



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**ANDIARA RODRIGUES BARROS**

**DEMANDAS DE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NA BUSCA PELO  
CUIDADO**

**Salvador**

**2013**

**ANDIARA RODRIGUES BARROS**

**DEMANDAS DE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NA BUSCA PELO  
CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso  
Coelho

**Salvador**

**2013**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

B277 Barros, Andíara Rodrigues

Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado/ Andíara Rodrigues Barros. – Salvador, 2013.

104 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.  
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Saúde da Família. 4. Enfermagem. I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU613.99

ANDIARA RODRIGUES BARROS

**DEMANDAS DE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NA BUSCA  
PELO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 26 de Junho de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

**Edméia de Almeida Cardoso Coelho** Edméia de A.C. Coelho

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

**Isa Maria Nunes** Isa Maria Nunes

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

**Enilda Rosendo do Nascimento** Enilda Rosendo do Nascimento

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

**Michelle Araújo Moreira** Michelle Araújo Moreira

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz.

## **DEDICATÓRIA**

*A todos(as) que acreditam em um Brasil mais justo.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todo(a)s que me acompanharam e ajudaram na concretização desta dissertação.

A Deus, pela vida e por iluminar meus caminhos sempre.

À minha mãe, por estar sempre comigo, dando todo o apoio e carinho necessários.

À professora Edméia, pela orientação, carinho, atenção, paciência e sugestões valiosas para a realização desta dissertação. Também à família da professora Edméia, por ter me recebido em seu lar tantas vezes para executar este estudo.

Ao meu namorado Danilo, pelo apoio e compreensão durante essa trajetória e principalmente por todo o amor dedicado a mim nos momentos mais difíceis.

Ao meu pai e irmãs, pelo carinho e incentivo nessa caminhada e a toda a minha família, por sempre acreditar na minha capacidade de superar desafios.

Às professoras Enoy Gusmão, Enilda Rosendo e Ridalva, por aceitarem participar do meu exame de qualificação e terem colaborado com este momento de crescimento intelectual.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA, que contribuíram muito para o meu enriquecimento profissional e acadêmico.

A Amanda Calila, graduanda desta Escola, discente PIBIC da qual fui tutora junto à professora Edméia, pela disponibilidade e contribuições para a construção desta dissertação de mestrado.

Aos queridos amigos e amigas que sempre estiveram ao meu lado me dando força para continuar, em especial à amiga Simone Souza, que sempre me encorajou na realização deste sonho.

Aos colegas e às colegas de curso, pelo compartilhamento de experiências, apoio nos momentos mais críticos e discussões que ajudaram a pensar sobre qual rumo seguir.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, pela disponibilidade e atenção com seus discentes e por possibilitar a concretização desse sonho.

Às minhas colegas de trabalho, que me deram força e me ajudaram com tantas trocas de turno, permitindo que eu pudesse conciliar trabalho e mestrado.

Ao senhor Elias, gerente da Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela, por me receber em seu ambiente de trabalho de maneira educada e aos agentes comunitários de saúde pela disposição em me acompanhar aos domicílios das mulheres, tornando a coleta de dados possível.

Às mulheres participantes do estudo, por me receberem em suas casas com vontade de colaborar e por compartilhem suas experiências e sentimentos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, por autorizar a execução deste estudo.

Maria, Maria  
É um dom, uma certa magia  
Uma força que nos alerta  
Uma mulher que merece  
Viver e amar  
Como outra qualquer  
Do planeta

Maria, Maria  
É o som, é a cor, é o suor  
É a dose mais forte e lenta  
De uma gente que ri  
Quando deve chorar  
E não vive, apenas aguenta

Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...

(Maria, Maria. Milton Nascimento).



BARROS, Andiara Rodrigues. **Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado**. 2013. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMO

A demanda por atenção à saúde é representada pelo cuidado que uma pessoa precisa em um dado momento, devendo ser atendida segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação à saúde das mulheres, indicadores epidemiológicos evidenciam que apesar das políticas públicas elas continuam vulneráveis a uma série de agravos. A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como possibilidade de se obter respostas mais efetivas, mas estudos apontam para problemas no acesso e na qualidade da atenção com baixos percentuais de utilização da ESF por mulheres de áreas adscritas. Esta pesquisa teve como objetivos: descrever a experiência de mulheres na busca pelo cuidado para o atendimento de suas demandas e analisar a experiência relatada pelas mulheres na perspectiva teórica da integralidade. O estudo foi desenvolvido em uma área circunscrita a duas Unidades de Saúde da Família (USF) no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, na cidade do Salvador-BA. Trata-se de estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa tendo a integralidade como categoria analítica. Os sujeitos da pesquisa foram 12 mulheres em idade reprodutiva cadastradas nas USF referidas. O material empírico foi produzido por meio de entrevista semi-estruturada e analisado por meio da técnica de análise de discurso, segundo Fiorin (2004), segundo o qual o discurso é uma posição social, cujos mecanismos ideológicos são materializados na linguagem. Foram respeitados os princípios éticos e legais para pesquisa. Os resultados revelam que as mulheres constroem com o serviço de saúde uma história de frustrações, o que leva ao distanciamento e ao descrédito na ESF. O distanciamento se dá essencialmente por fatores que juntos impedem o estabelecimento de vínculos com a USF: ausência de médico(a); descontinuidades das equipes; dificuldades de acesso; baixa resolutividade e baixa qualidade na relação que se estabelece entre profissional e usuárias. As demandas são orientadas pelo modelo biomédico e as mulheres se ressentem por não haver especialistas no serviço, o que prevalece mesmo nas situações em que afirmam buscar a prevenção. Quase sempre precisam recorrer à rede privada para solução de problemas em que o poder público se ausenta e recursos escassos da provisão familiar são utilizados para o cuidado à saúde. A equipe tem alta rotatividade, sendo a enfermeira a profissional de maior presença e ação. No entanto, o contexto em que se insere a sua prática não favorece sua visibilidade, gerando indefinição de papéis e expectativa das mulheres por respostas que requerem outros campos disciplinares. Urge uma reorganização política em que o Estado assuma o seu papel, constituindo equipes que possam retomar a credibilidade da proposta da ESF. O desafio que se coloca para toda a equipe é a reversão da realidade, retomando-se a proposta da ESF com mobilização, reformulação e adoção de estratégias eficazes para a atenção básica. Para tanto, é preciso desenvolver uma proposta em defesa da vida e que a interdisciplinaridade se materialize na prática de uma equipe defensora da integralidade, ainda que reconhecendo que sempre haverá limites para sua concretização.

**Palavras-chave:** Demandas de saúde; Saúde da mulher; Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem

BARROS, Andriara Rodrigues. **Health demands and the experience of women in the search for healthcare**. 2013. 104 p. Dissertation (Masters in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

### **ABSTRACT**

The demand for healthcare is represented by the care a person needs in a given moment, which person should be attended to in accordance with the SUS principles. In relation to the health of women, epidemiological indicators evidence that despite the public policies they continue to be vulnerable to a series of aggravations. The Family Health Strategy (FHS) presents itself as a possibility of obtaining more effective answers, but studies point out to issues relating to access and quality of the attention with low percentages of use of FHS by women in the assigned areas. This research had as its objectives: to describe the experience of women in the search for healthcare in attending to their demands and analyze the experience reported by women under the theoretical perspective of integrality. The study was developed in a circumscribed area to three Family Health Units (FHU) in the Health District of Subúrbio Ferroviário, in the city of Salvador -BA. This is a study of an exploratory nature with a qualitative approach with integrality as its analytical category. The subjects of the research were 12 women of reproductive age from the mentioned FHU. The empirical material was produced by means of semi-structured interviews and analyzed using the discourse analysis technique, according to Fiorin (2004), in which the discourse is considered as a social position, whereby the ideological mechanisms are materialized in the language. The ethical and legal principles for research were complied with. The results reveal that women form with the health service a history of frustrations which leads to a detachment and disbelief in the FHS. Detachment is due essentially to factors that jointly hinder the establishment of any bond with the FHU: lack of doctors; turnover of teams; access difficulties; low problem-solving and low quality in the relationship established between the professional and the users. The demands are guided by the biomedical model and women resent the fact that there are no specialists in the service, which prevails in situations in which they affirm to look for prevention. They nearly always have to resort to the private health network for solving the problems that the public services lack and scares funds of the family resources are used for healthcare. The team has a high turnover, being nurses the professionals with a greater presence and action, but the context in which the nursing practice is inserted does not favor visibility generating uncertainty as to their roles and expectation of women for answers requiring other field of discipline. A political reorganization is urged in which the State assumes its role preparing teams able to recover credibility of the FHS. The challenge placed to the whole team is the reversal of the reality, recovering the FHS proposal with the mobilization, reformulation and adoption of efficient strategies towards basic healthcare. Therefore, it is necessary to develop a proposal in defense of life and that interdisciplinary approach materializes in the practice of a team in which integrality is defended recognizing that there will always be limits for its implementation.

**Key word: Health demands; Health of women; Family Health Strategy; Nursing**

BARROS, Andiara Rodrigues. **Demandas de salud y las experiencias de mujeres en la búsqueda por el cuidado**. 2013. 104 p. Disertación (Máster en Enfermería) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

## RESUMEN

La demanda por atención a la salud es representada por el cuidado que una persona necesita en un dado momento, debiendo ser atendida según los principios del SUS. En relación a la salud de las mujeres, indicadores epidemiológicos evidencian que a despecho de las políticas públicas ellas continúan vulnerables a una serie de agravios. La Estrategia Salud de la Familia (ESF) se presenta como posibilidad de obtenerse respuestas más efectivas, pero estudios apuntan para problemas en el acceso y en la calidad de la atención con bajos porcentuales de utilización de la ESF por mujeres de áreas adscritas. Esta pesquisa tuvo como objetivos: describir la experiencia de mujeres en la búsqueda por el cuidado para el atendimento a sus demandas y analizar la experiencia relatada por las mujeres en la perspectiva teórica de la integralidad. El estudio fue desarrollado en un área circunscrita a tres Unidades de Salud de la Familia (USF) en el Distrito Sanitario del Suburbio Ferroviario, en la ciudad de Salvador-BA. Se trata de estudio del tipo exploratorio con abordaje cualitativa teniendo la integralidad como categoría analítica. Los sujetos de la pesquisa fueron 12 mujeres en edad reproductiva catastradas en las USF referidas. El material empírico fue producido por medio de entrevista semiestructurada y analizado por medio de la técnica de análisis de discurso, según Fiorin (2004), en lo que el discurso es considerado una posición social, cuyos mecanismos ideológicos son materializados en el lenguaje. Fueron respectados los principios éticos y legales para pesquisa. Los resultados revelan que las mujeres construyen con el servicio de salud una historia de frustraciones lo que lleva al distanciamiento y al descrédito en la ESF. El distanciamiento ocurre esencialmente por factores que juntos impiden el establecimiento de vínculos con la USF: ausencia de médico(a); rotación de los equipos; dificultades de acceso; baja resolutivez y baja calidad en la relación que se establece entre profesional e usuarias. Las demandas son orientadas por el modelo biomédico y las mujeres se resienten por no haber especialistas en el servicio, lo que prevalece mismo en las situaciones en que afirman buscar la prevención. Casi siempre necesitan recurrir a la red privada para solución de problemas en que el poder público se ausenta y recursos escasos de la provisión familiar son utilizados para el cuidado a la salud. El equipo tiene alta rotación, siendo la enfermera la profesional de mayor presencial y acción, pero el contexto en que se insiere a su práctica no favorece su visibilidad generando indefinición de papeles y expectativas de las mujeres por respuestas que requieren otros campos disciplinares. Urge una reorganización política en que el Estado asuma su papel constituyendo equipos que puedan retomar la credibilidad de la propuesta de la ESF. El desafío que se coloca para todo el equipo es la reversión de la realidad, retomándose la propuesta de la ESF con movilización y adopción de estrategias eficaces para la atención básica. Para tanto, es necesario desarrollar una propuesta en defensa de la vida y que la interdisciplinaridad se materialice en la práctica de un equipo para cuya práctica se defiende la integralidad reconociendo que siempre habrá límites para su concretización.

**Palabras clave:** La demanda de la salud; La salud de la mujer; La Estrategia Salud de la Familia; La enfermera

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS Agente Comunitário(a) de Saúde  
ACD Auxiliares de Consultório Dentário  
APS Atenção Primária à Saúde  
DAB Diretoria de Atenção Básica  
DS Distritos Sanitários  
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF Estratégia de Saúde da Família  
GEM Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher  
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INCA Instituto Nacional do Câncer  
IST/HIV Infecção Sexualmente Transmissível/Vírus da Imunodeficiência Humana  
MS Ministério da Saúde  
OMS Organização Mundial de Saúde  
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PAM Pronto Atendimento Médico  
PCCU Prevenção do Câncer Cérvico Uterino  
PDDU Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Salvador  
PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde  
PROVAB Programa de Valorização dos(as) Profissionais da Atenção Básica  
PSF Programa de Saúde da Família  
RA Regiões Administrativas  
SISNEP Sistema Nacional de Ética em Pesquisa  
SUS Sistema Único de Saúde  
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFBA Universidade Federal da Bahia  
UPA Unidade de Pronto Atendimento  
USF Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>08</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2 DEMANDAS E NECESSIDADES EM SAÚDE</b>	<b>18</b>
<b>3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS</b>	<b>22</b>
<b>4 PANORAMA DA SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Planejamento reprodutivo e políticas públicas</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Prevenção de controle do câncer de colo uterino e diagnóstico precoce de mama</b>	<b>29</b>
<b>4.3 Atenção pré-natal</b>	<b>31</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>34</b>
5.1 CATEGORIA ANALÍTICA: INTEGRALIDADE	34
5.2 TIPO DE ESTUDO	37
5.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	37
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
5.5 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	40
5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	41
5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO	42
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO</b>	<b>44</b>
<b>6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E REPRODUTIVA DAS MULHERES DO ESTUDO</b>	<b>44</b>
<b>6.2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NEGANDO A CIDADANIA DAS MULHERES</b>	<b>48</b>
6.2.1 AUSÊNCIA DE MÉDICO COMO DETERMINANTE DO AFASTAMENTO DAS MULHERES DA ESF	48
6.2.2 DIFERENCIAL DA PRÁTICA DA ENFERMEIRA EM MEIO ÀS CONTRADIÇÕES DA REALIDADE	56
6.2.3 DESCONTINUIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO FATOR QUE PRECARIZA A ATENÇÃO NA ESF	60
6.2.4 ACOLHIMENTO DAS MULHERES NEGLIGENCIADO PELAS DIFICULDADES DE ACESSO AO CUIDADO À SAÚDE	65

6.2.5	PRECARIEDADE DA INFRAESTRUTURA COMO OBSTÁCULO AO VÍNCULO DAS MULHERES COM A ESF	72
6.2.6	REDE ESPECIALIZADA COMO REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO QUALIFICADA À SAÚDE	77
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>82</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE A- Informações ao Colaborador</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE C- Roteiro de entrevista semiestruturada</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXO A- Autorização do uso dos dados</b>	<b>101</b>
	<b>ANEXO B- Autorização da Secretária de Saúde de Salvador-Ba</b>	<b>102</b>
	<b>ANEXO C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Indicadores epidemiológicos evidenciam que apesar das políticas públicas e da priorização de ações no ciclo reprodutivo na atenção básica, as mulheres continuam vulneráveis a uma série de agravos. Morbimortalidade materna por causas evitáveis, cobertura pré-natal fora dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), dificuldade de prevenção e controle do câncer de colo uterino e do diagnóstico precoce do câncer de mama, vulnerabilidade às IST/HIV são problemas que acompanham as mulheres, notadamente em idade reprodutiva (BRASIL, 2004).

Na intenção de ampliar a cobertura e reverter a situação epidemiológica, o MS prioriza como programas oficiais nesse âmbito da atenção o pré-natal, o planejamento reprodutivo, a prevenção e controle do câncer de colo uterino e o diagnóstico precoce e controle do câncer de mama. Todos estão incorporados às práticas na atenção básica, tendo como pressuposto que as experiências vividas no corpo devem ser contextualizadas respeitando-se as mulheres em sua singularidade. Contudo, tem-se observado que as mudanças requeridas ainda têm muitos limites (COELHO, 2012).

Na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) se propõe a melhorar os indicadores de saúde a partir de ações que contribuam para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Todavia, as condições sociais e econômicas desfavoráveis associadas às desigualdades de gênero e raça/cor a que são submetidas um grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde colaboram para que a satisfação de suas demandas de saúde seja dificultada (COELHO et al, 2011).

No tocante às responsabilidades que tem a rede pública em reverter os principais problemas de saúde das mulheres, a Estratégia Saúde da Família se apresenta como possibilidade de se obter respostas mais efetivas. Nessa, a integralidade do cuidado é apresentada como eixo norteador, defendendo-se a efetividade de ações situadas para além de respostas a questões no nível biológico, valorizando-se o contexto em que as demandas e os problemas de saúde são gerados (COELHO et al, 2011).

No âmbito da ESF, a avaliação da demanda e do atendimento oferecido é um importante recurso para a gestão e a organização dos serviços, podendo gerar alternativas criativas para superar as limitações e se aproximar de um modelo mais efetivo e eficaz, em um contexto determinado (TOMASI et al, 2011). A demanda por atenção à saúde é entendida como o cuidado que o(a) usuário(a) precisa em um dado momento e requer acolhimento e resolutividade, considerando-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (PINHEIRO

et al, 2005; PORTA, 2008). Pode ser entendida também como o desejo e/ou a habilidade das pessoas em procurar, utilizar e, em algumas circunstâncias, pagar pelos serviços recebidos (PORTA, 2008).

Na ESF, o discurso sobre saúde é focado nas condições de vida das pessoas que procuram o serviço, no conhecimento e respeito das especificidades locais e na substituição do modelo curativo pela prevenção, promoção e recuperação da saúde, centrado na qualidade de vida dos indivíduos, tendo a integralidade do cuidado como perspectiva (FRANCO; MERHY, 2003).

Todavia, as práticas na ESF têm apontado desafios no cuidado à saúde, necessitando-se repensar o modo de trabalho e desenvolver ações de saúde com caráter mais resolutivo, integral, universal, equânime, e participativo que considerem as demandas trazidas pelos(as) usuários(as). Com a adoção nos serviços de saúde de práticas centradas no(a) usuário(a), faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar e produzir vínculos, com respeito à diversidade humana, social e cultural e compreensão do processo saúde-doença (FRANCO; MERHY, 2005). Para isso, as(os) profissionais devem ter a capacidade de responder às demandas, oferecendo ações que atendam às necessidades manifestas e àquelas mais silenciosas, o que exige dos serviços criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho sob novas bases para a atenção à saúde, em especial às mulheres (MATTOS, 2001).

Na ESF, as ações gerenciais e de cuidado à saúde da mulher são majoritariamente assumidas pelas enfermeiras, estando essas profissionais à frente dos programas oferecidos, cuja implementação deve se pautar na perspectiva da integralidade. Os sentidos da integralidade em saúde para as mulheres compreendem a valorização da oferta de atenção a todas as suas demandas e necessidades, em todos os níveis de complexidade da atenção (COSTA, 2004). Todavia, questões de ordem estrutural relacionadas ao modo de organização dos serviços e das práticas fazem com que as enfermeiras enfrentem, cotidianamente, diversos obstáculos no processo de trabalho, os quais impossibilitam o desenvolvimento de ações que atendam aos princípios da universalidade, equidade e integralidade no cuidado à saúde da mulher, comprometendo as ações que tentam garantir o exercício dos direitos reprodutivos (COELHO et al, 2009).

Estudo realizado em serviço de atenção básica mostrou que a integralidade inexistente e profissionais subestimam as experiências de vida das mulheres e suas consequentes demandas, quase sempre associadas a desigualdades de gênero e de classe. Desse modo, a atenção básica à saúde, apesar de reorganizada pelo SUS e mais recentemente, revitalizada



pela ESF, parece ter garantido a facilitação do acesso e da utilização dos serviços, embora a qualidade da atenção ainda requer expressivas mudanças (COELHO et al, 2009).

O perfil da demanda na ESF em 41 municípios com mais de cem mil habitantes das regiões Sul e Nordeste estudado em pesquisa mostrou maior proporção de atendimentos de mulheres entre 15 e 49 anos (36%), com diferenças estatisticamente significantes entre os modelos de atenção tradicional e a ESF, sendo maior na ESF. Os procedimentos mais registrados foram os atendimentos básicos de enfermagem (33%), seguidos de visitas domiciliares e consultas médicas, ambas com 22% (TOMASI et al, 2011).

Em pesquisa com 376 mulheres em idade reprodutiva cadastradas na ESF e residentes no Subúrbio Ferroviário de Salvador, os aspectos socioeconômicos são ressaltados como relevantes na saúde das mulheres da área, sendo elas relativamente jovens, com baixa escolaridade, majoritariamente donas de casa. As que estão inseridas no mercado de trabalho têm ocupações de baixa remuneração, tendo quase metade renda familiar de até um salário mínimo mensal. Mais de 90% são da raça/cor negra, que historicamente vem apresentando maiores dificuldades de acesso a bens sociais com dependência da rede pública de saúde, comumente comprometida pela escassez de investimentos. Na referida pesquisa, 65,5% das mulheres não utilizavam a ESF para prevenção do câncer de colo uterino; 70,6% não frequentavam o planejamento reprodutivo e 79,22% não realizavam Pré-natal na Unidade de Saúde da Família (SANTOS, 2010).

