando, mas, sobretudo, fazendo desse encontro um meio de promover a orientação para o desenvolvimento de maior

conhecimento sobre os riscos de agravos à saúde. Além de desenvolver a consciência de que cada mulher é também responsável por si, seus familiares e pela comunidade.

Teixeira (2003), ao se referir ao acolhimento dialogado, nos traz a importância de reconhecer o outro como um legítimo outro; reconhecer cada um como insuficiente. E que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes. Isto é, em síntese, entender que todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e que a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido, no ponto de convergência das diversidades (TEIXEIRA, 2003, p.105).

A integralidade construída com base nas relações entre o trabalhador de saúde e as mulheres com a intenção de produzir saúde, é mais que simplesmente ousar. Trata-se de estabelecer o elo entre as diferenças e produzir saúde a partir das necessidades das pessoas, buscando a integralidade ampliada (Cecílio, 2001), com a participação dos trabalhadores de saúde, das mulheres e da rede de serviços.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como mote inspirador a reflexão acerca do que nos afasta de alcançar a integralidade na saúde da mulher, quando constatamos a alta incidência e prevalência do câncer do colo uterino (CCU), apesar do conjunto de ações estratégicas para seu controle explicitadas pelas políticas de atenção à mulher, no Brasil.

Tendo em vista as questões relacionadas à saúde da mulher com CCU e a busca de integralidade da atenção, foi traçado, como objetivo central desta investigação, analisar a atenção ofertada à mulher com diagnóstico de CCU, a partir de sua experiência, na perspectiva da integralidade da assistência, na rede pública de saúde.

A importância de conhecermos as práticas de atenção à saúde e a maneira como elas vêm sendo efetivadas, no cotidiano do trabalho, para a produção do cuidado, tanto para a área da gestão quanto da organização dos serviços de saúde, são de relevância para a configuração da integralidade. Não somente como princípio do SUS, mas também como boas práticas de saúde, para a melhoria do cuidado à saúde dispensado aos usuários do SUS.

O SUS que sonhamos e desejamos não requer somente a adoção de tecnologias sofisticadas e de alto custo. Também tem ligação com o reconhecimento de que as ações de saúde dependem da qualidade e da humanização da atenção, que, por sua vez, estão na dependência das relações intersubjetivas da equipe de saúde e dos usuários dos sistemas de saúde local, regional e federal.

Entendendo que efetividade das ações de saúde, em busca da integralidade da atenção, requer ousadia e a promoção do diálogo entre os atores sociais, como forma de construir uma consciência sanitária que permita o compromisso

ético em direção às mudanças necessárias, para o alcance do SUS que merecemos.

Neste estudo, foi possível observar que a integralidade em saúde, para as mulheres entrevistadas, é entendida como facilidade de acesso aos serviços, boa receptividade por parte dos trabalhadores, escuta, diálogo e formação de vínculo.

Porém, o que se pode inferir é que a integralidade ainda está ausente na prática cotidiana dos trabalhadores de saúde, que continuam com uma abordagem profissional focada no procedimento e/ou queixa da mulher que comparece à UBS, parecendo não haver preocupação em relação ao contexto geral de vida dessas mulheres.

Outro dado relevante que reforça essa postura dos trabalhadores diz respeito à falta de integração entre os trabalhadores da equipe de saúde e entre as equipes de distintos serviços, que pode causar impacto negativo sobre a concepção da integralidade, como princípio do SUS, e de boas práticas de saúde. Certamente esse aspecto poderia ser amenizado ou solucionado com um planejamento de ações discutidas e formuladas envolvendo os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde.

A integralidade da atenção à saúde da mulher deve estimar a perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e diversas perspectivas, quanto ao modo de satisfazer as necessidades das usuárias e dos serviços. É necessário entender que as pessoas são fruto de suas vivências e das relações que estabelecem na sociedade e que, portanto, constroem diferentes significados para o processo de viver e ser saudável.

