

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO ÀS MULHERES COM CÂNCER DE COLO UTERINO¹

Marilu Correa Soares*
Silvana Martins Mishima**
Sonia Maria Könzgen Meincke***

RESUMO

Este artigo tem como objetivo compreender como os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) estão organizados para contemplar a integralidade da assistência à mulher, quando pensamos os processos de cuidado no controle do câncer do colo uterino. A pesquisa teve como suporte teórico a integralidade, não só como um princípio do SUS, mas também como exercício de boas práticas de produção de cuidado e de referência para políticas governamentais. O estudo é de caráter qualitativo e foi realizado junto a vinte mulheres com câncer de colo uterino, no período de 2003 a 2005, em um município do sul do Brasil. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2006, utilizando-se a observação participante e a entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que, 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 trabalhadores e mulheres. Conclui-se que a integralidade 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 a ser conquistada.

Palavras-chave: Cuidados integrais de saúde. Atenção primária à saúde. Câncer de colo do útero. Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A integralidade pode ser expressa como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos níveis de complexidade do sistema, tendo o indivíduo o acesso de que necessita para a resolução de suas necessidades⁽¹⁾.

Essa definição legal e institucional permite dizer que, nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (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, independentemente de sua complexidade.

Sendo a integralidade um dos pilares de sustentação da institucionalidade 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⁽²⁾. 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, mas que na atualidade 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, a noção de rede é apresentada na tentativa de garantir o cumprimento dos princípios do SUS e caminhar em direção à integralidade. Ela implica a necessidade de compreensão da clínica ampliada, do trabalho em equipe, da ação intersetorial, do conhecimento dos perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local⁽³⁾.

O conceito de integralidade remete à integração de serviços por meio de redes

¹O artigo tem origem na tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, em outubro/2007, intitulada: "A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde", com apoio financeiro da CAPS.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas; Membro do NEPEn – Núcleo de Estudos em Práticas de Saúde e Enfermagem. E-mail: enfmari@uol.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: smishima@eerp.usp.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Membro do NEPEn. E-mail: meincke@terra.com.br

assistenciais. Inter-relacionam-se os atores e as organizações para o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação, para uma gestão eficaz, eficiente e responsável dos recursos coletivos⁽⁴⁾.

Nessa linha de pensamento, a integralidade da atenção pensada em rede nos direciona à compreensão de que ela não se dá em um único lugar. Muitas tecnologias em saúde estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, portanto, para a melhoria das condições de vida, há necessidade de um esforço intersetorial⁽⁵⁾.

É ponto de convergência, nesses profícuos debates, a necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde e na prática dos trabalhadores de saúde. Outro ponto a ser considerado é a mudança na maneira como o usuário do sistema se percebe como sujeito, com direito à saúde de qualidade, assegurada pela Constituição de 1988⁽⁶⁾.

Acreditamos que, para responder às situações da relação entre usuários, serviços, trabalhadores de saúde e a tão sonhada integralidade, aproximamo-nos dos três sentidos da integralidade: integralidade como sinônimo da boa medicina ou de boas práticas; integralidade como modo de organizar as práticas; e integralidade como configuração de políticas especiais⁽⁷⁾. Neste estudo, voltamos nosso olhar para as mulheres com câncer do colo uterino (CCU) que utilizaram os serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, buscando saber se a integralidade esteve contemplada na atenção a essas mulheres.

ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A pesquisa teve como suporte teórico a integralidade em suas distintas apreensões, a partir de 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. O estudo, de abordagem qualitativa, realizou-se junto a vinte mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de colo uterino nos anos de 2003 a 2005, no município de Pelotas - RS. 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 semiestruturada, para captação do empírico. Os locais de realização das entrevistas foram o domicílio, o local de trabalho e a unidade de saúde, conforme escolha das mulheres. A observação participante teve a finalidade de acompanhar as mulheres em seguimento nos serviços de saúde para tratamento radioterápico e/ou quimioterápico, buscando-se captar as situações de atendimento em tempo real, com registro em diário de campo. As mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo identificadas por nomes próprios escolhidos por elas, a fim de preservar suas identidades.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e por ele aprovado (Of.030/06).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pessoas sofrem e buscam cuidados⁽⁸⁾. Entendemos que essa procura por cuidado é secular, porém, nos dias atuais, um movimento vem se tornando mais presente. As pessoas buscam o cuidado, contudo, em outra perspectiva: a de não mais serem identificadas ou reduzidas a um número ou a uma doença⁽⁹⁾.