Na mesma área geográfica, 66,5% de 191 mulheres grávidas, cadastradas em 10 USF, informaram estar vivenciando uma gravidez não planejada e 62,83% das mulheres não realizavam o planejamento reprodutivo antes da gravidez nas Unidade de Saúde da Família. A gravidez não planejada foi atribuída a múltiplos fatores, entre os quais estão a falta de acesso aos métodos e a informações segundo as demandas das mulheres e a submissão aos desejos do parceiro (COELHO et al, 2011; SOUSA, 2011).

Assim, na rede de atenção básica, há problemas no âmbito da organização dos serviços e entre eles sobressaem-se a descontinuidade na oferta de métodos contraceptivos; informações fragmentadas sem valorização das especificidades dos grupos assistidos; demora para agendamento de consultas e recebimento de exames, inclusive na atenção pré-natal, o que tem também colaborado para o comprometimento do vínculo das usuárias, gerando distanciamento do serviço de saúde (COELHO et al, 2009; SOUSA, 2011). Por outro lado, o período reprodutivo constitui a fase do ciclo vital feminino geradora de demandas extras, oriundas das experiências sexuais e reprodutivas que se apresentam comprometidas pela vulnerabilidade social e econômica, ambas agravadas pela vulnerabilidade de gênero

(SANTOS, 2010).

As pesquisas supracitadas, realizadas em Salvador pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM) no qual estou inserida, revelam o desequilíbrio entre as demandas das mulheres por cuidado da saúde e as respostas que a rede pública oferece, havendo portanto, necessidade de visibilizar-se a relação entre oferta, demanda e utilização dos serviços pelas mulheres na atenção básica. A expressiva não utilização da ESF remete a questionamentos sobre o cumprimento do seu papel de atender à população em situação de vulnerabilidade social e econômica e sobre a função social de garantir o acesso dos grupos populacionais das áreas adscritas à atenção básica facilitada pela proximidade geográfica entre a USF e a comunidade.

Assim, investigar as demandas em saúde e a experiência das mulheres na busca pelo cuidado oferecerá subsídios tanto para explicar o distanciamento das mulheres da atenção na ESF verificado nas pesquisas quanto para desvendar estratégias adotadas para o cuidado à saúde. Nesse sentido, decidimos por um estudo referenciado pela pesquisa de Santos (2010), que revelou altos índices de não utilização da ESF.

Buscamos responder às questões de pesquisa:

1. Como as demandas de saúde de mulheres cadastradas na ESF se expressam na busca pelo cuidado?
2. A experiência de mulheres cadastradas na ESF na rede de atenção remete à integralidade do cuidado?

Para respondê-las, o estudo tem como **objetivo geral**:

Conhecer as demandas e as experiências de mulheres cadastradas na ESF na busca pelo cuidado à saúde.

#### **Objetivos específicos**

1. Descrever as experiências de mulheres na busca pelo cuidado à saúde para o atendimento de suas demandas.
2. Analisar as experiências relatadas pelas mulheres na perspectiva teórica da integralidade do cuidado.

## 2 DEMANDAS E NECESSIDADES EM SAÚDE

A demanda é o pedido explícito dos(as) usuários(as) que expressa suas necessidades mais complexas, modeladas pela oferta de serviços tais como consulta médica, consumo de medicamentos ou realização de exames. Já as necessidades podem ser a busca de respostas para as más condições de vida em que a pessoa vive ou está vivendo; a procura de um vínculo efetivo com algum profissional; o desejo de maior autonomia no modo de viver a vida ou mesmo de acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Assim, a integralidade da atenção deve advir da preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas ao serviço, apresentadas em demandas específicas (CECÍLIO, 2001).

Iunes (1995) considera importante ressaltar a concepção de demanda por saúde e não por serviços de saúde, desenvolvida por Grossman (1972), reconhecendo que a demanda por serviços de saúde é derivada de uma demanda por saúde, isto é, de que as pessoas demandam serviços de saúde porque estão na verdade demandando saúde, aproximando os conceitos de demandas e necessidade.

O acesso e o acolhimento são importantes fatores relacionados à demanda, pois se articulam e se complementam para o desenvolvimento de ações em saúde, atendendo à perspectiva da integralidade do cuidado. De acordo com Souza et al (2008), a possibilidade da prestação do cuidado de acordo com as necessidades vai além da proximidade geográfica como facilitadora do acesso, abrangendo também aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. Já o acolhimento mostra-se como possibilidade de definir a produção da relação do usuário com o serviço, tendo nos serviços os meios de recepção dos usuários, objetivando o local, a finalidade e os resultados (STARFIELD, 2004).

É importante definir o perfil de demanda da população para que se possa efetivamente atender a(o) usuária(o) com integralidade nas ações, respeitando os princípios do SUS e acima de tudo respeitando o outro enquanto ser de direito. Muitas vezes o(a) usuário(a) identifica o procedimento como atendimento de suas demandas, por uma ideia socialmente construída de que o exame ou a consulta por si só protegem, gerando uma situação de conforto (FRANCO; MERHY, 2005)

Perceber as demandas das pessoas e atendê-las são ações importantes para construção do direito à saúde junto ao SUS. Na tentativa de garantia do direito à saúde, é estabelecido por lei que o SUS ofereça acesso universal e atendimento integral. No entanto muitas dificuldades interferem na operacionalização desses princípios. De acordo com Osório Servo e Piola

(2011), no Brasil muitas pessoas por motivos diversos, não procuram atendimento de saúde ao sentirem necessidade, tornando este um desafio para o sistema público de saúde brasileiro.

O cuidado deve ser planejado para atender as demandas de saúde, por meio da reorganização dos serviços, tendo como pressuposto a produção do cuidado e relações acolhedoras capazes de produzir vínculo. As necessidades de saúde requerem capacidade de escuta, respeito, diversidade humana, social e cultural e compreensão da saúde e da doença (PINHEIRO et al, 2005).

Considerando a interlocução entre SUS e direitos à saúde, estudo realizado por Carvalho et al (2008) traz como resultados a associação desse direito aos termos prioridade, atendimento gratuito, bem da vida e Estado. Para Nogueira e Pires (2004) o acesso universal aos cuidados em saúde requer recursos necessários para prover serviços de qualidade, considerando as práticas culturais, a educação e a informação como meios de sua produção.

O SUS reconhece que saúde não se aprimora somente com atenção à doença. Portanto, responder às necessidades de saúde deveria significar a implementação de ações que incidissem nos determinantes e não somente na doença. A concepção de saúde e doença expressa no SUS sanciona necessidades de saúde ampliadas, exigindo respostas mais complexas, para além das ações curativas (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

O cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades da população e os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com elas, compreendendo os momentos da produção e do consumo do cuidado à saúde, de modo a buscar promover a autonomia dos sujeitos. Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, as necessidades individuais devem estar articuladas às necessidades sociais, que são heterogêneas e se originam da reprodução da vida em sociedade (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Conhecer as necessidades de saúde e identificar os diferentes significados atribuídos aos diferentes modos de vida, saúde e sofrimento pode revelar um potencial transformador das práticas de saúde vigentes (NAKAMURA et al, 2009). Considerando o destaque da atenção básica para o sistema de saúde e a consolidação da ESF, é importante que as informações sobre a demanda atendida sejam atualizadas para apoiar a gestão do SUS. A análise das ofertas e necessidades de saúde da população potencializa trabalhadoras(es), equipe, serviços e a rede a pautar suas intervenções e práticas dentro do que as pessoas buscam como cuidado à saúde, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada, respondendo ao indivíduo e à coletividade em suas ansiedades e necessidades em saúde (CECÍLIO, 2001).

Franco e Merhy et al (2005) discutem que os(as) profissionais encontram-se em um

dilema quando são questionados(as)s quanto a exames e consultas por usuários(as), devido ao fato da população geralmente entender que o serviço de saúde só é eficaz se desempenha tais funções. Acontece, porém, que em certos momentos, a orientação precisa ser diferenciada e, por isso, esses autores propõem que os profissionais se mantenham firmes em sua conduta moral na tentativa de controlar o sistema da forma mais correta. Condutas desnecessárias só geram mais gastos ao setor da saúde, não efetivamente resolvendo a demanda específica de quem o procura.

O acolhimento das mulheres dentro das unidades de saúde pode melhorar se houver uma compreensão das possíveis causas que levam a não participação das mulheres nas ações diretas de cuidado com sua saúde. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo (PINHEIRO et al, 2005).

Em estudo desenvolvido a partir da percepção de que as respostas às necessidades oferecidas pelos serviços de saúde sofreram impacto com a regulamentação do SUS e com o objetivo de apreender as tendências dessa reorganização em publicações científicas sobre o tema, foram avaliadas 73 publicações selecionadas na base de dados *on-line* LILACS de 1990 a 2004. Tal estudo revelou que 66 (90,4%) das publicações não abordavam o conceito de necessidades, utilizando o termo no senso comum. As poucas que o abordaram o faziam em caráter de reflexão, sendo praticamente inexistentes as publicações que tomavam a perspectiva da Saúde Coletiva. Considera ainda que os artigos definiam necessidades comuns a todos os indivíduos, considerando-os um agrupamento homogêneo de sujeitos abstratos, sem pertencimento de classe, que é o que determina e diferencia as necessidades de saúde. Tal achado é preocupante, pois mostra que a atenção a saúde tem enfatizado a doença, podendo reforçar práticas amparadas por esta visão (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de conhecer o conceito de necessidades de saúde segundo a percepção de usuários(as) de um serviço de saúde do interior paulista identificou que os mesmos perceberam-se como detentores de necessidades e que o contexto social pode apresentar importante influência na saúde, considerando que a autonomia na tomada de decisões é uma necessidade. Considera que a relação de confiança possibilita o fortalecimento das potencialidades para o enfrentamento de doenças, gerando vínculo que favorece a construção da autonomia e do autocuidado. Afirma também a existência da necessidade de instrumentos para auxílio do profissional da área da Saúde Coletiva na identificação de demandas de saúde dos(as) usuários(as) (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Em pesquisa realizada com usuários(as) de famílias acompanhadas por uma equipe de saúde da família no município de Jequié-BA, os sujeitos concebem que a saúde e a doença estão associadas às condições de vida. Relataram que o poder aquisitivo interferia em suas condições de vida, incluindo o acesso à educação, ao lazer, ao emprego e a outras situações, como rede de esgoto, ruas asfaltadas, dentre outros aspectos (NERY, 2006). Portanto, atender necessidades de saúde significa tomar como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS, 2005).

Segundo estudo desenvolvido por Osório, Servo, Piola (2011), a necessidade de saúde insatisfeita foi definida como a situação em que o indivíduo sente necessidade, mas não procura atendimento de saúde. Essa pesquisa foi realizada a partir dos dados do suplemento de saúde de 1998, 2003 e 2008 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), sendo constatado que a parcela da população brasileira com necessidade de saúde insatisfeita se manteve em torno de 17%, havendo mudança nos motivos que as pessoas escolhem para justificar não terem procurado atendimento de saúde. Houve redução da porcentagem dos que alegavam falta de dinheiro, embora ainda seja esse o motivo mais escolhido, aumentando as porcentagens dos que alegam limitações e falhas do sistema de saúde, como o tempo de espera e a falta de profissionais ou serviços. Consideram que baixa renda ou escolaridade, residência nas regiões mais pobres do país ou em área rural, ser negro, ser homem, ser adulto, estar ocupado, residir com outras pessoas com necessidade insatisfeita, não realizar consultas médicas há pelo menos um ano e não ter plano de saúde são, dentre outros, fatores que aumentam as chances de não satisfação da necessidade de saúde pela falta de busca pelo atendimento.

Trabalho realizado por Almeida (2005) acerca da necessidade de acesso ao atendimento mostrou que muitas mulheres preferiam buscar atendimento no serviço mais próximo de sua moradia, mesmo se avaliado negativamente com informações que o desqualificavam, a fim de evitar a peregrinação e pela falta de garantia de atendimento em outra unidade, denunciando a falta de opção e reduzida liberdade de escolha das mulheres que buscam um serviço de saúde.

### 3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS

A implantação do SUS no Brasil marcou um rompimento com o padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país, tendo sido criado após lutas políticas amplas de movimentos sociais organizados. Sua criação representa ganhos importantes para o sistema público de saúde, mas sua implementação vem sendo marcada por dificuldades em todos os níveis da atenção, de modo que no ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), entendido como uma proposta estruturante do sistema de atenção à saúde, com objetivo de colaborar na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, priorizando ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

Com isso, o PSF assume relevância no discurso político, institucional e social no âmbito do Ministério da Saúde. A partir de 1998, o programa é concebido como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando *status* de estratégia de reorientação assistencial (SOUZA, 2002). Especialmente após 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF, este passa a ser definido e defendido como estratégia (RIBEIRO, 2004).

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde com o intuito de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios. Sua atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma maior compreensão do processo saúde/doença, norteando suas intervenções. O PSF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo descuidar da atenção curativa e reabilitadora (PAIM, 2002; ALVES, 2005).

Constitui uma estratégia de consolidação do SUS sua proposta construída segundo os princípios constitucionais de integralidade, qualidade, equidade da atenção e participação social (COSTA NETO, 2000; ALVES, 2005). A criação do PSF traz consigo o compromisso com a transformação da qualidade de vida das pessoas pela via da ampliação do acesso à atenção básica, dotando-a de maior resolutividade (MONTENEGRO et al; 2000). O PSF vem se configurando como uma das principais estratégias de implementação da atenção à saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, no entanto, existem significativas diferenças regionais na sua implantação decorrentes das diversidades de situações políticas municipais, bem como das articulações previstas com o sistema de saúde (SOUZA, 2002).

Desde sua implantação, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) obteve crescimento expressivo. A proporção da população coberta que em 1998 era de 6,55%, passou para

32,05% em 2002, alcançando 40,0% em 2004, o que reflete um aumento de mais de 600%, considerando que a cobertura de 2004 é mais de seis vezes a identificada em 1998 (BRASIL, 2006b). Nos primeiros quatro anos de implantação, a ESF assistia a 3,51% da população brasileira. Em abril de 2008, essa cobertura representou 56,8%, cerca de 107 milhões de brasileiros(as) (BRASIL, 2009), expressando a melhoria da oferta de serviços, o que resultou diretamente no aumento da utilização desses serviços pela população.

Na Bahia, de acordo com o Ministério da Saúde, a proporção de cobertura populacional estimada é de 60,43% para uma população de 14.097.534 habitantes, apresentando um número de 4.303 equipes de saúde da família credenciadas, com expressivo crescimento desde 1998, quando foi implantado. Dados da Diretoria de Atenção Básica (DAB) comprovam que no município de Salvador, o credenciamento e a implantação das equipes de saúde da família se deram apenas a partir do ano 2000, e em 2012 havia 300 equipes de saúde da família credenciadas pelo MS e 135 cadastradas no sistema e implantadas, o que oferece uma cobertura populacional de 17,29%. O Plano Municipal de Saúde 2010-2013, em concordância com o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Salvador (PDDU), considera que a Vigilância à Saúde e o Programa Saúde da Família (PSF) constituem eixos estruturantes da atenção à saúde no município de Salvador e o fortalecimento dos Distritos Sanitários como estratégia para reorganizar as ações e os serviços de saúde (SALVADOR, 2010).

Estudo transversal desenvolvido com o objetivo de avaliar a acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde da população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF de um distrito sanitário de Salvador revela a existência de importantes problemas de acessibilidade geográfica à Atenção Primária a Saúde, no qual todas as equipes referiram a presença de barreiras geográficas distribuídas em sua extensão territorial (SILVA JUNIOR et al; 2012).

Pesquisas sobre a ESF apontam evidências sobre os impactos das inovações propostas na organização do sistema e na saúde da população. A maior parte das avaliações realizadas no país enfoca os processos de implementação da ESF e avalia o impacto da atenção por meio de indicadores fortemente determinados por fatores como renda, saneamento, educação, entre outros, sendo ainda escassos os estudos que se propõem a avaliar o desempenho do sistema de atenção básica de forma global (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Tendo como fundamento a integralidade, a ESF deve desenvolver as ações de saúde voltadas ao contexto das pessoas individualmente e da coletividade, para garantia das atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integrada e sob a ótica



interdisciplinar. De acordo com Louzada, Bonaldi e Barros (2007), a integralidade contempla uma noção de cuidado que apreendida como ação integral significa o encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, vínculo, respeito e dignidade. O cuidado integral resulta em vitalidade física, mental e social para os desafios do cotidiano e requer dos(as) profissionais qualificação técnica e científica capaz de incorporar novos olhares sobre os determinantes sociais da saúde (GADAMER, 1996).

Assim, a ESF nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento de profissionais e cidadãos/cidadãs brasileiros(as), até então vigentes. Na equipe de saúde da ESF, a enfermeira tem importante papel no cuidado e na gestão do cuidado, delineando um destacado campo de atuação profissional na atenção básica, interligada e complementada por outros saberes profissionais. O cuidado de enfermagem é configurado como prática social empreendedora, pela inserção nos diferentes espaços e pelas possibilidades de interação com setores e contextos sociais diversos. A enfermagem pode ser definida como ciência do cuidado integral e integrador em saúde, que busca desenvolver práticas de cuidado e promover a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BACKES, 2012).

A enfermeira se destaca na operacionalização da estratégia por ser reconhecida pela comunidade e por demais profissionais como quem favorece a escuta, a confiança, desburocratiza o atendimento e muitas vezes vai até o domicílio prestar o cuidado. Tudo isso é favorecido por sua disponibilidade, formação generalista; facilidade de comunicação e experiência no planejamento, além da execução e avaliação das ações de saúde tanto assistenciais e administrativas como educacionais. Como membro da ESF, a enfermeira desempenha importante papel na implantação e condução dessa estratégia (PEREIRA; ALVES, 2004; BACKES, 2012).

Na ESF, as equipes multiprofissionais estabelecem uma relação de proximidade com as demandas da população, facilitando o acesso e a utilização dos serviços através de atividades educativas e clínicas, devendo ter uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Para Villela (2009), as mulheres são as principais usuárias das unidades básicas de saúde e dos núcleos de saúde da família, acreditando-se que as necessidades reprodutivas respondem por essa procura. Todavia, as mulheres procuram os serviços também porque as pressões do cotidiano, a sobrecarga de trabalho e a reiterada desqualificação das suas potencialidades as fazem sentir-se distantes das ideias de bem estar e satisfação.

A necessidade de avaliações em serviços de saúde, principalmente sobre a Estratégia

Saúde da Família, vem aumentando e os desafios inerentes aos processos de avaliação já começaram a ser identificados: a saúde-doença como objeto das intervenções, a complexidade das ações e práticas, a subjetividade das avaliações e a necessidade de que seus resultados subsidiem a tomada de decisões (FACHINI et al; 2008).

Na ESF, o enfoque maior tem se dirigido à população economicamente menos favorecida, pelo reconhecimento de que nela os problemas de saúde evitáveis são mais prevalentes. Desde a implantação da ESF no Brasil, há questionamentos e críticas sobre a sua real funcionalidade, especialmente por ter como foco populações em condições mais carentes de vida, mas a ESF tem se mostrado um caminho para efetivação de políticas de prevenção, promoção e vigilância à saúde e, na saúde da mulher, tem ampliado o acesso, embora seu alcance ainda seja limitado.

#### **4 PANORAMA DA SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL**

Há muito tempo, o corpo feminino vem sendo foco das práticas de profissionais de saúde sem o verdadeiro reconhecimento sobre os seus direitos e sem poder de decisão sobre a sua vida. O reconhecimento sobre a saúde da mulher se dava pela normatização em manuais de saúde sobre pré-natal, parto, amamentação e cuidado com a prole (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000).

Na década de 70, foi criado o I Programa de Atenção Materno-Infantil, seguido três anos depois pelo Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, tendo uma preocupação não somente com a saúde da gestante e da criança como também com questões voltadas para a possibilidade de se evitar filhos(as), valorizando a saúde da mulher neste aspecto. Nesse período, o movimento feminista discutiu questões como direito à autonomia das mulheres, sobretudo relacionada ao respeito ao número de filhos(as) que cada uma desejaria ter (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No período equivalente à Ditadura Militar, o discurso radical do governo em relação ao controle demográfico foi debatido veementemente pelo movimento feminista por meio da introdução nos debates das posições firmes sobre as suas aspirações, principalmente voltadas à autonomia das mulheres no âmbito da reprodução e contracepção, opondo-se à manipulação do corpo da mulher (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006). O reconhecimento acerca da cidadania da mulher e o estabelecimento do conceito de direitos reprodutivos foram decisivos para a busca da autonomia e o controle da mulher sobre seu próprio corpo.

A mobilização e a organização política feminista em torno dos direitos reprodutivos e

da saúde das mulheres levaram à criação, pelo Ministério da Saúde, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecendo o planejamento reprodutivo como direito das mulheres a ser viabilizado por meio de ações efetivas a serem viabilizadas pelo sistema público de saúde. Configura-se como programa amplo com atividades voltadas para contracepção, esterilidade, IST, sexualidade, adolescência e climatério, devendo considerar as dimensões psicológicas e sociais que participam das experiências sexuais e reprodutivas femininas (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000; COELHO, 2000).

Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, buscou-se superar problemas e nortear as ações de atenção à saúde das mulheres. Nos últimos anos, tem-se observado melhorias nas condições de saúde reprodutiva das mulheres, com maior acesso à atenção na gravidez e no parto, a medicamentos, a métodos contraceptivos e a procedimentos cirúrgicos seguros. Tais benefícios foram ampliados com a criação da Política Nacional de Promoção à Saúde, que surgiu da definição da Agenda de Compromisso pela Saúde ao agregar três eixos - o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão - que visam mudanças significativas para a implementação do SUS (BRASIL, 2006c).

O maior diferencial no cenário da saúde da mulher a partir de então esteve relacionado principalmente à introdução, no sistema público de saúde, de ações de contracepção, tendo à frente equipes multiprofissionais com destaque para a participação da enfermeira nesse processo. Para Santos e Vieira (2008), profissionais de saúde devem zelar com grande responsabilidade pelo acesso aos meios contraceptivos e orientações sobre seu uso correto, de acordo com os princípios dos direitos reprodutivos, sendo os mesmos responsáveis pelo aconselhamento, com escuta de necessidades e orientações claras sobre formas de uso e manejo, aumentando sua eficácia de ação, sobretudo para a população com baixo poder aquisitivo e pouco acesso à informação científica. Até a década de 1960, o acesso das mulheres aos contraceptivos dependia das farmácias ou de instituições ligadas a multinacionais que tinham os países pobres como alvo para a implementação de políticas neomalthusianas para controlar a natalidade (COELHO et al; 2000).

#### **4.1 Planejamento reprodutivo e políticas públicas**

A contracepção foi introduzida no Brasil em meio a questões ideológicas neomalthusianas que atribuíam o aumento da pobreza e das suas consequências ao crescimento populacional. Quando esse tema foi incluído na pauta como parte da mobilização

feminista pelos direitos reprodutivos, o governo brasileiro foi pressionado a concebê-la como direito das mulheres, passando a ser dever do Estado prover a rede pública de saúde de condições adequadas para que as mulheres pudessem viabilizar a dissociação entre prática sexual e reprodução.

Promover o acesso a informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes do planejamento reprodutivo, uma das ações do PAISM. Um dos objetivos é desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade (BRASIL, 1984). Atualmente a integração entre o sistema de saúde e usuárias contribui para a liberdade de escolha, devendo proporcionar informações precisas, oferta do método desejado e atenção individualizada (BRASIL, 2002). Porém, serviços que oferecem ações na área de planejamento familiar apresentam deficiências na infraestrutura para a assistência, reduzida oferta de métodos contraceptivos, pouca divulgação do serviço de planejamento familiar, além de capacitação inadequada do pessoal de saúde e dificuldades geográficas (PENAFORTE, 2010).

A escolha do método contraceptivo deve ser sempre personalizada considerando-se a idade, o número de filhos(as), a compreensão e a tolerância ao método, o desejo de procriação futura e a presença de doenças crônicas que possam agravar-se com o uso de determinado método. As limitações de cada método também devem ser expostas por profissionais de saúde de maneira clara e objetiva, evidenciando a eventual possibilidade de troca de métodos caso o escolhido não atenda perfeitamente às necessidades individuais. Além disso, deve-se destacar a necessidade da dupla proteção (concepção e prevenção às IST e HIV/AIDS), mostrando a importância dos métodos de barreira, como os preservativos masculinos ou femininos (RIBEIRO et al; 2008).

Em estudo realizado pelas autoras supracitadas na ESF do município de Guarulhos/SP, houve preferência por método contraceptivo reversível entre as mulheres mais jovens e por métodos definitivos pelas demais, sendo esses grupos de mulheres de baixa escolaridade, casadas ou em união estável, com um(a) filho(a) ou mais e sem renda fixa ou baixa renda. Observou-se também da participação elevada de mulheres no programa de planejamento reprodutivo, sendo a laqueadura e o DIU os métodos contraceptivos preferidos (RIBEIRO et al; 2008).

O Brasil se caracteriza hoje como um país com reduzidas taxas de fecundidade. De acordo com o IBGE, esta taxa em 2005 era de 2,1 filhos(as) por mulher e o número vem declinando desde os anos 1960, quando era de seis filhos(as), passando a quatro na década de

1980 (SEN, 2000).

O trabalho, a alfabetização e a educação das mulheres tendem a reduzir não somente as taxas de mortalidade das crianças como também as de natalidade e de fecundidade (SEN, 2000). A redução na taxa de fecundidade deu-se às custas do controle que as mulheres passaram a exercer sobre sua fecundidade, por meio do acesso aos métodos contraceptivos. Entretanto, as ações nesse campo historicamente têm sido marcadas por dificuldades de acesso a informações adequadas e aos métodos, cujo uso dá-se muitas vezes sem acompanhamento clínico e sem atividades educativas facilitadoras da tomada de decisão pelas mulheres. As orientações individuais constituem uma oportunidade indiscutível para se estabelecer um adequado processo de interação, mas também acompanham um modelo em que as decisões nem sempre se dão com participação ativa das mulheres, sobressaindo-se no processo o poder profissional (COELHO et al; 2000; 2005; 2009).

A provisão dos métodos anticoncepcionais constitui-se um dos pontos mais críticos das atividades de planejamento familiar, com descontinuidade frequente da oferta de contraceptivos nos serviços de saúde, o que compromete os direitos reprodutivos das mulheres (OSIS et al; 2006). As dificuldades de acesso a informações adequadas e aos métodos contraceptivos que fazem parte do cotidiano de grande número de mulheres pobres as expõem à gravidez não planejada em qualquer faixa etária do ciclo reprodutivo, com o risco de ter o aborto como desfecho (SANTOS, 2010; SOUZA, 2011).

Na atualidade, o planejamento reprodutivo ainda está restrito à decisão pelo número de filhos(as), à escolha da melhor época para engravidar e ao uso de tecnologias conceptivas. Porém, outras questões relacionadas ao planejamento familiar, direcionadas para o desenvolvimento da família, devem ser consideradas, tais como o planejamento dos cuidados com a saúde, orçamento, educação e aspectos afetivos. O enfoque na promoção da saúde e o aumento da qualidade de vida deveriam ser contemplados pelo programa de planejamento reprodutivo, mas as pesquisas demonstram que estes aspectos ainda estão enfraquecidos (SANTOS; FREITAS, 2011).

A pouca eficácia das ações de planejamento reprodutivo constitui um dos motivos para gestações não planejadas e seu desfecho em aborto. Na Bahia, entre 2000 e 2006 foram internadas por gravidez que terminaram em aborto, 205.462 mulheres, sendo a principal causa isolada de mortalidade materna em Salvador (COSTA, 2007). Essas mortes atingem, sobretudo, mulheres jovens e pobres que têm maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais e econômicas, revelando inadequação da oferta de recursos para regular a

fertilidade, o que nega os direitos reprodutivos assegurados pela Constituição (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Em estudo de abordagem qualitativa desenvolvido também nessa capital, foi revelado que a busca pelo serviço sem resolutividade faz com que mulheres que já enfrentam os limites impostos pelas condições socioeconômicas desfavoráveis sejam vencidas pelas dificuldades e desistam de procurar o atendimento nas USF. As mulheres com gravidez subsequente eram as que mais procuravam o PSF, enquanto as mais jovens tinham sua inserção retardada, preferindo adquirir contraceptivos em farmácias, dificultando assim o acesso à informação de qualidade (SOUZA, 2011).

#### **4.2 Prevenção de controle do câncer de colo uterino e diagnóstico precoce de mama**

O Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino (PCCU) é uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para promover a saúde da mulher através da realização do exame de Papanicolaou com a finalidade de detecção precoce do carcinoma cervical uterino, devendo ser realizado a cada três anos se os dois primeiros exames realizados a cada ano tiverem seus resultados normais (BRASIL, 2005).

O câncer de colo uterino possui aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos bem definidos para sua detecção, porém sua prevenção representa um grande desafio para a saúde pública, uma vez que ainda existem barreiras como o desconhecimento das mulheres sobre o próprio corpo, a falta de qualidade e humanização no atendimento e a necessidade de organização de redes de serviços para absorver a demanda de mulheres que necessitam de exames complementares e tratamento (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Por ano, o câncer de colo de útero faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos no Brasil. Se o país avançar na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce e mulheres forem diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura (BRASIL, 2009).

É estimado que a redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo uterino pode ser alcançada por intermédio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos, desde que sejam submetidas ao sistema de rastreamento por meio do teste de Papanicolaou. Esse deve ser parte de um programa que busque níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas (BRASIL, 2004; 2005).

Para Ribeiro (2007), os aspectos socioeconômicos e a baixa escolaridade podem gerar

barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoces do câncer de colo uterino. As mulheres que deixam de realizar o exame preventivo de Papanicolaou são principalmente de baixa renda familiar e nas faixas etárias mais jovens e são elas as que também estão morrendo por essa patologia quando adultas. São, sobretudo, negras, pobres e usuárias do SUS, o que associa a mortalidade por câncer do colo do útero às desigualdades sociais (MENDONÇA et al; 2008).

O Ministério da Saúde recomenda às/aos profissionais que realizam o exame citopatológico não somente explicar à mulher a importância da realização do exame para a saúde, mas também sanar dúvidas manifestadas e enfatizar o retorno (BRASIL, 2002a). O diálogo utilizado na abordagem deve ser contextualizado às vivências da mulher, atentando para que o olhar seja direcionado às suas condições de vida e saúde (PAULA; MADEIRA, 2003; PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

A implementação das ações estruturadas para detecção precoce do câncer do colo do útero caracteriza-se como um fator primordial para diminuir a incidência de mortalidade, no entanto, ações educativas como orientação, esclarecimento e campanhas preventivas são necessárias para que as informações sejam acessíveis, inclusive aos grupos populacionais mais carentes. O comportamento preventivo sofre influência de questões culturais, devendo os(as) profissionais de saúde atuar de maneira diferenciada com as mulheres, organizando e planejando a atenção e considerando a singularidade de cada mulher, o que requer conhecer e valorizar o contexto social em que estão inseridas (PAULA; MADEIRA, 2003; PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Em relação ao câncer de mama, o Brasil apresenta incidência e mortalidade ascendentes desde a década de 1960. No período compreendido entre 1979 e 2002, observou-se incremento nas taxas de mortalidade por câncer de mama, de 8,57 para 11,18/100.000 mulheres (BRASIL, 2002a). O INCA estimou para 2012 52.680 novos casos de câncer de mama, com risco estimado de 52 casos a cada 100.000 mulheres. Este risco apresenta grande variação de acordo com a região do País, sendo maior no Sudeste e no Sul, ao considerar a faixa etária (BRASIL, 2012).

O câncer de mama é o mais frequente e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres no Brasil e no mundo. Existem muitos estudos reconhecendo o impacto do rastreamento na redução da mortalidade por esse tipo de Câncer. No Brasil não existe uma política de rastreamento populacional, por isso deve-se estimular ações de padronização do rastreamento da doença e esclarecer a população sobre a importância da sua realização

(URBAN et al; 2012).

Há um vazio em relação ao contexto da atenção que distancia as mulheres, decorrente da abordagem profissional, campo difícil de lidar porque envolve intimidade e a construção de gênero limita o estar à vontade, o que é agravado pelo serviço.

### **4.3 Atenção pré-natal**

No âmbito da atenção pré-natal, os cuidados ofertados constituem uma importante ação programática, uma vez que permitem acompanhar a gravidez e identificar situações de risco para a mãe ou para o feto, corrigindo-as quando necessário. Uma atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos para o(a) recém-nascido(a), como retardo no crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil (WEHBY et al; 2009).

De acordo com Brito et al (2008), a atenção ao pré-natal é um segmento que possui um alto potencial indicativo da qualidade dos serviços de saúde, devido à importância que **esse** aspecto da atenção tem no conjunto da atenção básica, como a oferta mínima e obrigatória, ampla distribuição nacional, exigência da disponibilidade de médico, enfermeira, exames laboratoriais, agendamento de consultas, instalações e instrumental adequados. Os principais problemas detectados nesse período podem ser revertidos se precocemente diagnosticados e se as intervenções forem efetivas. Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com dados divulgados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, no ano de 2011, até o mês de agosto, foram registrados 32.742 óbitos de mulheres em idade fértil, o que representa uma significativa queda nesses índices quando comparados aos anos anteriores (BRASIL, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde, a mortalidade materna é o indicador epidemiológico mais distintivo da situação de saúde entre países pobres e nações desenvolvidas, pois as consequências de complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal são importantes indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2002b; NOVAES; ALMEIDA; ORTIZ, 2004).

Para o enfrentamento de índices elevados de morbimortalidade materna e do(a) recém-nascido(a), medidas de melhoria da qualidade da assistência em saúde reprodutiva foram



instituídas. No ano 2000, foram criados o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, que visam à adoção, pelos municípios, de medidas que garantam uma assistência de qualidade às gestantes e a recém-nascido(a)s. Na atualidade, cabe aos gestores melhorar a cobertura do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas e assegurando a correta documentação dos dados reais do acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal.

Em relação à qualidade da prestação dos serviços de saúde à gestante antes do PHPN, Neumann et al (2003), ao avaliar serviços de saúde de atenção ao parto, ao puerpério e à saúde da criança no município de Criciúma, Santa Catarina, consideram que esses apresentavam baixa qualidade considerando o momento da realização de primeira consulta de pré-natal e de exames complementares, relacionados principalmente às famílias com menor renda mensal.

Pesquisa realizada em Salvador utilizando os critérios do Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (PHPN), e tendo como base o ano de 2002, constatou uma baixa cobertura pré-natal quando considerado o início no primeiro trimestre de gravidez. Apenas 9,76% de mulheres realizaram seis consultas de pré-natal, sendo baixo o percentual das que compareceram à consulta de puerpério: 5,66%. Igual percentual concluiu a assistência pré-natal (NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007).

Os indicadores de cobertura do pré-natal mostram uma melhora substancial da atenção à mulher no ciclo gravídico, aumentada em mais de 350% nos últimos 10 anos. Mas, nas avaliações da qualidade, o pré-natal ainda não corresponde ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive porque as mulheres ainda o iniciam em idade gestacional nem sempre compatível com a realização de todas as consultas pré-natais (MENDOZA-SASSI et al, 2011).

Dentre as principais linhas de ação do programa estão a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação e a garantia de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta no puerpério (até 42 dias após o parto), bem como exames laboratoriais, imunização contra o tétano, atividades educativas e classificação e referenciamento das gestantes de risco (BRASIL, 2006a).

A assistência ao pré-natal deve garantir uma assistência de qualidade, tanto à gestante quanto aos seus familiares, com ações de promoção e prevenção aos agravos durante o período gestacional, realizando diagnósticos, acompanhando uso de medicamentos e orientando sobre o parto, aleitamento materno, puerpério e planejamento familiar.

Atualmente, a literatura pertinente é consensual no que tange ao reconhecimento de que grande parte das mortes maternas poderiam ser evitadas através de assistência adequada durante o pré-natal, parto e puerpério. Para isso, é necessário a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, de pessoal para o atendimento às mulheres e a identificação dos grupos mais vulneráveis, dentre outros aspectos que incidem sobre a qualidade dessa assistência. Os programas assistenciais voltados à saúde da mulher demandam atitudes favoráveis dos(as) profissionais e organização dos serviços para atender a essas demandas, permitindo um planejamento e uma oferta sustentada de ações de saúde.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 CATEGORIA ANALÍTICA: INTEGRALIDADE

Pensar as práticas de atenção à saúde na perspectiva da integralidade implica em construir alguns sentidos do termo de modo a apontar direções na busca de qualificar as práticas de cuidado. Nessa perspectiva, articular prevenção e assistência passa a ser proposta de organização das práticas e um dos sentidos da integralidade.

Políticas destinadas a dar respostas a determinados problemas de saúde ou a responder aqueles que atingem certo grupo populacional pode trazer as marcas da integralidade. Assim aconteceu com o PAISM, tendo o movimento feminista construído, ao longo do tempo, conhecimento sobre as necessidades das mulheres para além das especificidades reprodutivas, valorizando o contexto sociocultural em que o processo saúde-doença acontece, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante do programa materno-infantil.

De acordo com Pinheiro (2001), um dos principais motivos para a ESF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica é buscar a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família, privilegiando a equipe de profissionais como importante elemento para seu alcance. Nesse sentido, "a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema" (PINHEIRO, 2002, p.15).

Considera-se que a integralidade continua sendo um conceito em construção, o qual deve ser considerado como um modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (PINHEIRO; MATTOS, 2003, 2006). Assim, a integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que considera o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2001).

A integralidade pode ser percebida na equipe e nos serviços quando ocorrem discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e reorganização dos serviços, podendo ser exemplificada com a democratização da gestão do cuidado pela participação de usuários(as) nas decisões sobre a saúde que se deseja obter (PINHEIRO, 2001; 2005). Isto posto, podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como

práticas integrais (PINHEIRO, 2002).

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do SUS e expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário. Tem funcionado como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (MATTOS, 2004). Consiste no direito ao atendimento de indivíduos de acordo com suas necessidades e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender a essas necessidades de forma integral.

A integralidade compreende o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano (PINHO et al; 2007). A compreensão e o exercício da integralidade estão relacionados à prática de um cuidado integrado em saúde que contemple a demanda e a necessidade dos(as) usuários(as), por meio de uma identificação mais equânime possível. Para obter a integralidade no cuidado à saúde, é preciso compreender as pessoas como seres complexos, inseridas em um contexto e com especificidade própria, ofertando ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e reabilitação (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Na concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade de saúde e a busca de mudanças de atitudes a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos serviços que almejam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al; 2007).

A concepção de profissionais sobre integralidade em saúde refere-se à noção do(a) usuário(a) como um ser dotado de diferentes dimensões, integradas entre si. O exercício da integralidade em práticas isoladas na equipe de saúde decorre da limitação do trabalho em equipe, pela especificidade de cada núcleo profissional e pelo diferente entendimento sobre integralidade. Em estudo realizado com uma equipe da ESF de um município localizado na Região Sul do Brasil, percebeu-se a consciência de trabalhadores(as) em procurar conhecer e atender as demandas em saúde dos(as) usuários(as) e reconheceu-se a necessidade de construir novas práticas, voltadas para a reorientação do modelo assistencial, tendo em vista tornar possível o exercício da integralidade (MATTIONI; BUDO; SCHIMITH; 2011).

Diante da necessidade de construção de novas práticas, a integralidade deve se colocar como eixo norteador das ações de educação em saúde, devendo estar articulada à correção da tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, evidenciando a necessidade de se perceber a integralidade alicerçada em um novo paradigma, preparado para ouvir, entender e atender às demandas e necessidades das pessoas (MATTOS, 2004).

É nesse contexto que se evidencia a proposta de um modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde coletiva. O princípio de integralidade também corresponde a uma crítica à dissociação entre as práticas assistenciais (PINHEIRO; MATTOS, 2003). Considera-se que a integralidade possui sua sustentação e efetivação nas necessidades em saúde dos indivíduos e grupos sociais (CECILIO, 2001).

Na perspectiva da integralidade, o sujeito não deve ser reduzido à doença que lhe provoca sofrimento. Além disso, deve-se considerar os modos de viver a vida dos sujeitos usuários dos serviços de saúde, implicando na construção de projetos terapêuticos individualizados (MATTOS, 2004).

No âmbito da atenção às mulheres, o cuidado integral segundo o PAISM significa a oferta de assistência em todas as fases do ciclo vital e o reconhecimento das mulheres como sujeitos autônomos com controle sobre seu corpo e sobre sua vida, buscando promover mudanças na atenção à saúde e na relação das mulheres consigo mesmas. Nesse campo, a integralidade é considerada por Coelho et al (2005, p.10) como

a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento e escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Na atualidade, a PNAISM enfrenta o desafio da superação dos principais problemas da saúde das mulheres, o que envolve a ampliação da atenção a grupos que historicamente vivenciam a exclusão social, limitando suas possibilidades de fazer escolhas (SANTOS, 2010; COELHO et al; 2011; SOUZA, 2011). Todavia, apesar de avanços na garantia de cuidados básicos em saúde, recursos financeiros escassos e problemas de organização e gestão impedem que as ações realizadas atendam satisfatoriamente à demanda social para o setor saúde. Além disso, a prática da integralidade depende da sensibilidade e disponibilidade dos(as) profissionais para compreenderem os diferentes aspectos que influenciam o estado de saúde do ser humano de quem estão cuidando (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

O acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas de integralidade são reconhecidos nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais (PINHEIRO, 2002). Ambos aparecem como propostas para inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A compreensão mais ampliada da realidade passa pela construção de sujeitos crítico-

reflexivos instrumentalizados para mudar a realidade. Se há uma preocupação cotidiana com as necessidades mais amplas das mulheres, com as contradições da realidade, há também direções a indicar para a construção da integralidade, de modo que as mulheres tenham voz e caminhem para exercitar o controle social em saúde.

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

Este estudo classifica-se como do tipo exploratório com abordagem qualitativa.

O estudo exploratório tem como finalidade explorar as dimensões dos fenômenos, a forma como que eles se manifestam, bem como os fatores com os quais eles se relacionam (POLIT; BECK; HUNGLER; 2004).

A abordagem qualitativa apresenta-se adequada ao estudo, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000).