Dessa forma, na procura pela assistência, acesso ao SUS e utilização dos serviços de saúde, em busca de atenção integral, as mulheres vivenciaram o

caminhar por esses espaços de atenção e cuidado de maneira bastante desgastante. E expressam seu entendimento de que a organização dos serviços de saúde, quanto ao acesso é traduzido por “caminhar muito” para fazerem os diversos exames, para confirmação do diagnóstico.

A concepção que fazem do SUS é a de um serviço demorado, burocrático, de baixa resolutividade, ao traçarem um paralelo com outros serviços (privado e/ou convênios). Avaliam que, nos serviços privados e/ou convênios, seriam mais bem acolhidas que no SUS. Porém, reconhecem que a gratuidade do SUS é um fator decisivo para o tratamento neste serviço. O que parece explicar, essa “aparente” escolha pelo SUS, poderia ser o fato da grande maioria das mulheres entrevistadas possuírem baixa renda mensal.

Em suas falas, as mulheres verbalizam uma assistência centrada no procedimento e/ou queixa, com efetivo comprometimento da integralidade da atenção, traduzida por uma prática de cuidado fragmentada, que tem como núcleo o estabelecimento de um diagnóstico baseado na sintomatologia e nos resultados dos exames. Há uma valorização, por parte do trabalhador de saúde, dos aspectos técnicos e científicos da profissão, e uma despreocupação sobre a vida dessa mulher, o contexto em que está inserida, seu cotidiano e as implicações da organização para a saúde da usuária.

A integralidade da atenção guarda estreita relação com a comunicação qualificada, diálogo, escuta e acolhimento, meios necessários para o efetivo encontro do trabalhador de saúde e as usuárias do SUS, e/ou qualquer outro serviço de saúde.

Por meio do diálogo, é possível recuperar, transformar, re-elaborar a capacidade do ser humano em ser sujeito de seu processo de vida, trabalho e

relações sociais. A capacidade de ser sujeito ativo tanto na produção quanto no recebimento do cuidado, ou seja, ter consciência e autonomia, para decidir sobre sua vida.

Freire (1997) refere que a autonomia implica tomada de decisão, pois ninguém é autônomo para, depois, decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias e inúmeras decisões que vão sendo somadas, experiências estimuladoras de decisão e de responsabilidade, experiências respeitadoras da liberdade.

Ao propor que trabalhadores de saúde e usuárias unam-se na construção de um diálogo produtivo, em busca da integralidade das ações de saúde, se está promovendo a autonomia das mulheres e trabalhadores de saúde. Por conseguinte, a construção de sujeitos ativos e democráticos, que poderão desenvolver ações e atitudes que contemplem o coletivo. Ou seja, através da sua re-construção como sujeito, ambos (trabalhador e usuária) podem beneficiar a família e a comunidade onde vivem.

Essa relação pode acontecer entre os trabalhadores de saúde, entre as equipes de saúde de serviços semelhantes ou não, e entre os trabalhadores de saúde e as mulheres. Dessa maneira, cada indivíduo oferece a sua presença autêntica no encontro. O genuíno exercício da integralidade será olhar para o outro por inteiro, como sujeito, considerando e respeitando suas diferenças.

A organização dos serviços de saúde deve ser pautada em cuidados efetivos à saúde da mulher, na sua condição de ser integral. Para tanto, o princípio da integralidade deve encontrar respaldo no âmbito de práticas de saúde voltadas para o cuidado, tratamento, promoção e prevenção da saúde, e na construção de sujeitos ativos e responsáveis pela sua vida.

Porém, os resultados do estudo evidenciaram que, nos espaços públicos de assistência, os trabalhadores de saúde continuam prestando um cuidado fragmentado, desconsiderando as mulheres como sujeitos ativos, nesse contexto.