As mulheres entrevistadas, ao terem sido chamadas a explicitar como foram atendidas pelos serviços de saúde, referiram que o cuidado era serem tratadas com educação e 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. (Joaquina)

Em nosso 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-se a mulher como sujeito.

Em silêncio, o médico coloca o espécuro 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; e fica preenchendo a ficha. Após o RX, Rose é informada que terá uma semana de descanso para se curar bem das queimaduras. (OBS. Rose, 28/11/06)

Como que explicando o depoimento acima, ao abordarem as práticas terapêuticas de cuidado para aliviar o sofrimento⁽¹⁰⁾, as autoras 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. Não há, portanto, uma preocupação com as necessidades, medos e anseios dos indivíduos.

Por outro lado, 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 para o rastreamento de outros agravos, com vistas à prevenção.

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 feita 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 tem nada, está tudo muito bem.”. Eu me tranquilizei. Em 2001, eu procurei um postinho de saúde, fui atendida por uma doutora, disse que eu só tinha era uma infecção vaginal. Fiquei dois anos sem fazer o pré-câncer... (Silvana)

Nesse sentido, Mattos⁽⁷⁾ nos auxilia, ao salientar 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 presente. Tal atitude ilustra um dos sentidos da integralidade desejável em nossa prática de saúde.

A comunicação como ferramenta para a integralidade

A comunicação é uma habilidade desenvolvida pelo homem que assume importância fundamental, quando pensamos na organização de serviços e grupos sociais. É um processo universal de troca de ideias, sendo uma necessidade do indivíduo no convívio em sociedade e um diferencial a ser considerado pelos trabalhadores de saúde em qualquer atividade realizada⁽⁹⁾.

O que verificamos na prática é a comunicação entre os trabalhadores e os usuários do sistema de saúde ser exercida de forma verticalizada, comprometendo o cuidado prestado e o entendimento da importância de ações preventivas em saúde.

A regularidade do exame citopatológico, de dois em dois meses, não garantiu a prevenção do câncer de Laídes, caso em que fica evidente uma comunicação falha entre o trabalhador 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 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... E a doutora dizendo que eu estava curada, que 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, aí deu a doença. (Laídes)

Os serviços públicos de saúde vivem em crise no campo das tecnologias das relações. Isso tem levado os usuários a falarem da falta de interesse e acolhimento por parte dos trabalhadores de saúde, e, diante de uma comunicação deficitária, acabam por se sentir desinformados, inseguros e desprotegidos⁽¹¹⁾.

Às vezes o médico informa todos os passos que a mulher vai ter que enfrentar para o tratamento, mas sobre o câncer e outras possibilidades de atitudes preventivas 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 rádio, e que iria para o outro doutor, para fazer químio. O doutor da rádio me deu toda orientação, me falou tudo, os procedimentos com relação ao tratamento, mas, com o câncer, nada foi falado, ficava tudo assim... velado. (Beatriz)

Os profissionais concentraram-se no tratamento e deixaram de aproveitar o momento para criar na mulher um sentido do conceito de prevenção importante para essa mulher, não só para o CCU, mas também para a prevenção de outros agravos à saúde.

Eles diziam que eu ia ficar boa, se fizesse o tratamento direitinho eu me curava... Mas explicação de como a doença chegou, por que, 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 a ver com o médico que te atende... Se ele for legal, te informar as coisas, te ouvir com atenção, acho que tu voltas, certo? (Elvira)

Nessa comunicação vertical, centrada no objetivo pontual da vinda da usuária ao serviço, em um espaço em que o trabalhador de saúde não favorece o diálogo, desconsidera-se o sujeito e se compromete a integralidade do cuidado.