Nesse sentido, Minayo (2000) considera que a pesquisa qualitativa é capaz de revelar valores, símbolos, normas e representações, possibilitando elaborar, interpretar e analisar os fenômenos sociais, sobretudo o comportamento humano e suas relações. Assim, de acordo com Almeida (2005), trabalhar qualitativamente implica em interpretar e entender os sentidos e as significações que uma pessoa dá ao fenômeno em foco, através de instrumentos necessários e suficientes, que valorizam o contato pessoal e outros elementos que conformam o sujeito.

## 5.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma área circunscrita a duas USF no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, na cidade do Salvador-BA. O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3 km<sup>2</sup>. A sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). Segundo dados do IBGE (2010), a população estimada para o município foi de 2.675.656 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil, com 53,3% de mulheres, o que significa 1.426.759 habitantes.

O Subúrbio Ferroviário é uma região da cidade de Salvador constituída por diversos bairros, com uma população de 345.130 habitantes, sendo a atenção à saúde oferecida por

Unidades de Saúde da Família onde atuam 42 equipes de saúde; cinco Unidades Básicas de Saúde; um Hospital Estadual e um Pronto-Atendimento Municipal. A área é uma das mais carentes da cidade do Salvador-BA, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas (SALVADOR, 2010).

O Município de Salvador, buscando reorganizar a atenção à saúde em consonância com os princípios do SUS, decidiu pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todos os distritos sanitários, tendo suas atividades iniciadas em outubro de 1998. A implantação do PSF ocorreu dois anos após, com 11 equipes distribuídas em áreas consideradas prioritárias. Entre os 12 Distritos Sanitários existentes em Salvador, identificou-se o Subúrbio Ferroviário para o desenvolvimento da primeira fase do PSF devido ao perfil epidemiológico da população desta região, caracterizado por uma complexidade de problemas de saúde e risco social.

Este estudo foi desenvolvido nas USF de Ilha Amarela e Rio Sena, onde também foi desenvolvida a pesquisa de Santos (2010), que constituiu ponto de partida para a nossa, devido aos baixos percentuais de utilização da USF por mulheres da área adscrita. As duas USF supracitadas, localizadas no Subúrbio Ferroviário, existem para, hipoteticamente, atender uma população de aproximadamente 13.292 pessoas, tendo um total de 3.568 famílias, 100% cadastradas e assistidas por quatro equipes de Saúde, que desde 2003 desenvolvem as ações de atenção à saúde que são propostas pelo MS para esse nível de atenção.

A população da área adscrita é assistida por equipes de Saúde da Família compostas por auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário (ACD), agentes comunitários de saúde (ACS), dentistas, enfermeiras(os) e médicas(os). Para este estudo foram selecionadas duas USF. Ambas desenvolvem as ações de atenção em planejamento reprodutivo, pré-natal e Prevenção do Câncer Cérvico Uterino (PCCU) propostas pelo MS.

A USF de Ilha Amarela é composta por quatro equipes e possui um total de quatro médicos, quatro enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem, vinte e dois ACS, dois cirurgiões dentistas e dois Auxiliares de Saúde Bucal. A USF do Rio Sena é composta por três equipes, contendo um total de um médico, duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem, treze ACS, um cirurgião dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal.

A USF de Rio Sena foi eleita para o desenvolvimento do estudo por estar localizada no mesmo espaço físico da USF de Ilha Amarela e devido às dificuldades enfrentadas pelas equipes e população decorrentes da má conservação da estrutura física do seu local de origem (bairro Rio Sena). Em decorrência da limitação de tamanho da área física para comportar duas

USF, as equipes se revezam em dias alternados na semana para atendimento no local, além de fazer visitas domiciliares, na tentativa de minimizar o impacto, na saúde da população, dessa falta de espaço físico.

Estudo de Santos (2010) mostra que a população atendida nas USF supracitadas vivem em situação socioeconômica difícil. Em relação ao estado civil, a maior proporção de mulheres possui vínculo conjugal. A maioria completou o ensino fundamental ou tem o ensino médio incompleto e, no que diz respeito à variável raça/cor, caracteriza-se por ser preta ou parda. Apesar do acesso à educação, a qualidade desta é questionável, face ao elevado índice de desemprego, que reflete grande problema na renda da população (SANTOS, 2010).

Em relação às atividades nas USF, não há monitoramento das mulheres no sentido de avaliar frequências/ausências ao serviço e grau de satisfação com o serviço. As unidades contam com área física inadequada para o acolhimento da população cadastrada, visto que em um mesmo espaço desenvolvem-se atividades de três unidades simultaneamente, faltando salas para atendimento, o que limita as atividades profissionais e gera o descontentamento dos(as) usuários(as) que buscam cuidado à saúde. Essas unidades ocupam o mesmo espaço físico porque duas delas tiveram que se deslocar para uma terceira em decorrência de problemas na estrutura física (ofereciam risco de desabamento) e permanecem aguardando por reformas para que possam retornar aos locais de origem.

#### 5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Constituíram sujeitos da pesquisa mulheres em idade reprodutiva cadastradas nas USF de Ilha Amarela e Rio Sena e que relataram na pesquisa de Santos (2010) intitulada *Associação de fatores sociodemográficos a eventos reprodutivos*, não utilizar a ESF para o cuidado à saúde no âmbito do planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de colo uterino e pré-natal.

Foram utilizados como critérios de inclusão:

- 1) Ter entre 15 e 49 anos (faixa etária de mulheres da pesquisa de referência).
- 2) Ser cadastrada na USF de Ilha Amarela, que agrega as equipes da USF Rio Sena e ter referido não utilizá-la para o cuidado à saúde no âmbito do planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de colo uterino e pré-natal na pesquisa de Santos (2010).
- 3) Aceitar participar do estudo.
- 4) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



As mulheres participantes do estudo foram identificadas por meio do instrumento de coleta de dados da pesquisa *Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família*, de Ana Paula Vidal dos Santos (2010), cujos dados e instrumentos de coleta de dados encontravam-se sob poder da pesquisadora, sendo previamente autorizado o uso (ANEXO A). A referida pesquisa integra o grupo de estudos do projeto matriz *Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do PSF- Salvador-BA*, financiado pelo CNPQ de 2009 a 2010 e coordenado pela Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

## 5.5 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A produção do material empírico foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. O acesso às USF deu-se após autorização da Secretaria de Saúde do Município, da Coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário e das gerências das USF.

Após autorização da gerência da USF, Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACS) participaram da pesquisa, a fim de facilitar o acesso às mulheres que haviam sido selecionadas como possíveis participantes do estudo. Os(as) ACS acompanham famílias da área sob sua responsabilidade e têm acesso facilitado aos domicílios das mulheres, sendo por esse motivo solicitada sua colaboração para realizar contato com as mulheres, agendar a entrevista para aquelas que concordaram em participar do estudo, além de acompanhar a entrevistadora na ocasião das entrevistas. No contato com o gerente da USF e ACS, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, sendo informada a pretensão de entrevistar mulheres que não compareciam à USF para acompanhamento nos serviços de Pré-natal, PCCU e Planejamento Reprodutivo, correspondendo a um número expressivo encontrado na pesquisa de Santos (2010), ponto de partida para esse estudo. Foi realizado um teste piloto com quatro mulheres, que favoreceram a avaliação e ajustes no instrumento, sendo excluídas do estudo. Participaram 12 mulheres, sendo definido esse número à medida em que as recorrências, redundâncias e repetições se apresentaram frequentes, dando a certeza de que o material empírico coletado permitiria atingir os objetivos da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C), utilizada como técnica de produção do material empírico, foi conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Foram explorados os aspectos referentes ao contexto de vida das mulheres que não frequentavam a USF para cuidar da sua saúde, buscando os motivos que as levam a não

utilização do serviço de atenção básica. Foram aplicadas questões semiestruturadas, realizando-se intervenções quando necessárias para organizar a conversa, sempre com foco nos objetivos. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas. Os nomes utilizados para a identificação das usuárias são fictícios e foram escolhidos pela pesquisadora.

A entrevista se caracteriza como uma conversa entre duas pessoas, das quais uma se apresenta como entrevistador(a) e outra como entrevistada. Essa técnica permite ao/à entrevistador(a) liberdade para desenvolver cada situação na direção que considere adequada, podendo, assim, explorar mais amplamente as questões propostas. Apresenta-se como uma conversa efetuada face a face, de maneira a proporcionar resultados satisfatórios e informações necessárias (MARCONI; LAKATOS, 2006). A entrevista semiestruturada tanto valoriza a pessoa que investiga, como permite que participantes da pesquisa alcancem a espontaneidade necessária e fundamental para o desenvolvimento do estudo (GIL, 2010).

A produção do material ocorreu na USF e no domicílio, sendo oferecida às mulheres a possibilidade de escolha quanto ao local de realização da entrevista. A maioria foi realizada nas residências, sendo estas locais de difícil acesso, devido à geografia local, o que constituiu uma importante dificuldade enfrentada nessa fase do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2012, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por meio da Plataforma Brasil.

## 5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso. De acordo com Fiorin (2003, p.11)

Os discursos são as combinações de elementos linguísticos, usados pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofísico-fisiológica do discurso, ela é rigorosamente individual, pois sempre é um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso.

Os discursos são construções sociais organizadas com base nas imagens, ideias, representações que as pessoas constroem acerca do mundo a partir das suas vivências, sendo suas crenças e valores inconscientemente incorporados e naturalizados. A análise do discurso

à medida que estuda os elementos discursivos, revela por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo determinada socialmente, uma vez que o discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2003).

O processo de análise do material empírico por meio da técnica de análise de discurso obedeceu aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2003):

1) Leitura do texto inteiro, tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo plano de significação, de modo a garantir a coerência.

2) Agrupamento dos dados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados.

3) Depreensão dos temas centrais com formulação de subcategorias que levam à construção de uma ou mais categorias empíricas centrais.

4) Análise e discussão das categorias empíricas orientadas pelo eixo teórico, em articulação com a literatura pertinente.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

Em todas as suas etapas, o projeto atendeu aos requisitos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) relativos à ética na pesquisa, que estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e que diz respeito à autonomia, não maleficência, justiça, veracidade e fidelidade. Antes da coleta de dados foi feito o cadastramento no SISNEP e na Plataforma Brasil e submetido o projeto ao Comitê de Ética para uma avaliação e autorização. O projeto obteve parecer aprovado sob o número 92.069, com data de relatoria: 12/09/2012, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, por meio da Plataforma Brasil.

As participantes foram informadas que sua participação na pesquisa seria livre e que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A privacidade está mantida através da não identificação do nome das participantes. Estas receberam um nome fictício sugerido pela entrevistadora. Além disso, houve a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações e o que foi falado durante a entrevista se manteve em segredo. Foi permitido o acesso das mulheres aos resultados do estudo.

Todas atenderam ao critério de inclusão citado e aceitaram participar do estudo, sendo

oferecido a estas um documento com informações sobre a pesquisa (APÊNDICE A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), elaborado segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Também foi solicitada a autorização das participantes para uso do gravador. Os resultados da pesquisa foram transformados em transcrições e o material (mídias, questionários) será guardado por cinco anos, e ao final desses, as participantes poderão tê-lo ou autorizar sua destruição.

Consideramos que esta pesquisa não confere risco para os sujeitos estudados, no que diz respeito à sua integridade física e moral, uma vez que o instrumento foi elaborado com questões prevendo condições de serem bem aceitas pelos sujeitos da pesquisa. No entanto, foi garantido que se alguma das participantes do estudo, durante a coleta de informações, sentisse desconforto psicológico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, pudesse desistir de participar da pesquisa e sua decisão seria imediatamente acatada sem nenhum prejuízo para a mulher, dando-se o suporte necessário. Caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis pela pesquisa, com assistência integral.

Esta pesquisa amplia os estudos na área da atenção à saúde da mulher e da integralidade do cuidado articulada à abordagem de gênero, ambas norteadoras da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Também fortalece a linha de pesquisa *Saúde da mulher, relações de gênero e integralidade do cuidado* do GEM da Escola de Enfermagem da UFBA, oferecendo subsídios para o redirecionamento de políticas públicas, no nível das práticas concretas e da gestão do SUS.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E REPRODUTIVA DAS MULHERES DO ESTUDO

Neste estudo, foram entrevistadas 12 mulheres, na faixa etária entre de 27 a 51 anos, predominando a faixa dos 30 e 40 anos. No que diz respeito à raça-cor, a maior parte das mulheres declararam-se negras, o que inclui as pretas (5) e pardas (6) e apenas uma da cor amarela. Quanto à escolaridade, cinco tinham o ensino médio completo, quatro o ensino médio incompleto e três o ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, predominou o número de casadas, correspondendo a cinco mulheres, havendo quatro solteiras e três em união consensual.

Quanto à situação ocupacional, por ocasião da pesquisa, cinco entre as 12 mulheres entrevistadas não desenvolviam atividades remuneradas, eram donas de casa e cuidadoras do lar e sete exerciam atividades remuneradas sendo suas funções: prestadoras de serviços a domicílio (2), revendedoras de cosméticos (2), balconista (1), artesã (1) e costureira (1). Das mulheres que trabalhavam fora de casa, todas exerciam função com características próximas a dos cuidados domésticos e, sem qualificação profissional, inseriam-se na parcela populacional de baixa renda.

A renda individual mensal no período da pesquisa era inferior a um salário mínimo para seis mulheres. Três afirmaram possuir renda individual entre um e dois salários mínimos e três não possuíam renda, sendo o companheiro referido como principal responsável pelo sustento da família (8), seguidos de filhos (2) e pela mãe da mulher (2). Os baixos salários a que as mulheres estavam submetidas e a dependência econômica que tinham dos parceiros ou pessoas da família limitam a autonomia dessas mulheres, aumentando as desigualdades de gênero. Quanto à prática religiosa, seis mulheres eram católicas, duas protestantes e quatro referiram não praticar nenhuma religião.

As mulheres participantes da pesquisa apresentaram como característica comum possuírem filhos(as). A laqueadura foi o método contraceptivo adotado por sete mulheres do estudo. Das cinco restantes, quatro utilizam o DIU e uma era usuária de contraceptivos hormonais. O não uso de preservativo masculino é uma marca das mulheres participantes da pesquisa, na medida em que nenhuma delas referiram usar esse método. Assim, a maioria encontrava-se em situação de vulnerabilidade às IST/HIV (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

Quanto à atenção na USF voltado para a Saúde da Mulher, a exemplo do Planejamento Reprodutivo (PR) e do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico Uterino (PCCU), todas já participaram das ações desenvolvidas na USF, em algum momento. Das mulheres estudadas que referiram ter procurado a USF para buscar atenção à saúde da mulher, todas se distanciaram do serviço em virtude da dificuldade de acesso, tendo como principais causas a ausência de profissionais para atendimento de suas necessidades, ausência dos serviços de referência e contrarreferência, dificuldade na marcação de consultas e o acolhimento ruim, evidenciando a baixa resolutividade da USF, forçando as usuárias a adquirir novas estratégias para o atendimento de suas demandas, como a peregrinação para atendimento em outros serviços da rede pública ou a utilização de serviços particulares.

O último censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) demonstrou que 50,7% da população brasileira era composta por pessoas negras, autodeclaradas como pretas ou pardas. A população negra brasileira, apesar de numerosa, está exposta à discriminação racial, desvantagens socioeconômicas que se acumulam ao longo da vida de sucessivas gerações e a assistência inadequada à saúde, que contribuem para as desigualdades na saúde dessa população (CHOR; LIMA, 2005). Dificuldades de acesso à USF e níveis socioeconômicos desfavoráveis comprometem a tomada de consciência por parte do grande número de mulheres da raça/cor negra residente na área geográfica do estudo em relação aos direitos à saúde e garantia de atendimento público de qualidade.

As diferenças raciais são marcantes no Brasil: a população negra está menos presente nas escolas, apresenta médias de anos de estudo inferiores e taxas de analfabetismo bastante superiores. A ampliação destas desigualdades justifica-se pelo fato dos negros possuírem menores rendas, tendendo a abandonar os estudos e ingressar no mercado de trabalho mais cedo. As mulheres apresentam melhores condições educacionais do que os homens, no entanto esta vantagem não se reflete em maior ocupação no mercado de trabalho, em melhores cargos e em maiores salários (BRASIL, 2008).

Devido ao fato de mulheres negras representarem um dos segmentos mais pobres da população brasileira, existe uma maior dificuldade nas suas condições de acesso aos bens e serviços da saúde, comprometendo sua inserção na sociedade como sujeito de direitos, especialmente na saúde. São as barreiras geradas pelas desigualdades raciais e de gênero determinantes para o processo saúde-doença das mulheres, muitas vezes decorrentes do racismo institucionalizado, o que interfere na utilização dos serviços de saúde pelas mulheres afro-descendentes (GOES; NASCIMENTO, 2010).

Em estudo desenvolvido a partir de dados da PNAD no ano de 2008, observou-se que a renda pessoal tem distribuição distinta segundo a raça/cor, estando as mulheres brancas em melhores condições quando comparadas às negras, uma vez que, nos mais altos níveis de renda, o percentual de brancas chega a representar o triplo em relação às negras (GOES; NASCIMENTO, 2010). De acordo com Barata (2009), as desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de várias formas, tanto no processo de saúde-doença em si, como no acesso e utilização de serviços de saúde, pois as desigualdades no estado de saúde estão, de modo geral, fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade.

No estudo de Santos (2010), das 376 mulheres entrevistadas, 54% tinham o ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, 37,9% haviam concluído o ensino médio e 7% concluíram a alfabetização ou tinham o ensino fundamental incompleto e apenas 0,8% ingressaram no ensino superior (SANTOS, 2010). O estudo de Santos (2010) estimulou questionamentos que deram origem a esta pesquisa e as mulheres entrevistadas possuem, portanto, as mesmas características, aparecendo em número menor nesta devido ao desenho do estudo. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) mostra que 50% das mulheres brasileiras ultrapassaram oito anos de estudo (BRASIL, 2008).

No Brasil, as mulheres com nível inferior de escolaridade possuem poucas opções de ocupações, restando-lhes o trabalho doméstico, o trabalho não remunerado ou a produção para o próprio consumo (OLINTO; OLIVEIRA, 2004; BRUSCHINI, 2007). O trabalho doméstico é a posição que reúne um quantitativo mais significativo de mulheres de acordo com o PNAD 2009 (ÁLVARO, 2012). Pode-se atrelar à situação do grande número de trabalhadoras domésticas existentes no Brasil a cultura socialmente apreendida de que o serviço doméstico é uma tarefa feminina, com expressiva desvalorização desta função como importante para o bem estar social, colaborando assim para as iniquidades de gênero.

A renda e o grau de instrução são fatores determinantes das condições de vida da população. De acordo com o relatório do Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, as mulheres negras apresentam uma média de 7,4 anos de estudo contra 9,3 pelas mulheres brancas, situação similar na inserção no mercado de trabalho, onde a taxa de desemprego para as mulheres brancas é de 9,2%, enquanto que para as mulheres negras é de 12,2% (PINHEIRO et al; 2008).

Entre as mulheres residentes na área deste estudo, foi constatado que o maior percentual das mulheres (47,1%) desenvolviam atividades como donas de casa, cuidadoras dos(as) filhos(as) e de familiares. No que se refere à renda familiar, o maior percentual (51,6%) das

mulheres tinham uma renda mensal familiar entre 2 e 3 salários mínimos e 42,5% tinham renda mensal menor do que um salário mínimo. Quanto à variável raça/cor 93,4% declararam-se negras (pretas e pardas), 5,9% brancas e 0,5% indígenas (SANTOS, 2010).

As mulheres representam mais da metade da população desempregada e quando ocupadas, percebem rendimentos menores do que o dos homens. A discriminação de gênero está relacionada ao acesso, permanência e condições de trabalho. A inserção da mulher no mercado de trabalho da Região Metropolitana de Salvador apresentou em 2012 redução da participação entre os desempregados e no encurtamento da diferença entre seus rendimentos e os dos homens. O aumento da participação feminina no mercado de trabalho foi superior à expansão do nível ocupacional (4,2%), sendo inferior ao observado para os homens (5,4%). Em 2012, a taxa de desemprego entre as mulheres aumentou em intensidade menor do que entre os homens, no entanto, a taxa de desemprego feminina ainda é muito superior à masculina (DIEESE, 2013).

As trabalhadoras estão concentradas em ocupações menos valorizadas do setor de serviços, apesar de sua crescente participação no mercado de trabalho, revelando uma injustiça histórica. Em relação aos resultados deste estudo, considerando as atividades exercidas por mulheres, percebe-se que a situação de pobreza a qual a maioria está exposta limita suas oportunidades de estudo e de melhor inserção no mercado de trabalho, dificultando a qualidade de vida. Devido ao afastamento das mulheres do mercado de trabalho, as desigualdades de gênero e diminuição de sua autonomia são acentuadas pela dependência financeira dos seus parceiros.

Por outro lado, o número de mulheres provedoras do lar cresceu, principalmente entre as mulheres pobres, com baixa escolaridade e negras, e é justamente a pobreza que leva mulheres a assumir esta função e a se lançarem no mercado de trabalho, sendo absorvidas em condição de desvantagem devido à sua baixa qualificação e escolaridade. As desigualdades de gênero, sociais e raciais atribui às mulheres funções pouco valorizadas, como o serviço doméstico com baixa remuneração (MENDES, 2008). No entanto o número de homens responsáveis pelo sustento da família ainda é maior.