Entendo que novos caminhos ainda precisam ser trilhados, para produção de uma integralidade que será traduzida em mais saúde, para esse grupo específico da população. Assim, não se tem a pretensão de julgar encerrada ou concluída a temática proposta para esta pesquisa. Pelo contrário, os resultados aqui pontuados poderão ser úteis para novas discussões e reflexões sobre a importância dos serviços de saúde organizarem-se, tendo como foco a integralidade como um princípio do SUS, mas, prioritariamente, como sustentação de práticas de saúde pautadas por ações de atenção mais solidárias à população.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. (Org). **Experiência de doença e narrativa**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.125-138.

ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; MARTINS, J.R.T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 85-91. 2000.

ANDRADE, L.O.M. **SUS Passo a Passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001.

AYRES, R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72. 2001.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 49-83.

ARAÚJO, M.J.O. **Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo**. In: SEMINÁRIO WOMEN'S AND HEALTH MAINSTREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. Anais. [SãoPaulo], 1998.

BARACAT, F.F.; PASCALICCHIO, J.C. **Manual de normas e condutas. Serviço de Onco-ginecologia e Mastologia do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho**. São Paulo: Roca, 2002.

BARACAT, E.C. **Por um programa contínuo de rastreamento do câncer cervical**. Jornal da Rede Feminina de Saúde. n. 24. Dez.2001.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990(a). Seção 1, p.18055.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990(b). Seção 1

_____. Ministério da Saúde. **[Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher]**. Brasília, 2003^a. Mimeo.

_____. **Anais da 8ª Conferência da Saúde.** Brasília, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **X Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1996(a).

_____. **NOB 96** – Brasília: Ministério da Saúde. 1996(b).

_____. **Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família.** Brasília, 1997.

_____. **Assistência Integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.40p.

_____. **Centro Nacional de Epidemiologia.** Brasília, 2001.

_____. **Área Técnica de Saúde da Mulher.** Plano de ação para o período 2004 a 2007. Brasília: [DAPE], 2003.

_____. **Política Nacional de atenção à saúde da mulher: plano de ação 2004 a 2007/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a).

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional.** Rio de Janeiro: INCA, 2004(b).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2004(c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** 2004(d).

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer do colo do útero.s/d** http://www.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=326. Acesso em: 07 de agosto de 2005

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRIENZA, A.M. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto:** análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. 2001. 104 f. Dissertação (Mestrado-Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

BUGLIONE, S.; FEIX, V. **As mulheres à margem no ano 2000.** s/d Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 27 de julho de 2005.

BUSS, P. M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, a. 2, n. 2, p. 4-42, mar./abr. 1993.

CAMARGO JUNIOR, K.R. As muitas vozes da integralidade. In PINHEIROS, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.11-15.

_____.Um ensino sobre a (In) Definição de Integralidade. In PINHEIROS, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.p. 35-44.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. Ed. Hucitec. São Paulo, 1992.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C. (Org) **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. Cap. 1, p.29-87.

_____.Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. p. 113-124.

_____. **A co-gestão como método do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec. 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000(a).

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1982.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. **Modelos de atenção à saúde**: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais. Disponível em: <html/CNS-Art-Betim-agosto99.htm>. Acesso em 10 jul 2007.

CATTANI, A.D. **Trabalho e autonomia**. 2ª ed.Petrópolis: Vozes, 2000.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A.; PELEGRINI, M.L.M. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 61-88.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(1): 41-65. 2004.

CECCIM, R.B. Ateliê discute desafios para implantar equipe multiprofissional em saúde. BoletIM – Integralidade em saúde. 02 maio 2007. LAPPIS. <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=548&sid=20>. Acesso em 06 julho 2007.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.p.113-126.

CESTARI, M. E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer**. 2005. 167 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo. 2004.

CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 281 p.Tese (Doutorado - Saúde Pública) – Interunidades, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. In: **Legislação**. Conselho Regional de Enfermagem. Porto Alegre. 2001.

COELHO, M.R.S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. 2003. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONFERÊNCIA I. **Nacional de Políticas para as mulheres**. 17 de julho 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, A.M. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS?** Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. 2004. 194 f. Tese (Doutorado - Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2004.

DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil-2004**. s/d Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 13 de abril de 2005.

DEMO, P. **Saber pensar**. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças In: MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S.F. (Org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.195-223

DIAS DA COSTA, J.S.; D'ELIA, P.B.; MANZOLLI, P.; MOREIRA, M.R. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil**. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am/ Public Health 3 (5), 1998. p. 308-313.

DIAS DACOSTA, J.S; OLINTO, M.T.A; GIGANTE, D.P; MENEZEZA, M.B; MACEDO, S.; BORBA, A.T.; MOTTA, G.L.S.; FUCHS S.C. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas**. Brazilian Journal of Infectious Diseases. Salvador. v 6. nº3. 2002.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. Salud Publica México. 1990; 32: 113-117.

_____. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In SANTANA, J. P. (Org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

FERRANS, C. E. **Development of a conceptual model of quality of life**. Scholarly Inquiry for Nursing Practice. V.10, n.3, p. 1645-51, 1994.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª Ed. São Paulo: Fronteira. 1998.

FERREIRA, S.L. **A mulher e os serviços públicos de saúde**. 1994. 207 p.Tese (Doutorado - Saúde Pública) – Interunidades, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,1994.

FRANCESCHINI, T.R. da C. **Observação da relação Mãe-Bebê-Família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2005.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1997.

FURNISS, K.K. **Tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos**. In SMELTZER, S.S; BARE, B.G. (Org). **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 1170-201

GIL, L.R.T. **The effect of health services on mortality: amenable and non-amenable causes in Spain**. International Journal of Epidemiology .18(3).1989. p.652-657

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-198.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F. A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Jul - Ago. 14(4): 503-9. 2006

HACKENHAAR, A.A. **Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas: prevalência e fatores associados à sua não realização**. 2005. 55 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2005.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS. Integralidade da atenção e integração do serviço de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "Sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: 331-336, 2004.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Eliane Mussmich. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**, Rio de Janeiro, 2000.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2003. s/d Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 14 setembro de 2005.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro. 1996. Disponível em: [http://.www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 18 de julho 2007.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Coordenação de Programas de controle de câncer: Pró-Onco**. Rio de Janeiro: 2003.

_____. Instituto Nacional do Câncer. s/d. Disponível em: [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 02 de outubro de 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

ITEPA – Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria Universidade Católica de Pelotas. 2001

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. Eqüidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 42, p. 4-10, mar. 1994.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers**. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of Califórnia Press, 1980.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem aos pacientes**: colocando em ação as habilidades de liderança. Trad. De Maria Dolores Lins de Andrade. 6ª ed. Rio de Janeiro, Interlivros Edições Ltda, 1998.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. AS práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar ao sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.p.91-102.

LANGE, C. **Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto-SP**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, 2005.

LAPPIS. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. **Integralidade em Saúde**. s/d Disponível em< [http// www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) > Acesso em 01 de abril de 2005.

LEAL, E.A.S.; COSTA, O.L.N. Câncer de colo uterino: epidemiologia e prevenção. In BESSA, L.F.; CUNHA, M.A.; FERREIRA, T.F. (Org.) **Saúde da mulher: Desafios a vencer**. Rio Branco: EDUFAC, 2004. p. 235-257.

LEE, M.C. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean American women. **Cancer Nursing**, 23: 168-175 2000. [Medline]

LEITÃO, L.R.G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun.1995.

LINARD, A.G; SILVA, F.A.D; SILVA, R.M. Mulheres submetidas a tratamento para o câncer de colo uterino - percepção de como enfrentar a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro. v.48, 2002. p.493-498.

LOPES, R.L.M. DINIZ, N.M.F. MATOS, M.E.C.; ARGÔLL, S.L.S.; SANTOS, A.S.M.; REIS, O.R. O. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela. **Rev.Bras. Cancerologia**. V.4, n. 45.1999.p.35-43.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde — retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 14, p. 75-152, dez.1996.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Séc. XX. **Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.1. p.13-43, 1997.

