

INTEGRALIDADE NO CUIDADO À MULHER COM CÂNCER DE COLO UTERINO

SOARES, Marilu Correa¹
MISHIMA, Silvana Martins²

Introdução: A definição de integralidade expressa pelo Ministério da Saúde é de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema¹. 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 dinâmica do processo saúde/doença². Contudo, 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, para³ 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 propõe uma nova forma de relação entre os diferentes sujeitos envolvidos na construção de um sistema comprometido com a defesa da vida. A necessidade de reorientação na formação dos trabalhadores de saúde 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. Conhecer os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local. A mudança proposta para o alcance da integralidade do cuidado à saúde deve acontecer em dois níveis: o institucional

¹Profª Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas-Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Membro do NEPEn-Núcleo de Estudos em Práticas de Saúde e Enfermagem. End: R.Gen. Osório 858/Apto 202-Centro –Pelotas -RS F:(53)32229821 – E-mail: enfmaril@uol.com.br

²Profª Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

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 principais². Já⁴ 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. 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, a necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde e 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 1988⁵. **Metodologia:** 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. Este trabalho constitui-se em um recorte da tese intitulada: *A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde*⁶. **Resultados:** No diálogo com as mulheres desse estudo e após muitos diálogos com alguns autores, acreditamos 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 propostos⁷. 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. 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, os trabalhadores de saúde precisam estar atentos, pois, 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. Nesse 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 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 mantendo-se a desinformação quanto à importância da continuidade do tratamento. Nosso estudo demonstrou que as pessoas ainda buscam a medicina para alívio ou cura de seus sofrimentos e os trabalhadores de saúde parecem despreparados para esse encontro,

pois o modelo médico hegemônico é predominante e 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, para o acolhimento e para o cuidado integral à saúde. 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 de outros agravos com vistas à prevenção. 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, mas esse momento quase sempre não é aproveitado, pois o trabalhador de saúde está centrado na queixa da mulher. Nesse sentido, a atitude do médico, e acrescentaríamos - 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 presente⁷. Tal atitude ilustra um dos sentidos da integralidade desejável em nossa prática de saúde. No relato das gestações, partos e na trajetória para diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino, as mulheres deixaram explícitos os vários momentos em que tiveram de ser cuidadas nos serviços de saúde. O que observamos, nesse estudo foi 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. Entendemos que o compromisso 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. **Considerações Finais:** Através das falas das mulheres desse estudo, podemos considerar que a integralidade, na perspectiva dessas usuárias, tem relação com o tratamento digno, por meio de uma clínica competente, de qualidade, com acolhimento, vínculo, escuta. A interpretação da integralidade que buscamos e desejamos soma-se à das mulheres, e tem base nos sentidos da integralidade entendidos como boas práticas de atenção à saúde, organização do processo de trabalho e atendimento às necessidades da população. 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. É nesse sentido que a integralidade do cuidado se configura quando falamos de atenção à saúde da mulher, ou seja, o atendimento das necessidades dessas mulheres acontecendo de forma ampliada, abrangendo todas as fases de suas vidas, em um processo que permita uma mudança na relação das pessoas e proporcione

às mulheres a condição de sujeitos ativos no processo de cuidar de si e dos seus. 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.

Palavras-chave: Integralidade, Câncer de colo uterino, Cuidado à saúde.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. X Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
2. Campos, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
3. Saúde, MIBM. Interrogando a operação da rede de serviços de saúde. Tese Doutorado – Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006
4. Hartz, ZMA; 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.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
6. Soares, MC. A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino. Tese Doutorado – Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007.
7. 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.