Estudo que observou características da vida de famílias chefiadas por mulheres pobres moradoras de favelas no Rio de Janeiro mostra que elas são mais pobres do que aquelas chefiadas por homens. As mulheres chefes de família têm geralmente menos anos de estudo, taxas de participação no mercado de trabalho inferiores e salários menores do que os dos homens chefes de família. Observa ainda que as condições de moradia são um pouco piores nos domicílios chefiados por mulheres (PACHECO, 2005).



Em relação à saúde da população, de acordo com a OMS, a influência exercida por fatores sociais é um fenômeno amplamente reconhecido, a exemplo da renda, educação, saneamento, qualidade ambiental e de habitação. Alia-se a esses, fatores relacionados ao gênero, etnia e geração, crenças, práticas e costumes que caracterizam as diferentes populações, podendo ser geradoras de desigualdades sociais. As iniquidades em saúde estão relacionadas aos distintos modos que as sociedades se organizam e o que determina sua diminuição é a forma como se dá a distribuição dos bens e recursos socialmente produzidos (CERQUEIRA; PUPO, 2009).

De modo geral, a população mais empobrecida sofre maior exposição a doenças e recebem menos cuidados preventivos, intensificando as chances de adoecer. Devido à maior vulnerabilidade dessa população, na situação de enfermidade, enfrentam frequentemente barreiras no acesso a atenção à saúde (CERQUEIRA; PUPO, 2009). Como alternativa de moradia, pelo perfil da população entrevistada onde muitas não possuem renda fixa ou sobrevivem de atividades informais, de acordo com Barbosa e Silva (2005), o ato de se instalarem nas favelas representa uma possibilidade de resistência, na defesa de seu direito de permanência na cidade (BARBOSA; SILVA, 2005).

## 6.2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NEGANDO A CIDADANIA DAS MULHERES

### 6.2.1 AUSÊNCIA DE MÉDICO COMO DETERMINANTE DO DISTANCIAMENTO DAS MULHERES DA ESF

A análise dos depoimentos das mulheres que participaram deste estudo mostra que o vínculo com a USF está diretamente relacionado à presença do(a) médico(a). Sua regularidade na equipe traz a expectativa de resolutividade e dá sustentação à Unidade, numa demonstração de que a hegemonia médica predomina no imaginário das mulheres. Ainda quando as demandas são do âmbito da prevenção, as mulheres vinculam a resolução final a esse(a) profissional e, ao tempo em que dão centralidade ao/à médico(a), desvalorizam a enfermeira.

Os discursos que seguem revelam o distanciamento das mulheres do serviço de atenção básica, atribuído à ausência de médico(a), o que afasta as usuárias do serviço. A realização de exames, mencionada nos depoimentos, sobretudo o Papanicolaou, de responsabilidade da enfermeira, é pouco resolutiva, pois não há garantia de realização do

mesmo na USF, fato que demonstra os limites de respostas da enfermeira nesse campo.

Ainda que algumas mulheres reconheçam que há negação de direitos no fato de não terem suas demandas atendidas, a capacidade reivindicatória delas é limitada, deixando-as à mercê da sorte de encontrar pontualmente médicos(as) especialistas que lhes atenda e/ou a seus familiares. A falta de infraestrutura para atenção básica é marcada também pela ausência de insumos, compondo assim um ambiente de baixa resolutividade e de negação dos fundamentos da ESF, conforme se lê a seguir:

*Não tem nem como a gente ir pro posto daí de cima, porque não tem médico, não tem médico. Há tanto tempo que a gente tá sem médico aí, só enfermeira e agora nem enfermeira tá mais aí. Eu mesmo já tenho um bom tempo que não vou nesse posto [...]. Às vezes não tem a agulha pra tirar o açúcar pra fazer um teste. Meu marido mesmo, ele é diabético, quando ele vai lá nunca tem, então o posto pra mim não tem função nenhuma [...]. Mesmo que bote só uma ginecologista, pra nossa área aqui, que ela atenda uma área segunda, uma área terça, outra área quarta, até chegar na sexta-feira (CARLA).*

*Primeiro lugar não tem médico. Possa ser que tenha médico aí, mas pra mim mesmo não tem, entendeu? [...] eu busco em outro lugar, porque aqui não tem nada pra oferecer às minhas necessidades, o preventivo não tem [...]. Ainda tava fazendo aí o pedido, ia falar com a enfermeira e ela passava [...]. Mas pelo fato de nunca ser atendida também, procurei já outras unidades [...]. Se eu tivesse um poder aquisitivo pra pagar um plano de saúde [...]. Eu me sinto revoltada porque a gente temos o direito, né, de ser cuidada e na hora a gente não encontra. A gente tem que se deslocar, sair de casa cedo (MÁRCIA).*

*Faz o preventivo, mas não tem um médico, um médico ginecológico pra poder cuidar da gente, né? Porque nós mulheres necessitamos de tratamento, tanto do colo do útero, como da mama, né isso? [...] É o que faz eu procurar outro lugar pra me consultar, eu faço preventivo aí, mas levo o resultado pra outro...Muitas vezes a enfermeira diz que não vai examinar o resultado dos exames, [...] porque é enfermeira de outro setor e não ginecológico [...] aí faz eu procurar outro pra levar o resultado do exame, mas o exame eu faço aí (MARINA).*

A análise dos discursos que seguem revela uma concepção de práticas profissionais de enfermeiras e de médicos(as) com valores sociais distintos. Embora na experiência das mulheres, a existência da enfermeira também não se garanta, pela rotatividade que vem acompanhando a história da ESF, sua presença não altera a insatisfação com o serviço. Faltando na USF a equipe multiprofissional, o trabalho da enfermeira é caracterizado como

pouco resolutivo, não atraindo as mulheres para vincular-se ao serviço. Esse olhar legitimado socialmente, orientado pela referência do saber e do poder médicos que norteia o modelo de atenção, mantém na invisibilidade o valor do trabalho das enfermeiras.

Nos depoimentos a seguir, a enfermeira é representada como uma profissional que atende as usuárias na falta do médico e sua prática é reduzida à entrega de requisições para realização de exames em outros locais, sem competência para interpretá-los, mantendo-se na invisibilidade a sustentação que dá à ESF:

*Aí no posto é só a enfermeira e as meninas que fazem a ficha na frente [...]. Eu acho o atendimento no posto regular. Enfermeiro não é médico... [...]. Agora mesmo eu fiz meus exames, deu triglicérides altíssimo, eu vou levar pra uma enfermeira, você acha que uma enfermeira tem capacidade de vê? Não tem médico aí em cima... então o atendimento pra mim aí é regular. Aí eu vou para passar assim pela enfermeira, que não tem médico [...]. Para pegar as requisição pra fazer fora (CARLA).*

*Quando eu fui no posto, tinha atendimento para você pegar requisição, pra você mostrar seu exame, não tinha para fazer o preventivo, que seria no caso o enfermeiro, não seria o profissional na área, da última vez que eu fui. Levo pra outro lugar porque aí não tem o profissional mesmo, eu não sei nem se a palavra certa é essa, profissional, porque enfermeiro também é profissional, profissional da área médica, o doutor. Das vezes que eu fui atendida pela enfermeira aqui no posto, que foi fazer o processo atrás de ginecologista, pegar requisições [...], a gente não conseguiu (MARIA).*

*A mulher no momento procura o médico pra ver geralmente a área ginecológica, pressão alta também às vezes. Eu acho que a necessidade de ir no médico, ser examinado, passar alguns exames, normalmente eu faço fora, em outros lugares [...]. Normalmente nem tem médico, é uma enfermeira universitária que tá no lugar da médica pra tudo. Às vezes ela atende ginecologia, atende área clínica, creio que ela tem capacidade, mas devia ter um especialista dentro do posto. A gente procura pra saber, pra detectar um problema cedo e tentar resolver (SANDRA).*

*Geralmente aí não tem pediatra, é a enfermeira que atende, né? Não tem um médico clínico, tá sem médico agora, só quem atende é a enfermeira, então prefiro mais um médico especialista (JOANA).*

A grande demanda para as enfermeiras nos serviços de atenção básica decorre principalmente da falta de médicos nas unidades, gerando sobrecarga de trabalho para essas profissionais. Como alternativa para contornar a sobrecarga de trabalho gerada por atividades administrativas e cuidado direto dos(as) usuários(as), as enfermeiras de uma USF se

organizam alternando a assistência diária classificando-a por tipo de atividade (GIROTE; NUNES; RAMOS, 2008).

A ausência do(a) médico(a) para responder ao que lhe compete expõe a enfermeira a julgamentos, deixando-a vulnerável por ser cobrada para além de suas responsabilidades. Assim, a ausência do(a) médico(a) precariza o trabalho da enfermeira, pois sendo a profissional de maior certeza da presença, ao se ver diante de demandas cuja solução é da competência de outro campo disciplinar, dá respostas parciais, o que frustra os(as) usuários(as). Nesse contexto, não ter médico(a) expõe as enfermeiras à desvalorização e, enquanto suas ações se misturam a indefinições, o médico ausente amplia seu espaço de poder e de suficiência.

Inexistindo a equipe, a resolutividade é baixa e a inoperância do sistema é obscurecida, pois a visibilidade é dada ao que objetivamente existe, um serviço sem equipe e uma figura concreta central, a enfermeira, que dá ao Estado a possibilidade de afirmar a sua presença como ESF. Nesse sentido, não são os limites da prática da enfermeira que se revelam, mas os limites da ESF em dar respostas às demandas da população por atenção à saúde. Sendo assim, a enfermeira paga um preço pela sua presença, no cumprimento do seu papel.

A legitimidade da medicina é sustentada pela capacidade de intervir no sofrimento humano decorrente de patologias. Por isso, este campo da ciência desenvolveu conhecimentos e técnicas para o reconhecimento de sinais e sintomas de doenças e formas de enfrentamento dessas (COSTA, 2004). É sobre a visão pautada na cura de doenças que o ser humano vem construindo seu entendimento sobre a forma como deve conduzir sua condição de saúde, procurando auxílio médico principalmente quando possui sinais e sintomas de uma doença já instalada.

A concepção biomédica de saúde teve origem na ciência moderna. Com visão reducionista, o corpo passa a ser o foco das práticas assistenciais e os processos terapêuticos são voltados para a identificação e o tratamento de doenças. Desde a publicação do Relatório Flexner nos EUA, há mais de 100 anos, essa visão se expressa hegemonicamente na organização dos serviços de saúde no mundo ocidental (FERTONANI; PIRES, 2010).

O poder e o saber médico tendem a levar à posição de onipotência médica diante da doença e do(a) usuário(a), que passa a abdicar de sua autonomia. Essa relação de poder fica ainda mais clara quando a prática se dá na rede pública junto a uma população de baixa renda, excluída política e socialmente, sendo mais facilmente convencida sobre qual conduta seguir (MARTINS, 2004).

Críticas ao modelo assistencial hegemônico geraram no Brasil propostas substitutivas, entre as quais se insere a partir de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente Estratégia Saúde da Família (ESF). Seu propósito é implementar um novo modelo assistencial com os pilares na integralidade, na vigilância em saúde e na visão de saúde com multideterminantes. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, propõe-se a complementar e fortalecer a ESF, tendo como foco promoção da saúde, ação sobre os determinantes das doenças e dos agravos à saúde, estímulo à adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz (FERTONANI; PIRES, 2010).

Todavia, há uma tensão relacionada à capacidade transformadora da ESF. Se não conseguir rever a forma de produzir o cuidado em saúde mantendo-se na direção da clínica, poderá configurar sua ação como coadjuvante do modelo médico hegemônico, fadada a persistir como um modelo que cuida da saúde coletiva enquanto a corporação médica cuida da saúde individual (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

No âmbito da saúde pública, a prática da enfermeira tem amplo alcance, nela aliando-se ações clínicas, educação em saúde e trabalho social. Nesse campo, com amparo da legislação brasileira, é também responsável por prescrever medicamentos conforme protocolos do Ministério da Saúde, mas tal procedimento tem sido alvo de duras críticas, proferidas principalmente pela classe médica. A enfermeira possui papel predominante na universalização do acesso à saúde, podendo praticar ações com objetivo de democratizar o acesso e promover a saúde. Logo, as competências reservadas à enfermeira são condições essenciais à universalização do acesso à saúde (BORGES, 2010).

A abordagem de gênero nos dá explicações sobre os conflitos entre atividades de enfermagem e atividades médicas, uma vez que as práticas de cuidado estão fortemente relacionadas ao feminino, existindo proximidade entre o lugar social de mulheres e de enfermeiras. A medicina, historicamente construída no masculino, é legitimada socialmente pelo poder da cura sob um modelo em que a supremacia da clínica e das especializações subestima as atividades da atenção básica. A atuação da enfermeira, que se constrói profissionalmente sob a égide da saúde pública e tem nesse espaço maior autonomia, não consegue distanciar-se das representações sobre o cuidar que permeiam o imaginário social e, desconsiderada em suas qualificações, sente dificuldade de ser reconhecida e de consolidar sua prática no mundo do trabalho formal que, na saúde, encontra-se sob o domínio médico. Tais representações desconsideram a formação técnico-científica e a extrapolação do cuidar às instâncias subjetivas e singulares do ser cuidado que relativiza a inserção da enfermagem no paradigma biologicista e reducionista da ciência moderna (COELHO, 2001).

O não reconhecimento do papel da atenção básica para a saúde pública e do trabalho da enfermeira nesse nível afasta a possibilidade do reconhecimento de sua prática como resolutive. Em pesquisa sobre a percepção da(o)s profissionais da ESF acerca da compreensão que a comunidade tem sobre o PSF, 81,5% dos(as) entrevistados(as) consideraram que a comunidade não compreende o PSF, apontado como fator que dificulta sua valorização (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Quanto à percepção das enfermeiras sobre os fatores que dificultam o desenvolvimento de suas atividades na ESF, foi constatado no estudo de Giroti, Nunes e Ramos (2008) que tal percepção se relaciona à falta de vontade do(a) gestor(a), pouco investimento na reestruturação da Unidade, pouca valorização dada às/aos profissionais, baixo nível socioeconômico e cultural das(os) usuárias(os). Estes, geralmente, apresentam dificuldade para entender os limites da atuação profissional e exigem soluções para problemas que não são de competência da equipe de saúde. Um bom exemplo disso são as frequentes críticas à demora para as consultas com os(as) especialistas, falta de recursos financeiros para tratamentos que não são disponibilizados pelo SUS e problemas com os cartões (bolsa escola, família etc.) ofertados pelo governo federal (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

Na ESF, a importância da prática das enfermeiras está associada à sua relevância social. Todavia, seu processo de trabalho é também organizado sob o modelo biomédico e a mudança requer a organização do trabalho focado numa nova estratégia, juntamente com a equipe de saúde para que cada um possa ser agente de transformação (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Tal modelo está incorporado no imaginário social e os discursos das mulheres deste estudo focalizam um campo de atenção à saúde associado à prevenção do câncer de colo uterino, de mama e exames laboratoriais sobre os quais há expectativa de resultados geradores de diagnósticos que requeram procedimentos curativos. A atenção pré-natal e o planejamento reprodutivo, cujas ações estão fortemente ligadas à prática das enfermeiras e que também compõem a atenção básica, não são referidos pelas mulheres. Conforme apresentado na problematização inicial deste estudo, pesquisas realizadas na mesma área geográfica e que originaram a que desenvolvemos, mostram que as mulheres, em sua maioria, não realizavam o pré-natal nem o planejamento reprodutivo na ESF (SANTOS, 2010). Entre elas, incluem-se as que participaram da nossa pesquisa.

As razões para tal encontram respaldo nos discursos já analisados das mulheres entrevistadas nesta pesquisa. Essas podem ser sintetizadas por dificuldade de acesso a todos os campos da atenção básica; incertezas quanto ao atendimento das demandas;

descontinuidade na equipe de saúde, com ênfase à ausência de médico(a); descontinuidade na oferta de contraceptivos, do exame preventivo e da atenção pré-natal; baixa qualidade da atenção, frustrando a expectativa das mulheres, por vezes, fazendo-as selecionar as demandas e buscar algum serviço em situações de queixas clínicas ou doença instalada tanto em si própria como em familiares; e desconhecimento das mulheres sobre seus direitos (SANTOS, 2010; SOUZA, 2011).

Na direção da mudança, com alcance de ações mais resolutivas pelos serviços de saúde, o ideal de saúde integral deve estar à frente da atenção, apoiado pelo SUS, que assume como princípio a integralidade do cuidado e a descreve como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” conforme a Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990).

Essa compreensão é ampliada ao ser a integralidade considerada como “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2001, p. 41). O seu grande desafio está na incorporação de valores de solidariedade e na percepção do(a) outro(a) como sujeito autônomo da atenção à saúde (COSTA, 2004). A integralidade não se esboça em um conceito, mas em um ideal para as práticas, do qual se busca uma aproximação constante, sendo paradoxalmente inalcançável e indispensável (CAMARGO JUNIOR, 2003).

Nesse sentido, a organização do trabalho em saúde deve mudar o foco de médico/profissional centrado para usuário(a) centrado, com sua incorporação na dinâmica dos processos desenvolvidos nos serviços, por meio do exercício de direitos das pessoas ao acesso universal, saindo da condição de expectador(a) ao que lhe é ofertado pelo serviço (FRANCO; MERHY, 2003).

A mudança do modelo assistencial médico centrado não é garantida somente pela implantação da ESF, pois depende da mudança na forma de prestação do cuidado, bem como dos modos de agir dos(as) profissionais entre si e com os(as) usuários(as) (ARAÚJO; ROCHA, 2006). Há de se considerar que o modelo biomédico está no pensar e agir em saúde de maneira tão consistente que atinge todas as profissões da área, apesar da crítica acadêmica (KIRCHHOF, 2012).

Com a implementação da ESF, o Brasil tem se mobilizado na direção de mudar o padrão tradicional de lidar com os problemas sociais e de saúde, porém, as comunidades vulneráveis ainda convivem com a baixa cobertura assistencial, acesso precário, descontinuidade, falta de resolutividade nos serviços de saúde e frágil integração intersetorial (MARZARI et al; 2013).

Em relação à atividade multiprofissional desenvolvida na ESF, para as participantes deste estudo, mesmo quando elas reconhecem a sua importância, sentem-se frustradas por não disporem no serviço de um(a) ginecologista, por julgarem que algumas atividades deverão ser desenvolvidas exclusivamente pelo profissional médico especialista. A inexistência desse profissional na USF é razão de descrédito no serviço. Emergem também questionamentos sobre a qualidade da atenção ofertada na ESF e o sentimento de frustração com a perspectiva de acesso à equipe multiprofissional como principal parâmetro adotado na atenção básica, refletindo a experiência das usuárias, conforme se lê no depoimento a seguir:

*Eu procuro fora justamente o que o posto não me oferece. Oferece o preventivo, mas não tem a ginecologista. Se eu faço um preventivo eu posso mostrar a uma enfermeira, um médico clínico, mas eu necessito de uma ginecologista, pra ter um acompanhamento mais certo... [...] Eu estou procurando uma nutricionista para o meu filho, que a médica me orientou e não achei ainda [...] Acham que é assim, que a população precisa só de um médico clínico, um dentista e uma enfermeira e é onde a gente vê que não é nada disso, que precisa de outros profissionais pra saúde. Porque desde quando a gente contribui com o SUS, eu acho que eles deveriam também oferecer um trabalho melhor pra gente (BEATRIZ).*

Na ESF, a equipe multidisciplinar é formada por médico(a), enfermeira(o), auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitário(a)s de saúde, odontólogo(a) e atendente de consultório dentário ou técnico(a) de higiene bucal. Outros(as) profissionais poderão ser incorporados(as) à equipe ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008). A eficiência das práticas requer autonomia técnica aliada à articulação de ações, mas quando na equipe multiprofissional as autoridades são desiguais entre os agentes, surge a tensão e o embate entre complementaridade, interdependência e busca de ampliação da autonomia técnica (SCHRAIBER et al; 1994).

Considerando que todas as áreas agregam suas atividades à racionalidade clínica, há um grande obstáculo à mudança de concepção das mulheres, o que representa importante obstáculo à construção de práticas orientadas pela integralidade. Nesse sentido, a perspectiva interdisciplinar das equipes multiprofissionais constitui elemento importante para a produção do cuidado em saúde necessitando para isso de mudanças na visão de mundo que orienta a formação e as práticas profissionais em saúde.



## 6.2.2 DIFERENCIAL DA PRÁTICA DA ENFERMEIRA EM MEIO ÀS CONTRADIÇÕES DA REALIDADE

Algumas mulheres participantes do estudo valorizam o atendimento prestado pela enfermeira diante de suas demandas e demonstram satisfação, mas confundem o papel da enfermagem. A maior aproximação da formação da enfermeira dos princípios da ESF lhe confere um diferencial na prática pelo acolhimento e pela escuta, mas o reconhecimento se dá de modo equivocado, relacionando seu atendimento à substituição do(a) médico(a), conforme depoimentos a seguir.