MAEDA, S.T. **Gestão da Referência e Contra Referência na Atenção ao Ciclo Gravídico Puerperal: A realidade do Distrito de Saúde de Butantã**. 2002. 185 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

MARUYAMA, S.A.T. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico**. Tese (Doutorado – Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2004.

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

_____.Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano. Saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.p.45-59.

_____. Integralidade em Saúde. **Caderno de Entrevistas**. Setembro, 2004.

_____.Conferência: **Humanização em saúde**. ConTIC – Saúde 2007: Congresso de Tecnologia e Humanização na Comunicação em Saúde, Ribeirão Preto, 26 e 27 de junho de 2007.

MELLO, E.C.P.; FIQUEIREDO, N.M.A. Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. In: **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do sul: Yendis, 2005. p. 125-141.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Ed. Casa de Qualidade. Salvador. Bahia, 2001.

MERHY E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.118-122, 2002.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S.; CECÍLIO, L.C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FM/UNICAMP, 1997. /Mimeografado/.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu, p. 109-126, fev. 2000. Disponível em: < <http://www.Interface.org.br/revista6/debates1.pdf> > Acesso em 18 de nov. 2006.

_____. **Saúde e cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Ateliê discute desafios para implantar equipe multiprofissional em saúde. BoletIN – Integralidade em saúde. 02 maio 2007. LAPPIS. <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=548&sid=20>. Acesso em 06 julho 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. Saúde – doença: uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 4 (4) : 363-381, out/dez, 1988.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** 1995. 355 f. Tese (Doutorado – Saúde Pública) – Interunidades, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

_____. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família.** Ribeirão Preto. 2003. 153 f. Tese (livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

MORINAGA, C.V. et al. Frases que resumen os atributos da relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 21-27, jan./abr. 2002.

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de saúde da Família, no município de Jequié-Bahia**: em busca de uma tradução. 2006. 153 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

OLIVEIRA, M.M. **A Prevenção do câncer do colo do útero no contexto da estratégia saúde da família, da área básica distrital oeste-sumarezinho, do município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação (Mestrado-Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação, **Interface – Comunic. Saúde. Educ.** v.6., n.10, 2002, p.63-74.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Primários em Saúde**. Relatório de Alma-Ata 1977. Brasília, 1978.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial/ Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

OPS - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes em lãs Américas 1998 – 2001**. [S.L.]. [2001]

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev.Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **O trabalho em equipe na formação e na prática dos profissionais de saúde**. VI Congresso Nacional da Rede Unida. I mostra de produção de saúde da família de Minas Gerais.II Fórum Nacional de redes em saúde. Reunião de Pólos de Educação Permanente em saúde. Belo Horizonte. 2005.

PELOTAS. 2003. <http://www.pelotas.com.br>. Acesso em 10 de março 2005.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 3 ed. EDUSP: São Paulo, 2001.

PMS - **Plano Municipal de Saúde 2003-2004**. Prefeitura Municipal de Pelotas (RS); Secretaria Municipal de Saúde – Pelotas: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p. 21-36.

PINHO, A.de A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. saúde matern. Infant.** ; Recife, 3 (1): jan-mar.2003. p.95-112.

PINHO, A.de A.; FRANÇA JUNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública** .v.19 supl. 2. Rio de Janeiro, 2003.

POIKOLAINEN, K.E.J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-81. **Lancet** (1). 1986. p.199-202.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. (Coleção antropologia e saúde)

REINALDO, A.M.S. **O itinerário terapêutico em saúde mental pela história de vida de um paciente psiquiátrico**. 2003. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.

RIVOIRE, W; MONEGO, H.I; APPEL, M.; CAPP, E. Carcinoma de colo uterino In: FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E.P. **Rotinas em ginecologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p.273-280.