A comunicação passa pela construção de um vínculo entre os profissionais. Existe a necessidade de isto tornar-se acessível, ou seja, de serem proporcionadas condições favoráveis ao estabelecimento do processo comunicativo^(12,13). Dessa maneira se poderiam eliminar as falhas e ruídos que atrapalham e/ou impedem o diálogo entre os trabalhadores de saúde e os usuários.

Não obstante, na realidade dos serviços de saúde nem sempre a comunicação se desenvolve dentro dessa premissa. O medo de represálias e o entendimento da figura médica como detentora do saber - portanto, inquestionável - fazem 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 para 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)

As dificuldades encontradas pela população para utilizar os serviços de saúde e obter atenção integral são pontuadas em pesquisas e reforçam a importância do cuidado^(13,14).

Os aspectos objetivos e subjetivos do sofrimento humano precisam ser considerados pelos trabalhadores de saúde, pois o cuidado não pode mais ficar restrito à dimensão técnica do fazer em saúde. Ele deve estar agregado às ações que contemplem olhar para o sujeito na dimensão da integralidade⁽¹⁰⁾.

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 da integralidade.

A escuta, o diálogo e o acolhimento na construção da integralidade

O diálogo é uma conversação, um bate-papo. Escutar significa ouvir⁽¹⁵⁾. Diálogo e escuta funcionam como ferramentas de grande valia para a relação entre trabalhadores de saúde e usuários.

Se não há diálogo, podemos subtender que não há escuta, ou, na melhor das hipóteses, a escuta é deficiente, por dificuldades advindas dos trabalhadores de saúde e/ou dos usuários. Assim, podemos observar no cotidiano dos serviços de saúde que a escuta está comprometida, pois os trabalhadores parecem não valorizar as queixas das mulheres. Mais que isso, parecem não “ouvir”.

[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, era difícil eu dizer como era essa dor [...] Claro, a hemorragia começou mais e mais, mas o mesmo sintoma de dor na hora da relação. Era uma hemorragia que não passava. (Fernanda)

A falta de escuta é uma das queixas mais frequentes das mulheres, e acaba por criar mecanismos de defesa, com o intuito de se fazerem ouvir pelo trabalhador de saúde.

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)

Esta atitude de “não-escuta” do trabalhador, somada à passividade que certas pessoas assumem, gera um encontro no qual os sujeitos reduzem-se a depositar “ideias ou queixas” no outro, sem qualquer interação.

Os esforços pela 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⁽¹⁴⁾. A fala de Vera traduz essa situação, pois a mulher afirmou ser bem atendida pela enfermeira porque ela ouvia, conversava, e encaminhava para o atendimento com o médico.

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 para o médico. (Vera)

O contraponto da falta de escuta é justamente ouvir, escutar. Muitas vezes, as usuárias mostraram-se surpresas quando bem atendidas, acolhidas e ouvidas pelos trabalhadores médicos, demonstrando quanto essa relação é unilateral, com domínio absoluto do trabalhador médico.

Ah, eu sempre fico apreensiva... O Dr Y me escuta, mas parece tão sem tempo, eu fico agradecida porque ele é tão ocupado e ainda acha tempo para minhas queixas. (Fernanda)

Talvez se as pessoas 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, como um direito de todos que utilizam os serviços de saúde.

Dentro dessa lógica de pensamento, o acolhimento pode ser o elo com a organização dos serviços, no que diz respeito à forma como esses serviços se estruturam para serem

utilizados pelos usuários.

O acolhimento é definido como uma relação humanizada, acolhedora, que deve ser estabelecida entre os trabalhadores e usuários, substituindo a relação impessoal e distante do cotidiano dos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

As mulheres deste estudo, ao terem sido questionadas quanto à forma como foram recebidas pelos trabalhadores de saúde nos diferentes serviços que percorreram, apontaram que a atitude receptiva, a cordialidade, o interesse e a escuta são algumas das posturas dos trabalhadores de saúde traduzidas como bom acolhimento.