*A enfermeira atende e é um ótimo atendimento também. Ela tá sempre suprindo a falta de um outro profissional, ela sempre atende, acompanha a parte até emocional, às vezes os médicos atendem a gente... às vezes a gente conversa com ela, então foge até um pouquinho da parte médica e tá sempre aconselhando. Então ela tá sempre dando orientações também, tanto ela como a médica (BEATRIZ).*

*A enfermeira é só quem tá lá, a médica mesmo é difícil encontrar. A enfermeira é uma ótima pessoa, te entendendo, ela atende a pessoa bem, dela eu não tenho o que falar (PATRICIA).*

A realização de consultas e exames pela enfermeira conforme preconizado pelo Ministério da Saúde aumenta a resolutividade da USF. Estando a enfermeira à frente de programas voltados para atenção à saúde da mulher, o compartilhamento de responsabilidades entre a equipe, conforme proposto pela ESF, facilitaria a divisão do trabalho, a redução de sobrecarga e melhores respostas aos(às) usuários(as). Na fala que segue, vê-se um exemplo de atendimento por enfermeira seguido de satisfação da usuária, mas o encaminhamento impreciso, sem os devidos esclarecimentos, compromete a efetividade da sua prática e os princípios da ESF, postergando soluções para problemas que se cronificam em uma rede em que não há um sistema de referência e contra referência:

*O preventivo que eu fiz foi com a enfermeira que eu fiz, já duas vezes que eu faço aí com ela. Aí dessa vez de abril agora que eu fui, ela pegou e me mandou que eu procurasse outro lugar, parece que tinha dado algum problema, alguma coisa... Até hoje tô aqui, as vezes tenho até vontade de passar lá para falar com ela, até hoje não consegui marcar esse negócio. Vou fazer exames, ate o laboratório mesmo, que aí não faz... vou fazer outros exames fora (ANDREIA).*

No tocante à realização da visita domiciliar, a enfermeira é citada como profissional que garante esse tipo de atenção, fazendo com que as mulheres se sintam cuidadas por meio de orientações para a melhoria do seu estado de saúde no local onde vivem, predominando a entrevista e a escuta de suas necessidades:

*A enfermeira também sempre vem, né? Sempre vem. Atende a gente aqui [...] tanto aqui como na casa das minhas cunhadas aí, que aqui é tudo[...] tudo família. Aí elas vem faz a mesma coisa aí, faz as entrevistas, conversa, entendeu? Visita, tudo isso (MARINA).*

As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho importantes no cuidado de enfermagem, sendo utilizadas como uma forma de atenção primária à saúde. A junção do atendimento domiciliar aos demais aspectos da atenção aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde nos domicílios, tornando as famílias e seu contexto um foco de investigação para a ESF (TRAD; BASTOS, 1998).

Na pesquisa de Gonçalves et al (2009), a visita domiciliar é o atendimento mais elogiado pela população e o que mais tem trazido prestígio e reconhecimento à ESF. A equipe multidisciplinar tem o desafio de transformar o modo como percebem e realizam o fazer, ampliando suas ações para fora dos postos como medida favorecedora da percepção da realidade e das necessidades da família como foco de atenção (AZAMBUJA et al; 2007). Une-se a isso a importância dos(as) agentes de saúde residirem na área de atuação como medida de maior aproximação e conhecimento da área, facilitando o reconhecimento das condições de saúde de indivíduos e famílias.

A participação da enfermeira na comunidade cria a responsabilidade da mesma em ser uma liderança. Na formação dessas profissionais, ainda predomina um aprendizado técnico-científico orientado pelo modelo biomédico, no entanto mudanças têm ocorrido na direção de um novo eixo teórico para a formação e, na atenção básica, a proposta da ESF se apresenta como facilitadora da ressignificação de práticas e relações.

A ESF possibilita a implementação de práticas de saúde com caráter multiprofissional e interdisciplinar. Nesse contexto, o trabalho das enfermeiras se insere como prática social para legitimar-se no contexto político-social do setor saúde, acreditando-se que facilitará a construção de novos saberes e de novas proposições para a efetivação desse modelo de atenção. A compreensão sobre ESF para as enfermeiras é a de que esta é uma estratégia de reorientação de um novo modelo assistencial que dá ênfase à vigilância à saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Na ESF, a enfermeira é responsável pelo atendimento de demandas diversificadas por atenção à saúde. Sua atuação é voltada ao cuidado; ao planejamento de ações administrativas; às solicitações de serviços junto às secretarias de saúde, tais como manutenção de equipamentos e solicitação de insumos; à organização de escalas de funcionários(as) e ao monitoramento da presença dos(as) mesmos(as) nos dias trabalhados; ao acolhimento e incentivo à participação da comunidade na USF; à organização das visitas domiciliares e à realização de práticas educativas de acordo com as necessidades da comunidade. Para Silva et al (2001), os serviços de enfermagem organizam-se em seis áreas principais: administração, coordenação de recursos humanos, educação de pessoal, informática, administração em saúde e vigilância em saúde. Acrescentamos que o diferencial na ESF é a ampla atuação da enfermeira no cuidado direto aos diferentes grupos populacionais que demandam ações de cuidado à saúde.

A autora supracitada, ao realizar levantamento das práticas das enfermeiras de saúde pública na cidade de Campinas-SP, observou que as principais atividades desenvolvidas pelas enfermeiras são os treinamentos e supervisão de pessoal de enfermagem, a assistência e as ações educativas e preventivas, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, bem como atividades agrupadas na “cogerência” junto ao/à coordenador(a) da unidade local de saúde (SILVA et al, 2001). Pesquisa semelhante desenvolvida em um hospital-escola, em que foram observadas 4006 atividades desenvolvidas pelas(os) enfermeiras(os), 36,1% corresponderam às atividades administrativas; 32,5% às atividades assistenciais; 27,3% às atividades relacionadas ao sistema de informação e apenas 4,1% às atividades educativas, demonstrando a priorização por parte das(os) enfermeiras(os) das atividades administrativas e assistenciais (COSTA; SHIMIZU, 2005).

Em estudo realizado por Nascimento e Nascimento (2005), os depoimentos de seis das 14 enfermeiras entrevistadas indicam a responsabilidade da ESF em adotar novas práticas em saúde, mais consonantes com a construção de um novo modelo assistencial, não mais centrado na doença e no indivíduo nem na medicalização da assistência, mas sim com o enfoque na família. Tais práticas devem dar ênfase às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na perspectiva da integralidade da atenção. Algumas enfermeiras entrevistadas identificam em sua prática um modelo de organização com ações programáticas em saúde dirigidas, dentre outros, à atenção integral à saúde da mulher.

Ao se considerar os fatores incentivadores da inserção das enfermeiras na ESF, de acordo com pesquisa realizada em Recife-PE, esses estão relacionadas à expectativa de

realizar um trabalho educativo, principalmente mediante atividades coletivas tidas como fundamentais para promoção da saúde, além da remuneração diferenciada, do desejo de trabalhar na saúde pública e da percepção de maior valorização das(os) enfermeiras(os) sanitárias e da possibilidade de fazer consultas de enfermagem (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Apesar da existência desses fatores que incentivam a prática da enfermeira, Giroti, Nunes e Ramos (2008) citam alguns dificultadores, tais como a falta de vontade de gestores(as), o pouco investimento na reestruturação da Unidade, a baixa valorização dada às/aos profissionais e o baixo nível socioeconômico dos(as) usuários(as) dos serviços. Diante da falta de perspectiva de mudanças em curto prazo, a sobreposição de baixa realização profissional e esgotamento provocam atitudes negativas, indicando a importância da promoção da saúde para os(as) usuários(as) do serviço para ampliar a possibilidade de interferência e mudança nas condições de trabalho (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

De acordo com estudo desenvolvido por Primo, Bom e Silva (2008), as(os) enfermeiras(os) prestam uma assistência efetiva diante das atividades propostas pelo protocolo municipal, constatando que no município de Vitória-ES cerca de 96% das enfermeiras entrevistadas realizam prevenção do câncer de colo de útero, aproximadamente 84% prestam assistência ao pré-natal de baixo risco, 84% realizam o planejamento reprodutivo nas USF e 65% praticam a educação em saúde na comunidade em que trabalham.

Na perspectiva da integralidade, em pesquisa qualitativa desenvolvida em Campinas-SP, são relatadas as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento. Como resultado, o acolhimento apareceu como garantia de acesso à recepção das unidades e de humanização delas, entendida enquanto uma postura diante das necessidades dos(as) usuários(as) em todos os momentos de encontro com o serviço apenas em uma das quatro unidades estudadas. De acordo com a forma que foi organizada nas quatro unidades pesquisadas, o acolhimento acabou por favorecer somente o atendimento da demanda espontânea e configurou-se muito mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeador de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores(as) e usuários(as) baseadas na solidariedade e no compromisso com identificação e satisfação das necessidades de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

No âmbito da saúde da mulher, a atenção prestada pela enfermeira inclui ações

voltadas para planejamento reprodutivo; acompanhamento da mulher na gravidez com realização do pré-natal; prevenção de câncer de colo de útero, com coleta de citologia oncológica; exame clínico das mamas e orientação quanto ao auto exame; busca ativa de mulheres durante a realização de visitas domiciliares e desenvolvimento de atividades educativas com foco na integralidade.

### 6.2.3 DESCONTINUIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO FATOR QUE PRECARIZA A ATENÇÃO NA ESF

As mulheres participantes deste estudo revelaram em seus depoimentos construir com o serviço de saúde uma história de frustrações por não conseguir ter um(a) profissional de referência para atender suas demandas, o que promove seu afastamento da USF e impede o estabelecimento de vínculos com a unidade. Sucessivos retornos ao serviço levam à desistência após as tentativas frustradas, sendo a descontinuidade da equipe uma comprovação da alta rotatividade de profissionais na ESF. Embora haja a centralidade da ausência de médico(a), a incerteza quanto à existência de profissionais para o atendimento das demandas das mulheres e de familiares é extensivo a enfermeiras e dentistas.

*Às vezes tem a surpresa de chegar aí e dizerem: ah, ela já saiu do posto. Aí a gente não consegue, tem que correr pra outro lugar. E marcação de exames também é muito difícil. Esse regulamento que é pelo computador é difícil, muito difícil mesmo, parece que piorou [...] É, eu procuro outro mesmo, normalmente eu vou pra outro, porque aí não tem. Então eu sou obrigada a procurar outros lugares. Pediatra pra meus filhos, clínico não tem. E quando o profissional daí vai embora, é difícil vim outro, viu? Já teve uma médica aí ótima, ótima mesmo que foi embora e não voltou mais. Agora mais uma, e outras e outras. Aí fica difícil, né? Palavra não ter é o normal, entendeu? A questão é essa, não tem mesmo (SANDRA).*

*O atendimento, que muitas vezes a gente vai procurar e aí, quando a gente menos espera, ou aquela enfermeira boa já foi embora, aquele médico bom já foi embora e aí, o que deve melhorar é... ter mais atendimento médico, atendimento... é... como é o nome do... dentista, entendeu? Mas nada fora além disso, porque muitas vezes a gente vai procurar, quando a gente menos espera, ah, já foi, num, tá mais aqui, foi trabalhar em outro lugar e aí pronto. Aí a gente não acha mais aquela pessoa, aí vai ter que esperar novamente chegar outro pra repor no lugar daquele que foi embora. [...] E no meu caso é a mesma coisa, eu sempre procuro aí, mas muitas vezes, a enfermeira não veio, a enfermeira foi embora, é aquela coisa, entendeu? (MARINA).*

A rotatividade de profissionais, de acordo com pesquisas, está relacionada a uma multiplicidade de fatores, entre eles, salário, condições de trabalho e vínculo administrativo. A precarização dos vínculos contratuais e das condições de trabalho causam insegurança e insatisfação em trabalhadores(as), cabendo aos órgãos gestores estruturarem políticas de atração e fixação profissional, adotando medidas que valorizem o seu trabalho, com condições adequadas de emprego e perspectiva de crescimento profissional (LIMA, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) flexibilizou a carga horária de médicos(as) na equipe de saúde da família como alternativa à “dificuldade de provimento e fixação” desses(as) profissionais (BRASIL, 2011a). Criou também uma série de incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de atração ou retenção de médicos(as), dentre eles a promoção do acesso e da qualidade do serviço com o limite teórico de quatro mil pessoas por equipe e a seleção e/ou premiação de especialistas em medicina de família e comunidade (FONTENELLE, 2012).

Profissionais médicos(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios com escassez desse(a) profissional foram incluídos no Programa de Valorização dos(as) Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), recebendo pelo trabalho de pelo menos um ano na APS um bônus na pontuação em qualquer prova de residência médica (BRASIL, 2011b). No que diz respeito aos esforços para o provimento de recursos humanos, o governo federal tem apresentado iniciativas no sentido de aumento das vagas de graduação e residência médicas, porém, para o fortalecimento da APS, são necessárias a valorização de especialistas nessa área, a desprecarização dos vínculos de trabalho e a formalização de um plano de carreira adequado (FONTENELLE, 2012).

É sabido que a formação e atuação médica são elitistas. Pessoas diplomadas em medicina pertencem a uma classe social mais favorecida economicamente e o título acadêmico é um recurso para ascensão social e recrutamento de elites no Brasil (CORADINI, 1997). A mercantilização da saúde garante à medicina maiores ganhos entre as profissões da saúde e as especialidades e o uso de tecnologia sofisticada, utilizada sobretudo pelas classes média e alta da sociedade, atraem médicos(as) para um mercado cada vez mais rentável concentrado nas grandes cidades. Apesar das mudanças nas diretrizes curriculares das instituições de ensino superior, com valorização da saúde coletiva, ainda não está incorporada na identidade médica trabalhar com atenção básica.

No que diz respeito à assistência odontológica, o sistema de saúde brasileiro é um dos poucos que oferece o acesso à atenção à saúde bucal na rede básica, destacando-se no cenário

mundial. Porém, a implantação da atenção odontológica se deu tardiamente na ESF, havendo ainda pouca visibilidade desse serviço e das melhorias proporcionadas por suas ações na condição de saúde da população favorecida.

Na realidade estudada, a assistência odontológica é uma atividade bastante procurada e tem a seu favor não estar vinculada à presença de nenhum(a) outro(a) profissional para que suas ações sejam desenvolvidas e reconhecidas como efetivas. No entanto, é uma prática que também enfrenta dificuldades na unidade de saúde, pois requer sala e materiais específicos, nem sempre disponíveis, como podemos constatar pelas seguintes falas:

*Quando a gente procura outro lugar, é porque aí não tem. No caso eu fui fazer escovação, tinha o dentista aí, quando eu fui pra marcar, já não tinha os produtos pra fazer a limpeza, a obturação. E muitas vezes quando chega os produtos, não tem dentista, aí a gente tem que procurar em outro lugar e pago com muita chateação, né? (SANDRA).*

*Aí mesmo tem dentista, mas não consegue os tratamentos [...]. Se você for procurar, nunca acha. Um dia não tem porque tem o lixo, outro dia não tem não sei o que, todo dia falta alguma coisa, termina não fazendo nada[...]. Outro dia mesmo tava morrendo de dor de dente, tava me cuidando em casa, tomando remédio, tô com os dentes aqui tudo estragado já. Vou tentar ir lá no Irma Dulce para tentar marcar (ANDREIA).*

A falta de infraestrutura com descontinuidade de profissionais e na oferta de insumos para o desenvolvimento das atividades do(a) dentista é fator limitante de sua prática, uma vez que inviabiliza o atendimento das demandas dos(as) usuários(as). Fator importante que também denuncia o desrespeito a direitos de cidadania é a insalubridade do ambiente gerada pela presença de lixo como agente contaminador, revelando contradições e negação dos princípios básicos de promoção da saúde. Na unidade estudada, a presença do lixo no ambiente decorreu da paralização das atividades de funcionário(a)s responsáveis pela limpeza, devido a recorrentes atrasos no pagamento dos salários mensais. A má administração do dinheiro público na contratação de empresas terceirizadas é visível na situação caótica em que se encontrava a USF por ocasião da pesquisa, comprometendo o trabalho de uma já fragmentada equipe de saúde e o cuidado a quem já está excluído de uma atenção de qualidade.

A dificuldade para conseguir atendimento odontológico ocorre em toda a rede de atenção, levando as mulheres a circular por diversos serviços na tentativa de atendimento de

suas demandas. Em muitos casos, essa peregrinação pelos serviços públicos não se finaliza com atendimento resolutivo e muitas mulheres precisam recorrer aos serviços particulares como única alternativa, o que as obriga a dispor de quantias que certamente faltarão para prover outros aspectos de sua vida.

*A gente lá fora encontra muita dificuldade também. Eu já fui na faculdade lá em frente ao (Hospital) Roberto Santos, pra ver a parte dentária, já fui ao PAM de Roma, da Avenida Carlos Gomes também pra conseguir, porque a dentista daí, ela disse que eu precisava de procurar uma universidade pra poder fazer um tratamento mais sério [...] Paga com sacrifício desde quando a unidade poderia oferecer, né, no sistema público (BEATRIZ).*

*Médico quando a gente precisa [...] aí no posto nunca tem. A gente procura o pediatra se a criança tá doente, não tem. Procura o dentista, não tem. Procura um médico para fazer o preventivo, não tem. Na verdade é os médicos que falta e a gente tem necessidade. E não é só aqui, em qualquer um dos postos é difícil achar (TAÍS).*

*A questão assim de um atendimento melhor no sentido de dentista, que a gente tá precisando da qualidade, é curativo, essas coisas assim aí precisa. [...] Eu mesmo, já tenho mais de um ano que eu preciso de um dentista e vou ter que pagar, fazer um sacrifício e pagar porque aí não tá oferecendo, porque os aparelhos estão sempre quebrados. [...] Eu procuro mais pra isso, o dentista e a parte clínica (BEATRIZ).*

*Quando eu chego lá eu sou bem atendida. Agora assim, nem sempre tem os profissionais para cuidar da gente, falta. Preventivo mesmo aí tem, mas não é completo. Dentista tem, mas não extrai, não faz nada, sempre tem uma desculpa, não resolve. É tanto que outro dia eu tava procurando doutora, para ver onde que ela tava para eu ir atrás dela, essa doutora era uma dentista excelente e saiu daí (ANDREIA).*

Em pesquisa realizada com dentistas da ESF em estado do nordeste brasileiro, a defasagem nos salários e a ausência de vínculo empregatício foram considerados dois aspectos que interferem em sua prática profissional e desestimulam a dedicação ao serviço (FACÓ et al; 2005). Formas de tratamento e remuneração diferenciada entre categorias profissionais também são fatores que geram insatisfações a ponto de comprometer o trabalho em equipe, prejudicando a atenção à saúde da população. Outro aspecto importante que pode ser resultante dessa situação pode ser a baixa satisfação profissional por não se sentirem integrantes da equipe e por não conseguirem resolver muitas das demandas dos(as) usuária(o)s. Profissionais motivados(as) são aquele(a)s satisfeitos(as) no desempenho de suas funções, comprometidos com a melhoria da qualidade do serviço prestado (COSTA et al;



2012).

Outro aspecto relevante diz respeito à formação profissional do(a) dentista, que segundo os(as) autores(as) é falha. A universidade tem importante função como formadora de opinião e falha por não proporcionar elementos para compreensão das realidades sociais que permeiam o exercício dessa profissão, reproduzindo práticas tradicionais e fragmentadas (FACÓ et al; 2005; ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Reafirma-se assim, a hegemonia do modelo biomédico, constituindo um desafio a reeducação profissional para mudança de paradigma proposta pela ESF. Avanços na ESF serão mais impactantes quando profissionais conseguirem orientar seu modo de pensar e de praticar suas ações pelo ideal transformador da saúde coletiva. Contudo, em pesquisa de Costa et al (2012), foi afirmado pela totalidade dos(as) entrevistados(as) que houve avanços no modelo assistencial em saúde bucal após a inclusão do(a) dentista na ESF nesses oito anos de implantação dessas equipes.

Quanto à rotatividade entre as enfermeiras, em estudo realizado no interior de Minas Gerais, essas profissionais consideraram como fatores desfavoráveis à permanência na ESF, pressão por cumprimento de produção, desgaste físico, mental e social, favorecendo a evasão para trabalhos com melhores salários, onde se ofereçam vínculos empregatícios seguros e educação permanente (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Em pesquisa sobre o trabalho da enfermeira na ESF, na cidade de Recife-PE, foi recorrente a alegação de número excessivo de famílias sob sua responsabilidade, suporte organizacional insuficiente e pressões advindas de demandas insatisfeitas dos(as) usuários(as). A sobreposição de tarefas como cuidado e gestão foi considerada razão de sobrecarga de trabalho, gerando ansiedade, impotência diante de demandas diversas, frustração e sentimento de ser injustiçada na divisão de tarefas na equipe. Foram relatados stress, insatisfação, adoecimento físico e mental ao tempo em que reconheciam a relevância do trabalho e a importância do bom desempenho. A falta de perspectivas de mudanças em curto prazo as faz conviver com baixa realização profissional e esgotamento que provocam atitudes negativas diante das condições de trabalho (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Em síntese, as enfermeiras também enfrentam dificuldades para manter-se na equipe da ESF, comprometendo a atenção a grupos populacionais. Além disso, as enfermeiras têm enfrentado defasagem de salário, faltando-lhe definição do piso salarial, o que as deixa exposta a vínculos precários e à desvalorização por baixa remuneração, incluindo o contrato com a ESF.

#### 6.2.4 ACOLHIMENTO DAS MULHERES NEGLIGENCIADO PELAS DIFICULDADES DE ACESSO AO CUIDADO À SAÚDE

O acolhimento inclui a operacionalização de uma tecnologia leve utilizada pelas(os) profissionais para levantar as necessidades de ações de saúde de cada indivíduo com o qual se relacionam, possibilitando a construção de projetos que valorizem singularidades. O acolhimento deve acontecer ao longo da passagem da(o) usuária(o) pelo serviço de saúde, em qualquer atividade desenvolvida, permitindo investigação/elaboração de suas demandas em vários momentos (TEIXEIRA, 2003).