RODRIGUES, M.de F.; OLIVEIRA, A.G.B. Desvelando os bastidores da rede de comunicação entre a equipe de enfermagem e os pacientes sob seu cuidado. IN: **7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem: comunicação como meio de promover saúde.** MENDES, I.A.C.; CARVALHO, E.C. (Org.). Ribeirão Preto, SP: FIERP, 2000. p. 87-91

RODRIGUES, D.P.; FERNANDES, A.F.C.; SILVA, R.M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame de Papanicolau. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.113-118, Abril. 2001.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.7-22.

RUBINSTEIN, A. **Medicina Familiar y Prática Ambulatoria.** Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 2001.

SÁ, M.C. Subjetividades e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 151-164, 2001.

SAITO, R.X.S. **Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da Integralidade.** 2004. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004.

SÁNCHEZ, J.A. et al. Frecuencia de enfermedades neoplásicas en familiares de pacientes con cáncer. **Rev. Med. Honduras.** 73(3): 114-121, jul-set 2005.

SANDOVAL, J.M.H. **A comunicação.** Notas de aula na disciplina Comunicação Social em Saúde no Curso de Especialização em Saúde Coletiva: gerência de programas comunitários de saúde, Jequié/Bahia. 1997.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coleta de Papanicolaou e ensino do auto-exame da mama. **Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativo.** 2001.

SAÚDE, M. I. B. M. **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde.** 2006. 249 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006

SES/RS. **Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.**
www.ses.com.br. Acesso em: 10 de maio de 2005.

SILVA JUNIOR, A.G. Lógicas de programar ações em saúde. In: BARBOZA, P, R. (Org.). **Curso de Especialização Autogestão em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p. 241-257.

SKABA, M.M.V.F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica.** 2003. 133 f. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SIM - SISTEMA INFORMAÇÃO MUNICIPAL - Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. 1998. <http://www.pelotas.com.br> Acesso em: 17 de julho de 2005.

SOARES, M.C. **Dando voz às enfermeiras utônomas: significados e vivências.** 2000. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD, B (Org.) **Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p.207-45.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente – teoria e ensino.** 2^a ed. São Paulo: Robe, 1993. 200p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 5190-5198 2004.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano. Saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.p. 89-111.

TOBAR, F. YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conceitos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

UICC. União Internacional Contra o Câncer. Epidemiologia Descritiva e Câncer Humano. In: BOSCH, F.X; COLEMAN, M.P. (ed). **Manual de Oncologia Clínica**. 6ªed. Fundação Oncocentro: São Paulo, 1999.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, n.14, p. 39-57, 1998.

VICTORA, C. Pelotas tem muita assistência médica, mas pouca qualidade. (Entrevista). **Jornal Diário Popular**. Pelotas. 29 maio 2005. p.13-14

WATANABE, A. **O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em hospital terciário e sua relação com a organização do sistema de saúde em Ribeirão Preto – São Paulo**. 1999.146 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

WCN. Womens's Câncer Network.Gynecologic Câncer Information. Cervical câncer: Factures that increase your risk of developing cervical câncer. 2000. Disponível em file://A:/ca de colo fator de risco.htm. Acesso em: 17 julho 2005.

WHO. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Special Issue "Quality of Life" In Social Science and Medicine, 10, p. 1403-9, 1995.

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista

Meu nome é Marilu Correa Soares, sou aluna do Programa de Pós-Graduação – Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, área de concentração: Saúde Pública. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **O Câncer de colo uterino na perspectiva da integralidade na saúde da mulher**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Este estudo tem por objetivo compreender como os serviços de saúde da rede pública de saúde do município de Pelotas estão organizados de modo a oferecer um atendimento integral à mulher com câncer do colo uterino; para isto iremos trabalhar com a experiência das mulheres acometidas por este agravo.

Para o desenvolvimento da pesquisa, solicito sua colaboração no sentido de participar da entrevista, que será realizada com as mulheres que apresentaram ou apresentam câncer de colo uterino. As informações e opiniões emitidas por você, não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão assegurados o sigilo e o anonimato, uma vez que você não será identificada em momento algum da pesquisa e terá total liberdade de deixar de participar, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Não haverá nenhum custo para você participar da pesquisa. As entrevistas serão gravadas em fitas eletromagnéticas, posteriormente, transcritas, e ao final da pesquisa destruídas.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos identificar e analisar como a assistência à mulher com diagnóstico de câncer do colo uterino vem sendo assistida nos serviços de saúde da cidade de Pelotas.