Sou bem tratada tanto na química quanto na rádio, 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. Eles me escutam, mas quero é terminar o tratamento e ir embora. Além disso, eles são muito ocupados, é bom não abusar. (Vera Lucia)

O acolhimento deve ser prerrogativa de todos os níveis dos serviços de saúde. A atenção dos funcionários e o fato de conhecer o médico antes da cirurgia trouxeram tranquilidade à mulher, que se sentiu acolhida.

Eu não fui consultar com ele, conheci dentro do bloco [...]. A Dra. L, que encaminhou tudo, e o pessoal do bloco cirúrgico, muito atencioso. 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)

Assim, a integralidade construída com base nas relações entre o trabalhador e os usuários significa estabelecer o elo entre as diferenças e produzir saúde a partir das necessidades das pessoas⁽⁹⁾.

A relação com a equipe de saúde possibilitando a integralidade

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 obtidas 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 suas singularidades⁽¹⁶⁾.

Não obstante, muitos desafios estão imbricados nessa busca, pois a noção predominante nos serviços de saúde é o entendimento de que para o trabalho em equipe bastam a coexistência de vários profissionais numa mesma área de trabalho e o compartilhamento de espaço físico e clientela. Tal cenário, com certeza, não traduz uma produção de cuidado integral.

Quando analisamos as narrativas das mulheres entrevistadas sobre suas relações com os trabalhadores dos serviços de saúde, podemos observar que se oferece uma assistência fragmentada. Ela se centraliza, muitas vezes, na figura médica como única responsável pelo restabelecimento da saúde, ficando no pano de fundo os outros trabalhadores, que, seguramente, são atores ativos do processo de cuidado dispensado à mulher.

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)

A maioria das mulheres não conseguia identificar outros profissionais que lhe prestavam cuidado; essa identificação ficava 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).

Não, eu sempre que penso em doença, só sei do médico. Outro dia, na rádio, conversando com uma senhora que também tem a doença no útero, fiquei surpresa, quando ela me falou que quem fez seu exame foi uma enfermeira. E que ela já foi explicando que tinha muita alteração no útero, que não era para deixar de vir buscar o resultado. Eu nem sabia que enfermeira podia fazer isto, mas ela me explicou que era uma enfermeira formada. (Dalva)

Destarte, a identificação dos profissionais por conta dos procedimentos realizados compromete as relações entre os sujeitos. Em certas ocasiões,

os elementos da equipe de enfermagem não são nem identificados no serviço. Os dados de registro das observações ajudam nesse sentido, mas também precisamos levar em conta que, muitas vezes, o próprio trabalhador de enfermagem não se identifica, ao prestar o cuidado à mulher.

Além dos médicos, só conhecia a enfermeira que aplicava a químio. enfermeira ou auxiliar de enfermagem, não sei distinguir. Ninguém se apresenta. Só as que aplicavam a químio que nós chamávamos de enfermeira. Nunca vi mais ninguém, nem sabia se tinha outros profissionais. (Beatriz)

Se buscarmos uma reformulação no modo de gerenciar as ações de saúde pautadas na integralidade, certamente compactuaremos com a ideia de que 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”^(7:51).

Quando a relação com a equipe é superficial, não há formação de vínculo. 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... Para consultar então, nem se fala! Tu tens que estar sempre contando a mesma história para pessoas diferentes. (Nancy)

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. Por isso o investimento de recursos na capacitação e qualificação dos trabalhadores pode ser um avanço importante, pois contribuirá para o desenvolvimento de práticas integrais de cuidado, com vistas à melhoria das relações usuário/trabalhador e usuário/serviço, que são permeadas de desconhecimento sobre quem somos e o que fazemos.

Se os trabalhadores de saúde se dedicassem mais ao desempenho das tecnologias leves⁽¹⁷⁾, aprimorando o vínculo, a escuta e o acolhimento,

haveríamos de experienciar a prática pautada na integralidade com um trabalho em equipe que oportunize o diálogo entre os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caráter efetivo das ações de saúde em busca da integralidade da atenção requer ousadia e a promoção do diálogo entre os atores sociais. Essa é uma forma de construir uma consciência sanitária que permita o compromisso ético em direção às mudanças necessárias para o alcance da integralidade.