O conceito de acolhimento está muito além da receptividade e da triagem como um modo diferenciado de conduzir o processo de trabalho em saúde e as relações interpessoais, devendo essa ser uma postura assumida por todo(a)s o(a)s profissionais, tendo como foco principal o sujeito e suas necessidades (BRASIL, 2004), oferecendo um atendimento humanizado e resolutivo. Nesse processo, é importante envolver o(a) usuário(a) como sujeito no processo de produção da saúde. Neste contexto, a conversa é elemento imprescindível, proporcionando o reconhecimento das necessidades e a construção do vínculo (TEIXEIRA, 2003).

No nosso estudo, o contexto em que se dá a relação com a USF é desfavorável ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização por parte do serviço. Desigualdades na relação profissionais-usuárias(os) denunciam um exercício de poder em que um grupo está em gozo de liberdade e o outro na necessidade. As mulheres são submetidas a desrespeito e claramente são consideradas de menor valor em um ambiente em que a integralidade não existe como proposição para as práticas e relações:

*Eu acho o atendimento no posto regular [...]. Eu acho assim: a pessoa que trabalha com o ser humano tem que ter capacidade de quando alguém chegar pra fazer uma pergunta, ele também saber dar uma resposta. Elas dizem: “ah, não tem médico não”, com raiva. Eu acho que não é assim, que a gente não trabalha lá dentro e a gente não vai saber que não tem médico. É por causa dessas coisas[...] não só eu, minha vizinhança também sempre fala: “como que a gente vai no posto”? Porque aí no posto não tem assim uma explicação, então a gente vai e fica voando nesse posto daí (CARLA).*

*Todos os anos eu faço meu preventivo particular, porque eu me sinto bem de eu chegar num local assim, né, e ser bem atendido. Então eu acho muito triste quando a gente vai numa saúde pública e o médico não levanta nem os olhos pra você [...]. Eu sinto assim que meu*

*coração obscurece, é triste mesmo. A gente tem o direito de ser tratada como pessoas, dependentemente de cor, raça, se tem dinheiro se não tem, o médico mesmo tem que enxergar o paciente como pessoa [...] Eu fui pra o posto, uma hora, eu saí do posto três horas da tarde, pra mim conseguir só uma requisição pra mamografia, aí a enfermeira atendeu com uma cara feia, a gente se sente péssima, a gente se sente arrasada, parecendo um lixo, pior do que cachorro [...]. A gente chega pra pedir uma informação, eles não olham nem pra sua cara, eu não gosto nem de entrar nesse posto. É por isso que eu vou buscar lá fora, que aí só vou me chatear (MÁRCIA).*

*Quando eu vou pro posto, se eu não entrar de vez eu não sou atendida. Se você chegar na recepção e falar com algum atendente, você é ignorada. Eles falam: “ah, volte outro dia”, é assim que elas falam. Muitas vezes, quando você é marcado, você fica ali esperando, e às vezes eles botam outras pessoas na frente, e você que chegou primeiro é atendido por último. Em outros locais eu sou atendida melhor. Precisa melhorar aquelas pessoas que trabalham lá mesmo, na forma de receber as pessoas com ignorância (PATRICIA).*

Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza-CE concluiu que os(as) usuários(as) têm uma visão limitada sobre o acolhimento, e apesar de satisfeitos(as) com o atendimento, relatam como aspectos negativos a carência de profissionais, a relação prejudicada entre profissional e usuário(a) e a desumanização no atendimento (SÁ et al; 2012).

O atendimento à mulher no serviço se inicia no momento em que adentram a USF e a maneira como acontece sua recepção irá interferir no processo de sentir-se cuidada. No nosso estudo, profissionais de saúde que representam a voz institucional, lidam com as(os) usuárias(os) sob referências de saber e poder que negam as pessoas como sujeitos e não abrem caminhos para a construção da integralidade, em que se inclui o exercício de autonomia.

O acesso, por sua vez, constitui dimensão indissociável do acolhimento. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem como elemento essencial o acesso e a satisfação do(a) usuário(a) com o atendimento, determinando a escolha do serviço e possibilitando o vínculo (QUEIROZ et al; 2007). O acesso engloba fatores que vão do modelo institucional de saúde à prática diária dos(as) trabalhadores(as) e da satisfação dos(as) usuários(as) às questões geográficas. No Brasil, a garantia de acesso aos serviços de saúde está assegurada tomando-se como referência a aplicação cotidiana dos princípios doutrinários do SUS, a partir da corresponsabilidade dos entes federados, gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) (SCHWARTZ et al; 2010).

Todavia, a situação encontrada nesta pesquisa denuncia um modelo de atenção à saúde

que nega sujeitos e oferece os mínimos recursos para a sobrevivência da população, em sua maioria, vulnerável social e economicamente. A dificuldade de acesso à atenção básica e sua baixa resolutividade têm sido decisivas para o distanciamento das mulheres da ESF. Essas dificuldades geram descrédito em toda rede pública, ocupando a ESF lugar secundário na escolha das mulheres pela atenção. É atribuída maior credibilidade aos demais serviços da rede, ainda que o acesso seja difícil e a resolutividade também seja baixa.

A dificuldade para marcação de consultas constitui-se um dos obstáculos ao acesso, resultando em transtornos diversos às usuárias, tais como perda de tempo; prejuízo financeiro pelas vindas repetidas ao serviço; desgaste emocional diante da incerteza de realização de consulta e expectativa de ter seus direitos negados em novas tentativas de agendamento.

*Aí também é uma dificuldade para você marcar um médico aí nesse posto, minha filha, é difícil. Muito difícil. Precária, precária, precária [...]. A gente tem que acordar quatro horas da manhã, que eu acho isso um absurdo, que a gente mora aqui perto [...]. Tem vez que a gente chega lá quatro horas e não consegue marcar porque já tá cheio de gente (TAÍS).*

*O problema só é na hora de pegar ficha, você tem que ir lá de madrugada enfrentar essa fila, tomando chuva, o problema é esse, mas a profissional mesmo, trata muito bem. Vou pegar ficha para marcar, aí tenho que sair daqui cedo, do jeito que a vida tá arriscada, ficar naquela fila, esperar o posto abrir oito horas, pegar a ficha, para agendar o dia que a gente vai ser atendido. Não é assim, atende no mesmo dia não. Até o cartão do SUS tinha que chegar lá de madrugada para pegar essa ficha e fazer de tarde (ANDRÉIA).*

A realidade apresentada nos depoimentos nega a proposição da ESF, que defende a proximidade entre a unidade e a população adscrita como facilitadora do acesso e do reordenamento da atenção básica. Todavia, além de dificultar o acesso, o modo como os serviços se organizam fazendo as mulheres deslocarem-se nas madrugadas para cuidar de si ou de filhos(as) as deixa vulneráveis à violência urbana. Há de ser considerada a exposição nas ruas, nos transportes públicos, nas calçadas em busca por atenção à saúde nas madrugadas de uma grande cidade como fator de vulnerabilidade das mulheres à violência, situação que se repete sem perspectiva de mudança a curto ou médio prazo.

A precariedade do acesso se estende por toda rede de atenção. As dificuldades estão por todos os lados e nas madrugadas estão os horários pensados como estratégicos, mas nem sempre é garantia de um lugar no agendamento em serviços saturados pela demanda, muitas vezes oriunda de locais que também não foram resolutivos. A dificuldade de acesso torna-se

uma realidade invisível ao poder público, reproduzindo-se um modelo que nega os princípios do SUS, da ESF e revela a integralidade como algo inalcançável.

*Eu saio cedo e sair aqui do bairro não é perto, tem que pegar o ônibus, é longe, tem que sair de madrugada. Tem que acordar cedo. A gente arrisca até mesmo a vida, né? A gente entrega, ora a Deus e sai, né? A gente chega em um ponto ainda meio escuro e não consegue chegar lá tão cedo, consegue chegar as vezes 6 horas, já pega uma fila grande e muitas vezes quando chega no fim da fila, nem consegue mais vagas. É difícil mesmo. Precário. Eu corro atrás, vou pra outro lugar ou tento ir de novo mais cedo ainda, né? (SANDRA).*

*Você vê que hoje a saúde no Brasil tá escassa, né? Todo lugar que você vai, tá encontrando dificuldade pra ser atendida, né? Pra encontrar um médico, pra encontrar um profissional responsável. [...] E não é só aí não nesses hospitais grandes aí, eu marquei pra meu menino aí, eu sai daqui foi quatro e meia da manhã pra marcar um médico pra ele lá no Martagão. [...] Você arrisca sua vida pela saúde, fica lá no lado de fora ainda, correndo risco, não tem pra onde correr; tem que melhorar a educação e a saúde. Acaba o quê? A pessoa morrendo, né isso? E aí é o que eu penso (MARINA).*

*Tem que fazer um preventivo, a gente tem que se deslocar daqui para outros lugares. Os exames de laboratório mesmo, a gente não tem aqui [...]. Aí tem que acordar quatro horas da manhã, pegar o primeiro ônibus. Aí no posto esses tempos eu ainda não fui não, eu fiz em outro lugar (FLORA).*

*Como a gente mora aqui no subúrbio, já é um lugar longe, aonde também o transporte já é precário, aí para você chegar cedo, você termina saindo de casa cedo. Às vezes, quando o ônibus demora, você não consegue nem chegar para marcar e nem chegar para fazer, entendeu? Então eu acho assim, que fica muito a desejar essa parte aí (MARIA).*

Recursos tecnológicos sabidamente facilitadores da agilidade dos serviços, a exemplo do uso da informática e do telefone para agendamento de consultas e exames, se revertem em obstáculos, tendo em vista a retardada manutenção dos equipamentos, conforme constatado a seguir:

*Outro dia mesmo a gente tava precisando de marcar um médico pelo computador e não tava funcionando porque tava quebrado. Aí levei quase um mês todo esperando consertar o computador para marcar. Eu resolvo aí um carimbo de exame, uma injeção de evitar, e o que mais?... Quase mais nada. E às vezes, quando o computador tá normal, eles fazem a marcação ali, que tem médico que é marcado*

*pelo posto né? Às vezes, outro dia mesmo, levou dois meses sem marcação (PATRICIA).*

*A gente vai no posto e nunca consegue. Não abriu não, não tem não. É uma confusão. Uma vez mesmo, eu fui direto pra marcar uma trans, quando chegou lá, eu ia, ia, ia. Pronto. Terminou. Ah, o computador quebrou. Passou até na televisão daqui. Quebrou, teve que chegar ao extremo de passar na televisão pra eles vim consertar o computador. Então o povo vive em um engano. Na realidade, saúde no bairro é precária. É uma ilusão (SANDRA).*

*Até no caso para a gente marcar pelo SUS, a gente indo pra o posto sempre o telefone não funciona, ou então o sistema caiu, toda hora que você chega lá o sistema caiu. É uma raridade a gente conseguir marcar um exame pelo SUS pelo telefone do posto (TAÍS).*

O difícil agendamento da consulta constitui apenas uma das faces de um complexo fenômeno que constrange e humilha pessoas, reduzindo-as à condição de objetos e desrespeitando também os grupos considerados mais vulneráveis. Assim, as dificuldades continuam por ocasião do atendimento:

*Eu cheguei com meu filho por volta de uma cinco e meia, onze horas da manhã não foi atendido ainda. Eu saí de lá, eu não agüentei mais, porque tinha muita gente. [...] Aquele horário a gente lá ainda, a gente vai chegar lá e vai passar a noite toda, então eu não vou ficar aqui. Ai eu vim me embora (MÁRCIA).*

*Quando eu não consigo eu volto pra casa. Não faço, às vezes não faço. É, espero ter uma oportunidade e vou tentar de novo. É assim... espero ter outro dia, se não conseguir eu fico sem fazer, ou se não, vou pra outro lugar, é assim (FLORA).*

Situação semelhante à relatada pelas participantes deste estudo é verificada nos resultados de pesquisa realizada na rede básica de saúde de um município da Bahia, incluindo-se Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde, onde o sistema de marcação de consultas se revelou um obstáculo à utilização dos serviços em três das unidades investigadas. Em todas, o agendamento das consultas era por ordem de chegada e o tempo de espera para o atendimento entre duas e três horas. Em uma das unidades, a marcação se restringia a três dias na semana, com horário fixo, sendo entregues fichas, com filas sendo iniciadas a partir das 6 horas. Usuárias(os) esperavam cerca de duas horas para marcar a consulta e em torno de uma semana para o atendimento (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Corroborar com esses resultados estudo de Coimbra et al (2010), que apresenta como limitações do acesso dificuldades para a obtenção da consulta e o maior tempo de espera na USF para o atendimento: até quatro horas, mesmo após a confirmação da consulta. O maior quantitativo de pessoas na USF era no início da manhã e da tarde, esvaziando-se na metade do turno, quando pessoas que procuravam o serviço e não recebiam atendimento retornavam ao seu lar ou procuravam outro serviço. No mesmo estudo, é destacada uma importante contradição do acesso à ESF: embora o discurso dos(as) profissionais apontasse para a priorização de ações programadas previamente, o maior número de consultas tinha como objetivo solucionar sinais e sintomas pontuais, além da realização de exames de demanda espontânea (COIMBRA et al; 2010).

A dificuldade de acesso à atenção básica leva ao distanciamento de ações preventivas. Por isso, uma entrevistada transfere para si a responsabilidade de não ter se organizado para buscar o preventivo em outro local da rede:

*Um exame, por exemplo, eu mesma agora, tô precisando de fazer um preventivo e aí, eu sinto necessidade de fazer e um médico clínico também pra fazer uns exame que eu também já tô relaxada e não pude fazer ainda e se aí tivesse, eu já tinha feito esses exames, né? E eu tô com as requisição tudo aí pra fazer esses exames e ainda não consegui (MARINA).*

A reduzida chance de serem atendidas desencoraja as mulheres de irem aos serviços públicos. Sua inoperância gera a expectativa de que cada pessoa deve procurar seus próprios meios para cuidar da saúde e de que a qualidade está na rede particular, que cresce em importância como solução para a saúde. Assim, atende-se a um requisito ideológico, ao tempo em que frustra a população carente ao se deparar com os limites impostos pelos poucos recursos financeiros.

*Preventivo mesmo tem aí, mas não é completo. Outro dia eu precisei, fui e fiz, só que me mandaram procurar fora porque aí não faz completo, e até hoje não consegui marcar esse preventivo aí. Essa semana tava olhando para ver se eu conseguia fazer pago, aí ainda apressei, mas setenta reais fica difícil para mim. Não tem o preventivo completo [...]. Eu fiz o comum, eu precisei do completo e até hoje tô aqui, desde o mês de abril, sem conseguir fazer esse preventivo (ANDREIA).*

*Eu tive que marcar um exame, mas só que na data que a médica queria que levasse tava muito longe, então não dava pra levar e aí, eu*

*tive que pagar pra fazer, porque ia passar a data da consulta e pra achar esse médico, que é neuro, é difícil pra gente marcar lá na Irmã Dulce, entendeu? E o exame dele foi um... um exame de cabeça que é o quê, é a tomografia (MARINA).*

Ao procurar saber o significado de 'preventivo completo', termo bastante utilizado nas falas, concluí que se refere ao papanicolaou mais o exame colposcópico. Estudo que analisou a capacidade diagnóstica dos exames citológicos, colposcópico e histológico na detecção de lesões pré-malignas evidenciou que a colposcopia é mais específica que a citologia, estando sua indicação em posição intermediária entre a citologia e a histologia, posterior a um resultado alterado do exame citológico (LIMA et al; 2012). Assim, orientadas pelo modelo biomédico, as mulheres antecipam a necessidade de exames especializados, dependentes de médicos especialistas também.

As dificuldades enfrentadas fazem com que as mulheres passem a classificar e selecionar as demandas só levando aos serviços as que julgam ser mais graves e que não conseguem resolver pela automedicação ou uso de chás.

*Em outros lugares eu também nunca vou assim não. Tem uns lugares que só vou em último caso. Outro dia mesmo fui pra UPA que tava sentindo mal com uma dor. Peguei fui lá pra UPA, me atenderam, passaram remédio e eu vim embora. Mas eu só vou em último caso. Às vezes, tô sentindo alguma coisa, fico em casa mesmo, vou procurar tomar algum remédio, algum chá, porque ir para fila e acabar não resolvendo nada (ANDREIA).*

*Ah, o que eu posso fazer é pedir informação a outras pessoas pra ver se eu consigo. E às vezes quando eu não consigo, a gente deixa pra lá. Só quando é uma coisa mesmo grave, né? Mas quando é uma coisa que pode passar, a gente se acomoda (JOANA).*

*Quando encontra dificuldade, que não acha um médico mesmo, enfermeira, seja lá o que for, aí eu procuro é aqui em casa mesmo. Remédio, chás, esses remédios caseiros mesmo, aí não procuro nem outros médicos. Minha mãe mesmo aqui faz os remédios caseiros e dá pra gente (MARINA).*

Os problemas de ordem clínica, relacionados a patologias, ocupam o lugar do cuidado na concepção das mulheres, as quais continuam insistentemente buscando prevenir o câncer de colo uterino numa demonstração de que incorporaram a importância da prevenção. Porém, a dinâmica de busca por cuidado e a resolução não obtida leva a uma inversão do papel da ESF, em que a atenção básica se descaracteriza, deslocando para segundo plano a promoção



da saúde das pessoas.

### 6.2.5 PRECARIIDADE DA INFRAESTRUTURA COMO OBSTÁCULO AO VÍNCULO DAS MULHERES COM A ESF

A falta de infraestrutura para atenção básica é um importante fator ressaltado nos depoimentos das mulheres desta pesquisa, o que contribui para a pouca utilização dos serviços ofertados pela USF estudada. As mulheres caracterizam a USF como incapaz de prover serviços à comunidade e convivem com a falta de recursos humanos e insumos necessários ao atendimento de suas demandas.

Em relação à falta de infraestrutura na unidade de saúde, as prefeituras são responsáveis pela aplicação do dinheiro público e pelo controle das atividades desenvolvidas com os recursos financeiros. Portanto, pode-se afirmar que os gestores do poder executivo municipal são também responsáveis pela falta de infraestrutura para atenção básica, descontinuidade na oferta de insumos e falta de profissionais de saúde. O não aproveitamento do espaço físico e de equipamentos para investir na qualidade da atenção aumenta o descrédito na ESF. Com isso, a rede pública especializada mantém-se como referência para todas as demandas por cuidado, negando-se os fundamentos do SUS. Os depoimentos seguintes revelam essa realidade:

*Quer dizer, não tem os aparelhos pra fazer alguns exames, mas poderia deitar, apalpar, podia ser mais complexo, podia ser melhor. E tem condições de ser melhor, porque tem espaço, tem sala aí no posto [...]. Aí só faz, no caso, exame preventivo e eu nunca fiz aí, mas faz o preventivo, mas deveria ter outras coisas. Dentista mesmo não poderia faltar. Se tem a sala pra cuidar do dente das pessoas, porque deixar os aparelhos parados, por falta de material? (SANDRA).*

*É... precisa de médico, ter um posto mais evoluído, como um laboratório para fazer exame, essas coisas sabe, que aí nesse posto não tem ainda [...]. Precisa de tudo. Eu acho assim (FLORA).*

A ausência de médico(a), dentista e, por vezes enfermeiras, objeto de análise da categoria empírica *distanciamento das mulheres da ESF* inviabiliza o atendimento das demandas das usuárias que, somada a outros aspectos ligados à infraestrutura, promove o afastamento das mulheres da USF e impede o estabelecimento de vínculos com a unidade. A alta rotatividade de profissionais gera sucessivos retornos ao serviço e levam à desistência

após tentativas frustradas.

Os motivos que levam as mulheres a não aderirem à ESF, tais como ausência de profissionais e falta de infraestrutura material, denunciam a baixa resolutividade da USF. Esta se destaca nos depoimentos quando as mulheres consideram que o exame preventivo do câncer de colo uterino, ação priorizada pelas mulheres, não está garantido, sendo realizado de maneira inconclusiva em muitos casos. Não é feita referência a outras ações no âmbito da saúde das mulheres, como indicativo de que a USF já está excluída da possibilidade de se constituir lugar de referência para atenção básica naquela realidade. Assim, demandas para as quais as mulheres não podem adiar a atenção estão excluídas e não emergem nos discursos.