Agradeço sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (53) 3222 9821 ou e-mail: enfmari@eerp.usp.br
Obrigada.

Marilu Correa Soares

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Entrevistada

Em atenção à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas envolvendo seres humanos, os sujeitos desse estudo só participarão dele após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao assinarem este termo estarão concordando em participar da pesquisa e esclarecidos de que será garantido o seu anonimato, o sigilo das informações prestadas e terão a segurança de que estas informações somente serão utilizadas para fins de pesquisa.

O trabalho de campo somente será realizado após a aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, em observância às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritas na Resolução nº 196/96.

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a observação

Meu nome é Marilu Correa Soares, sou aluna do Programa de Pós-Graduação – Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, área de concentração: Saúde Pública. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **O Câncer de colo uterino na perspectiva da integralidade na saúde da mulher**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Este estudo tem por objetivo compreender como os serviços de saúde da rede pública de saúde do município de Pelotas estão organizados de modo a oferecer um atendimento integral à mulher com câncer do colo uterino; para isto iremos trabalhar com a experiência das mulheres acometidas por este agravo.

Para o desenvolvimento da pesquisa, solicito sua colaboração no sentido de permitir a observação do(s) atendimento(s) a que você se submete na unidade de saúde em que é acompanhada. As informações e opiniões emitidas por você, e as situações observadas, não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão assegurados o sigilo e o anonimato, uma vez que você não será identificada em momento algum da pesquisa e terá total liberdade de deixar de participar, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Não haverá nenhum custo para você participar da pesquisa. A observação será registrada em um diário de campo pela própria pesquisadora, sendo que ao final da pesquisa será destruído.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos identificar e analisar como a assistência à mulher com diagnóstico de câncer do colo uterino vem sendo assistida nos serviços de saúde da cidade de Pelotas.

Agradeço sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (53) 3222 9821 ou e-mail: enfmari@eerp.usp.br
Obrigada.

Marilu Correa Soares

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Entrevistada

Em atenção à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas envolvendo seres humanos, os sujeitos desse estudo só participarão dele após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao assinarem este termo estarão concordando em participar da pesquisa e esclarecidos de que será garantido o seu anonimato, o sigilo das informações prestadas e terão a segurança de que estas informações somente serão utilizadas para fins de pesquisa.

O trabalho de campo somente será realizado após a aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, em observância às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritas na Resolução nº 196/96.

Apêndice C**Roteiro para a entrevista****IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome (Fictício): Idade:
2. Estado Civil: Escolaridade:
3. Profissão: Ocupação Atual: Ocupação na época do diagnóstico de Câncer:
4. Residência:
5. Menarca:
6. Início da Atividade sexual:
7. Regularidade com que fazia o CP antes do diagnóstico do câncer:
Anual () 2/2 anos () 3/3 anos () Não lembra () Não fazia ()
8. Caso de câncer de colo uterino na família: Não () Sim ()
9. Se sim qual o grau de parentesco:
10. Quando foi feito o diagnóstico do câncer? Data:
11. Onde foi realizado o diagnóstico de câncer:
Público () Unidade de saúde () Hospital () Outro () Especifique:

Privado () Consultório Médico () Hospital () Outro () Especifique:
12. Quando e onde foi realizada a 1ª consulta médica após o diagnóstico:
Público () Unidade de saúde () Hospital () Outro () Especifique:

Privado () Consultório Médico () Hospital () Outro () Especifique:
13. Plano de saúde: Possui () Não possui ()
14. Qual estágio do câncer foi feito o diagnóstico:
Nic I () Nic II () Nic III () Nic IV () Nic V ()

ROTEIRO DE ENTREVISTA**1. O aparecimento da doença**

- percepção sobre a doença
- primeiros sinais e sintomas
- inquietações acerca do quadro
- conhecimento sobre a doença

Sugestões de perguntas disparadoras:

1. Conte como foi o aparecimento da doença para você
2. Quando sentiu o primeiro sintoma de alteração? Descreva os sintomas.
3. O que você sabia sobre o câncer de colo uterino?
4. Qual foi sua reação frente ao primeiro sinal da doença?