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, parecendo não haver preocupação com o contexto geral de sua vida.

A integralidade da atenção à saúde da mulher necessita estimar o diálogo entre diferentes sujeitos e abordar diversas perspectivas quanto

ao modo de satisfazer às necessidades das usuárias e dos serviços. É necessário entender que as pessoas são fruto de suas vivências e das relações que estabelecem na sociedade, portanto constroem diferentes significados para o processo de viver e ser saudável.

Por meio do diálogo é possível recuperar, transformar, (re) elaborar a capacidade do ser humano em ser sujeito ativo de seu processo de viver e trabalhar e nas relações sociais, tendo consciência e autonomia para decidir sobre sua vida.

Novos caminhos ainda precisam ser trilhados para a produção de uma integralidade que será traduzida em mais saúde para a população. Os resultados aqui pontuados instigam novas discussões e reflexões sobre a importância da integralidade como sustentação de práticas de saúde pautadas por ações de atenção mais solidárias para com a população.

THE INTEGRALITY OF THE ATTENTION TO WOMEN WITH CANCER OF UTERINE LAP

ABSTRACT

This study had as general objective to understand how the services of health of the Unique system of Health are organized to contemplate the integrality of the attendance to the woman when we thought the processes of care about the control of the cancer of uterine lap. The research had as theoretical support the integrality not only as a principle of SUS (USH), but also as exercise of good practices of care production and of reference for government politics. Qualitative study, accomplished close to twenty women with 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 and the interview semi-structured. The results point that, in the integrality of the attention, 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 workers and women. It is conclude that the integrality 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.

Key words: Cares integrality of the health. Primary attention to the health, Cancer of lap of the uterus, Health of the Woman.

LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES CON CÁNCER DE REGAZO UTERINO

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo general entender cómo los servicios de salud del Sistema Único de Salud están organizados para contemplar la integralidad de la asistencia a las mujeres cuando nosotros pensamos los procesos del cuidado sobre el mando del cáncer de regazo uterino. La investigación tuvo como apoyo teórico la integralidad 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. Estudio cualitativo, cumplido junto a veinte mujeres con 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 y la entrevista semi-estructurada. Los resultados punto qué, la integralidad de la atención, 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 y mujeres. Es concluir eso qué la integralidad 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

Palabras clave: Cuidados integrales de salud. Atención primaria de salud. Cáncer de regazo del útero. La Salud de la Mujer.

REFERÊNCIAS

1. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*. 2005; 9(17):287-301.
2. Campos GW. Efeito pandéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2006;(4):19-31.
3. Saúde MIBM. Interrogando a operação da rede de serviços de saúde. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP;2006
4. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração do serviço de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "Sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*. 2004. 20 Suppl.:(2): 331-36.
5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde a luta pela integralidade. *Boletim Integralidade em Saúde*. [citado em 2009 jul. 7]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>.
6. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília(DF): Senado;1988 [citado em: 2007 ago. 20]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/con/1988?COM=1988_05.10.1988?CON=1988.htm.
7. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*. 2006. set/out; 20(5):1411-6.
8. Canguilhem GO normal e o patológico. Trad. Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas e Luis Octávio Ferreira Barreto Leite. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
9. Soares MC. A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2007.
10. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar ao sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA organizador. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco; 2004. p. 91-102.
11. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004 set./dez.;13(3): 5-15.
12. Sandoval JMH. 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; 1997.
13. Souza AC de, Bonilha, AI de L, Veroneze AM. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência à atenção primária de saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(1): 21-6.
14. 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, RA. organizadores. *Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco; 2001. p. 65-112.
15. Ferreira ABH. *Novo Dicionário da língua portuguesa*. 2ª ed. São Paulo: Fronteira; 1998.
16. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.
17. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunic. Saúde. Educ.*, 2000; 4(6):109-26.

Endereço para correspondência: Marilu Correa Soares. Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Rua XV de Novembro, 209. CEP: 96015-000, Pelotas, Rio Grande do Sul.

Recebido em: 30/09/2007

Aprovado em: 30/03/2008