2. A busca por informações e o diagnóstico

- quem/qual profissional de saúde que procurou
- que tipo de serviço procurou
- tempo para procura de assistência de saúde
- tempo de espera para o atendimento
- tempo de espera para o diagnóstico
- acesso a serviços de apoio diagnóstico

Sugestão de perguntas disparadoras:

1. Conte sua trajetória nos serviços de saúde
2. Quanto tempo decorreu entre o primeiro sinal da doença e a procura por uma consulta?
3. Com quem você dividiu suas inquietações?
4. Quais as primeiras orientações que recebeu?
5. Quanto tempo decorreu entre a consulta e o diagnóstico do câncer de colo uterino?
6. Quais os serviços que teve acesso durante a fase de diagnóstico da doença?
7. Você teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde? De que tipo?

3.O tratamento do câncer do colo do uterino

- as opções: a adesão, o tratamento, o serviço de saúde
- intervenções realizadas
- percepção sobre a assistência prestada

Sugestão de perguntas disparadoras:

1. Conte sua trajetória nos serviços de saúde.
2. Que serviços teve acesso do diagnóstico à resolução total do tratamento?
3. Que dificuldades enfrentou durante o atendimento nos serviços de saúde?

4. O contexto de vida das mulheres e a rede de suporte

- mudanças vividas pela mulher no decorrer do quadro
- os serviços de apoio – rede de apoio
- adesão às medidas de prevenção

Sugestão de perguntas disparadoras:

1. A doença interferiu de que forma em sua vida?
2. Como você está sendo acompanhada após o tratamento do câncer?
3. O que você espera dos serviços de saúde?

Apêndice D

Roteiro preliminar para observação

Data da observação:

Horário:

Tipo de Atendimento:

Comunicação do profissional

Verbal:

- *Clareza
- *Coerência
- *Coordenação de idéias
- *Tom da voz
- *Conteúdo

Não verbal:

- *expressão facial
- *olha para a mulher
- *ouve a mulher
- *expressão corporal: movimentação suave e coordenada/ brusca e/ou abrupta
 - displícência
 - irritação
 - atenção
 - cuidadoso
- *executa outra atividade que não está relacionada com o atendimento prestado á mulher
- * a comunicação com a mulher: demonstração/escrita/verbal
- *Barreiras no processo de atendimento

Organização e dinâmica do trabalho:

*sala de espera

*área de atendimento

*Identificação do problema da mulher: Sim () Não ()

*mecanismos de investigação: - diálogo

- exame físico

- uso de instrumentos
- envolve outros profissionais

*Priorização do atendimento:

- risco
- ordem de chegada
- encaminhamentos

*Forma de execução do trabalho: descrever

*Forma de tratamento dispensado à mulher: descrever



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

OF. 030/06

Pelotas, 10 de maio de 2006.

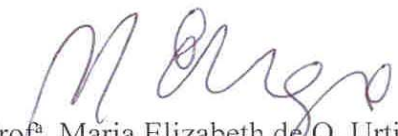
Ilmo(a) Sr(a)
Profa. Marilú Correa Soares

Referente ao Projeto: **“O câncer de colo uterino na perspectiva da integralidade da saúde da mulher”**

Prezado(a) Pesquisador(a);

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supra-citado, foi analisado e aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa quanto às questões éticas e metodológicas, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Sem mais, atentiosamente


Prof.^a Maria Elizabeth de O. Urtiaga
Coordenadora do CEP/FM/UFPEL