Em relação à prevenção do câncer de colo uterino, destaca-se que a realização do Papanicolaou, ou exame citológico, é considerada indispensável, sendo apoiada pelo discurso oficial. A não realização do exame no serviço de saúde contradiz os princípios da ESF, revelando sua fragilidade enquanto responsável pela atenção à saúde da comunidade. Estando a oferta prejudicada no serviço, as mulheres, que já incorporaram sua importância como coadjuvante na manutenção da saúde, afirmam:

*Eu acho que deveria ter mais médicos aí, no caso, e em outros postos, porque a saúde está um desgosto e assim, porque aí só faz preventivo, mas não faz completo, só pela metade. Para você fazer o preventivo completo, você tem que fazer em outro lugar [...] Eu acho que deveria fazer pelo menos isso aí e fazer outros exames... Exames de sangue, fezes e urina, que a gente não precisasse ir para outro lugar, deslocar daqui para outro lugar (JULIANA).*

*A gente vai no posto na verdade tomar vacina, vai procurar um clínico[...], fazer o exame ginecológico, que não tá sendo feito, procurar o ginecologista, procurar fazer o preventivo, que no caso pra gente não tá tendo, [...] porque no meu caso mesmo eu vou ter que fazer um aqui e outro fora, que não faz completo, só faz pela metade (MARIA).*

O exame preventivo de câncer de colo uterino é de simples realização, de baixo custo e de alta eficácia, sendo a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento para o controle do câncer do colo do útero para redução do número de casos por essa doença. A garantia da qualidade dos programas de rastreamento de câncer de colo de útero, bem como o acompanhamento das mulheres, é fundamental para melhorar os índices atuais. A pouca eficiência dos programas de rastreamento é uma possível explicação para as altas taxas de incidência do câncer em países em desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como necessária uma cobertura de 80% entre mulheres de 35 a 59 anos, para obtenção de impacto epidemiológico na incidência e mortalidade pelo câncer cérvico uterino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Entretanto, grande parte dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos de idade que buscam os serviços de saúde para a atenção reprodutiva, enquanto o risco aumenta a partir dessa idade (OLIVEIRA et al; 2006).

Estimativas mundiais estimaram, para 2008, 529 mil novos casos de câncer de colo uterino, configurado como o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. As mais recentes estimativas apontam para o ano de 2012, no Brasil, 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte, excluindo-se os tumores da pele, não melanoma. As regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupam a segunda posição. A região Sudeste ocupa a terceira e a Sul, a quarta posição. O estado da Bahia teve uma taxa estimada de 13,52 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Quanto à prevenção, os sistemas de informação disponíveis ainda não permitem a construção de indicadores seguros e com cobertura para análises mais abrangentes. Os exames de prevenção do câncer de colo do útero financiados pelo SUS cresceram de 2000 para 2003, cerca de 50%. A PNAD/IBGE colheu, em 2003, pela primeira vez, dados sobre a realização de exame preventivo em mulheres com 25 anos ou mais. Nos anos referidos foi constatado que 68,7% das mulheres nessa faixa etária realizaram o exame nesse período e 20% nunca realizaram o exame, apresentando importantes variações regionais e sociais. No Maranhão e em Alagoas, referem nunca ter realizado o exame 61,8% e 54,2%, respectivamente, levando para baixo a média nacional e também demonstrando a desigualdade de acesso (BRASIL, 2006b). A PNAD (2008) apresenta levantamento do número de mulheres que já fizeram o exame do colo do útero, havendo uma média nacional de 82% nos grupos de idade entre 25 e 49 anos, faixa etária em que se concentram os maiores percentuais da doença, por se tratar de população em idade reprodutiva. A maior adesão foi observada na Região Norte (87,8%), seguida pelas Regiões Nordeste (83,4%), Sudeste (80,1%), Sul (81,4%) e Centro-Oeste (85,6%), e por mulheres com 11 anos ou mais de estudo (39,4%) e economicamente ativas (60,4%).

No depoimento a seguir, a oferta de preventivo está associada à realização de mutirão como alternativa de garantia de atendimento à população, uma vez que a unidade não dispõe de atenção diária para as mulheres nesse âmbito, deixando-as desprotegidas e à mercê da

precariedade do serviço. Revela também que a desinformação sobre a existência e funcionalidade dos programas na USF ajuda a afastar as mulheres da unidade de saúde, levando-as a procurar outros serviços, comumente aqueles que já tenham, em algum momento, satisfeito a suas demandas.

*Nem todas às vezes tem o preventivo no posto, é mais quando tem mutirão[...] porque dia a dia assim não tem[...]. Eu pego minha requisição e vou fazer no Irmã Dulce, eu vou fazer no Caribé. Meu planejamento familiar é lá no Caribé [...]. Desde quando eu tive minhas filhas que eu tenho o cartãozinho e vou pra lá, porque aí também eu nem tinha conhecimento assim que tinha [...] E eu também nem sabia assim que tinha planejamento (CARLA).*

O mutirão como estratégia da equipe para atendimento é a confirmação da irregularidade da oferta no cotidiano da unidade. O mutirão deve ser algo pontual, pois falhas de comunicação levam a mensagens e compreensão incompleta, inclusive a de que a realização de exames pode aguardar o mutirão, ocasião que oferece maior facilidade de acesso. Ressalta-se a importância da educação em saúde como atividade preconizada pelo MS, devendo ser explorada, incorporada e desenvolvida por todos(as) os integrantes da equipe com estratégias participativas (RIBEIRO; SANTOS; TEIXEIRA, 2011).

Em relação à realização de mutirão na unidade de saúde, esse se destina ao atendimento em larga escala de todas as mulheres com solicitação de exames ou que não tenham conseguido agendar ou realizar seu exame por um prolongado período após tentativas frustradas na USF ou em outros locais, objetivando eliminar a demanda reprimida para o atendimento na unidade básica. Essa medida é realizada de maneira emergencial quando a falta de atendimento na unidade começa a gerar agravos à saúde da população, funcionando como alerta às/aos profissionais da USF e ao distrito sanitário. Importante salientar que, embora essas atividades gerem resultados rápidos e satisfatórios para a população carente de cuidados, não substitui o dever da atenção básica de promover a saúde da população e não deve ser prática frequente dentro dos serviços.

Outro indicador de ausência de infraestrutura é expresso quando a depoente refere que a assistência odontológica é também oferecida na USF, mas os equipamentos odontológicos permanecem durante longos períodos quebrados. Soma-se o ineficaz fornecimento de medicamentos com disponibilidade restrita e descontínua, que onera as usuárias, cujos recursos para provisão da família são limitados, conforme já constatado na caracterização das participantes do estudo. Essas situações trazem à tona o descaso de governantes com a

população e com o uso dos recursos públicos negando direitos de cidadania, conforme é lido a seguir:

*Aqui de vez em quando que tá marcando preventivo, as únicas duas coisas que a gente tem aí é preventivo de vez em quando e dentista, que a máquina só anda quebrada. E o resto a gente procura outra unidade porque não tem como fazer aí mesmo, que ambulatório não tem aí. Ate para pegar um remédio aí agora é difícil, porque não tem, nunca tem, nunca tem. Aí a gente tem que procurar outra unidade ou então comprar com dinheiro na farmácia, com o próprio dinheiro da gente (TAÍS).*

Em relação à dificuldade para conseguir medicamentos na USF, foi constatado em trabalho que analisou o percurso de usuáries(as) quando não encontraram medicamentos na unidade de saúde, que 60% dos(as) entrevistados(as) referiu comprá-los em farmácias e 25% julgaram que a equipe não informou sobre maneiras de aquisição do medicamento que estava faltando, evidenciando falhas na relação e comunicação da equipe de saúde da família na orientação dos usuáries (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

O acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica são um direito de cidadania. Estudo que objetivou avaliar aspectos relacionados à estrutura e processos da assistência farmacêutica em um município da Bahia mostrou que 84,6% das unidades básicas de saúde não dispunham de local adequado para dispensação e armazenamento de medicamentos; 96,2% não tinham previsão de demanda mensal, de modo que 92,3% apresentaram falta de pelo menos um item da lista de medicamentos adotada; três unidades tinham farmacêuticos(as) em seus quadros. No estudo, é ressaltado que dificuldades como estrutura física inadequada, processos pouco eficientes e escassez de recursos humanos comprometem a distribuição de medicamentos e prejudicam a resolubilidade do SUS (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Nas situações analisadas, constata-se que a USF não estabeleceu com as mulheres o vínculo necessário para o atendimento de suas demandas, estando subjacente às falas a superficialidade de informações, fragilidade na relação com o serviço e baixa efetividade das ações.

## 6.2.6 REDE ESPECIALIZADA COMO REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO QUALIFICADA À SAÚDE

As incertezas quanto à oferta de ações na USF geram a busca da rede especializada como primeira opção, perdendo-se a oportunidade de oferecer às mulheres uma atenção segundo o contexto em que as demandas são geradas com suporte educativo e clínico. Inexistindo esse processo, a rede básica é excluída e a sobrecarga da rede especializada com demandas da atenção básica acaba comprometendo a atenção também nesse nível.

Estudo desenvolvido em duas capitais nordestinas descreve a procura da população por policlínicas privadas que avançam no mercado prestando serviços por meio de médicos(as) especialistas e exames clínicos a baixo custo e com maior resolutividade que os serviços oferecidos pela rede pública de saúde. Seus clientes, embora sejam pobres e sem planos de saúde, possuem condições econômicas de pagar uma consulta médica com custo reduzido, de modo a evitar o atendimento pelo SUS. Os valores das consultas na cidade "A" variava entre R\$ 12,00 e R\$ 35,00 (com exames clínicos custando entre R\$ 4,00 e R\$ 15,00) e na cidade "B" custavam entre R\$ 20,00 e R\$ 25,00. Tais valores viabilizam o acesso aos serviços privados de saúde para indivíduos que utilizavam o SUS por falta de opção devido a suas condições financeiras (ALBUQUERQUE; MELO, 2010).

O setor de saúde no país se constitui por relações entre setor público e privado, onde o SUS provê bens públicos de saúde por meio de instituições públicas e por meio das instalações de instituições privadas conveniadas. A maioria dos estabelecimentos de saúde são públicos (58,7%), e o sistema público contrata ou usa sob convênio 31,2% dos estabelecimentos privados. De acordo com a PNAD de 1998, aproximadamente 24% dos(as) brasileiros(as) possuem plano de saúde. Os mais ricos são os maiores consumidores destes bens (NISHIJIMA; CYRILLO; BIASOTO JUNIOR, 2010). Em 2008, esse número variou pouco, alcançando 25,9% da população residente no Brasil (PNAD, 2008).

O problema da falta de acesso se estende por toda a rede de atenção, inclusive naqueles em níveis de média e alta complexidade, os quais, embora formalmente não sejam divulgados à população como parte da rede de referência, de fato, a representa. Tais serviços exigem encaminhamentos que, não sendo feito pela USF, aumentam a insegurança e a incerteza das mulheres sobre que rumo dá às suas demandas ou à de seus/suas filhos(as)/familiares. A certeza de que as necessidades das(os) usuárias(os) não são levadas em consideração acompanha as mulheres, que são penalizadas por dependerem do sistema público de saúde.

É sabido também que, mesmo em situações que não requerem referência, a população, não tendo suas demandas acolhidas na rede básica, ou não dando credibilidade a esse nível de atenção, busca serviços especializados, supostamente mais resolutivos e condizentes com o modelo clínico de atenção incorporado no imaginário social, gerando sobrecarga e comprometendo as respostas que precisam. Para Oliveira et al (2006) e Melo (2007), parte da grande lotação dos serviços de saúde se deve a atendimentos curativos, limitando as ações preventivas.

*Fui marcar o médico lá no Martagão Gesteira para minha filha, quando cheguei [...] só tava marcando quem tinha a guia [...] Cheguei lá e não consegui. Muita gente que tava lá esperando teve que ir embora porque não tinha guia. Eu acho que eles deveria avisar antes, botar um anúncio [...]. Tive que acordar cedo e tive que vir me embora de novo. Aí fica difícil (JULIANA).*

O pagamento de consultas e exames na rede privada é a alternativa para se obter acesso a cuidados de saúde quando já se esgotaram as possibilidades, inclusive quando a peregrinação por outros serviços não deu resultados:

*Aí toda vez que eu vou não tá marcando. [...] É por essas dificuldades de não conseguir, a enfermeira não estar, eu prefiro logo ir pra cidade. E tem alguns exames aí que tá difícil de achar pelo SUS. E quando vai pagar é um absurdo. [...] Procuo em outro lugar, eu vou atrás de outro lugar ou tem que dar um jeito de pagar... Quando eu não acho atendimento aqui na área de saúde aqui do bairro, procuro achar um médico para olhar meus exames, para fazer exames (SANDRA).*

*Aí mesmo não faz uns exames, a gente só consegue fazer pago, que pelo SUS é difícil, é muito difícil. Eu mesmo tô com meu exame para fazer aí, faltar até um dia de trabalho para fazer aí pelo SUS, com medo até que eu não consiga fazer, aí eu não vou ter o atestado para levar pro meu patrão, aí eu vou ter que fazer pago [...] se tiver com alguma doença, morre, porque não tem atendimento (TAÍS).*

Gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) da Regional do Paranoá, Distrito Federal, expressaram em pesquisa dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, e evidenciaram que o número de serviços é reduzido e que são pressionados(as) pelo aumento da demanda espontânea. Além disso, a falta de acesso aos serviços de atenção básica gera uma demanda de baixa e média complexidade para os hospitais, principalmente nos serviços de emergência, demonstrando que o acesso à rede de saúde ainda é bastante difícil e a atenção

básica não tem conseguido ser a porta de entrada do sistema de saúde (SHIMIZU; PAMELA; SANCHEZ, 2012).

A atenção básica nos discursos não consegue se mostrar como função primeira da USF e as demandas nesse âmbito se juntam àquelas voltadas às especialidades médicas.

*Eu preciso de dentista, que é mais difícil pra marcar, eu prefiro ir pra cidade. Preventivo, mamografia, eletrocardiograma, laboratório também e aí também não faz e eu tenho que procurar particular lá em cima ou ir pelo SUS em outros lugares (JOANA).*

*Já, várias vezes, fui pro posto, tentei marcar alguns exames e não consegui. E exames bobos, preventivo, ultrasson vaginal, não consegui. Um otorrino não tem. Tenho que recorrer pra o particular. Apertar um pouquinho e ir, porque senão a gente fica sem fazer o exame (SANDRA).*

*No posto não tem ginecologista. O posto até oferece preventivo, mas por eu já ter a ginecologista fora [...] e já criei uma certa confiança. Não que eu descarte assim a possibilidade de fazer um dia aí, né? Mas eu já tenho, aí eu deixo pra outras que não tem a mesma oportunidade que eu de ter uma ginecologista assim, que possa acompanhar (MARINA).*

Nas falas das mulheres, constata-se que o vazio da orientação para saúde da mulher na USF aumenta a possibilidade de tê-la nos serviços médicos especializados por suas ações técnicas serem consideradas resolutivas. O desejo de que a ESF amplie a resolutividade e realize exames mais complexos evidencia seu desconhecimento sobre a proposta da ESF. As expectativas das usuárias são também orientadas pela dimensão clínica e especializada da atenção, como discutido na categoria anterior, onde a presença do médico está relacionada à resolutividade do serviço e o trabalho da enfermeira é desvalorizado. Mesmo quando há um reconhecimento do trabalho multiprofissional na ESF, as mulheres demandam ter no serviço um(a) ginecologista, e sua ausência leva ao descrédito do serviço.

A seguir, lê-se que o mais previsível na fala das mulheres é a doença e a urgência, aparecendo como necessidade de saúde um serviço de emergência que atenda as mulheres de modo mais ágil e que se localize mais próximo de suas moradias, funcionando como facilitador do acesso a esse serviço:

*Acho que tem que ter também uma emergência. Se a gente tem uma emergência, tem que ir lá pro Hospital do Subúrbio. Aqui tem lugar para fazer, para expandir assim, para tá perto ali, para a gente não*



*ter que se deslocar lá pro Hospital do Subúrbio, Plataforma, para esses lugares. Devia ter isso vinte e quatro horas (ANDREIA).*

*É muita demora, demora bastante porque é muita gente, aí a gente tem que ficar o dia todo para conseguir uma ficha, para ser atendido nas emergências [...]. Só tem o quê... mais perto assim só tem o Hospital do Subúrbio e o UPA vinte e quatro horas. A gente vai na UPA, leva o dia todo para a gente conseguir ser atendido (JOANA).*

*Uma unidade de emergência pra gente aqui também não tem (TAÍS).*

As especialidades têm abarcado a ciência médica contemporânea, no entanto o privilégio conferido às especialidades na formação médica recebe críticas pela tendência de recorte do corpo humano, impedindo a possibilidade de apreensão das necessidades mais abrangentes das pessoas. A fragmentação do conhecimento médico nas diversas especialidades ressalta as dimensões exclusivamente biológicas, sem considerações psicológicas e sociais, sendo entendida como reducionista (MATTOS, 2001).

*Às vezes a gente procura um otorrino, procura médico cardiologista aí, difícil. A maioria tudo é pago [...]. A gente fica sabendo de outra clínica [...]. Quando aquele lugar passa a ser conhecido pelas pessoas pra fazer exame, é cortado pelo SUS. O SUS já não tá pagando, já não passa as verbas [...]. Quando eles vêem que aumentou o número, eles cortam. Aí o povo fica prejudicado, quer dizer, aí que eles deveriam dar apoio às clínica para nos atender, né, à comunidade carente (SANDRA).*

Esse discurso revela que a falta de referência deixa as mulheres sem orientação para o cuidado da saúde e o SUS se distancia das mesmas. Em estudo realizado na ESF do município de Bauru-SP, notou-se a presença da participação popular quanto à divisão de responsabilidades no cuidado à saúde, porém apresentaram queixas quanto à lentidão no referenciamento para a média e a alta complexidade (ARAKAWA et al; 2012).

Pela proposta do SUS, a integralidade e a hierarquização determina que os serviços funcionem como uma rede integrada, sendo a rede básica de saúde a porta de entrada no sistema, de modo que ocorram os devidos encaminhamentos à unidade de referência quando o problema não possa ser resolvido naquele nível de complexidade (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008). Nessas situações, os(as) usuários(as) devem ser encaminhados(as) pelos(as) profissionais da USF para os Centros de Referência de média (nível secundário) e de alta complexidade (nível terciário), porém na prática, nem sempre esse sistema de referencia funciona, pois aspectos organizacionais dificultam sua eficácia

(ALBUQUERQUE; MELO, 2010).

A descontinuidade na oferta de ações no âmbito da atenção básica, somada à inexistência de uma rede de referência e contra-referência, impede o elo de um serviço a outro, de modo a acompanhar as mulheres em situações de saúde específicas. O que se revela na fala das mulheres é que elas se articulam entre si e formam uma rede, onde uma informa para a outra sobre os serviços mais acolhedores e resolutivos. Em relação à “adesão” à rede particular nas circunstâncias descritas neste estudo, vê-se que o sistema privado vem se fortalecendo e o SUS perdendo a condição de questionar as estratégias adotadas pela população, o que revela a negação de seus princípios.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelam que a experiência das mulheres com a ESF dá-se sob condições que impedem o estabelecimento de vínculos e promovem seu afastamento das unidades. O distanciamento se dá essencialmente por ausência de médicos(as), descontinuidade da equipe, dificuldades de acesso, precária infraestrutura material, baixa resolutividade e baixa qualidade na relação que se estabelece entre profissionais e usuárias. As demandas são orientadas pelo modelo biomédico e as mulheres se ressentem por não haver no serviço especialistas para os tratamentos que julgam necessitar, o que prevalece mesmo nas situações em que afirmam buscar a prevenção, a exemplo do papanicolaou.

A ausência do profissional de medicina, considerado pelas mulheres como personagem central na USF, mas constantemente inexistente no serviço, reafirma a condição de todo o país, referente a atuação dessa categoria na atenção básica. Os resultados do nosso estudo mostram a hegemonia da categoria médica com valor social que se sobrepõe ao das demais categorias, fortalecendo-se na ausência, enquanto a ação da enfermeira, quase sempre presente, é desvalorizada no discurso das mulheres.

A falta de respostas para demandas que fogem ao campo disciplinar da enfermeira é traduzida, de acordo com as depoentes, como a baixa capacidade de resolutividade das enfermeiras, as quais são percebidas pelas usuárias como substitutas dos médicos(as) na ESF. Junta-se a essa problemática infraestrutura material precária para realização de consultas e procedimentos, ao tempo em que encaminhamentos possíveis feitos pela enfermeira não evitam a peregrinação das mulheres na rede pública especializada, sobrecarregada com demandas de todos os níveis de atenção.

Nas experiências relatadas, estão ausentes demandas relativas à atenção pré-natal e ao planejamento reprodutivo, numa demonstração de que a ESF não se constitui referência. As mulheres articulam-se entre si e formam sua própria rede de referência para atenção básica e especializada, selecionando e indicando entre si os locais em que suas demandas são melhor acolhidas. Quase sempre precisam recorrer à rede privada para solução de problemas em que o poder público se ausenta e assim, cresce a valorização da rede privada e da medicina especializada, enquanto a presença do Estado é cada vez menor, enfraquecendo o SUS. Recursos escassos da provisão familiar são utilizados para o cuidado à saúde, enquanto se privam de outros benefícios. Ressalta-se que a experiência das mulheres não remete à perspectiva teórica da integralidade do cuidado.

A condição socioeconômica da maioria das mulheres participantes do estudo é

desfavorável, constituindo um grupo de baixa renda, baixa escolaridade, elevado nível de desemprego, e dependência financeira de outros membros da família para o sustento, o que as deixa em condição de vulnerabilidade social e econômica com sujeição a uma rede que as nega como sujeitos de direito. Nessa dinâmica em que a proposta da ESF se esvazia, a enfermeira com atuação no cuidado e na gestão dá-lhe sustentação e oferece ao Estado a condição de afirmar sua presença, sob mecanismos ideológicos que permitem dar um corpo físico à USF, sendo as adversidades estruturais expressas nos resultados desta pesquisa.

A ESF é apresentada oficialmente como ponto de partida para grandes mudanças no cuidado à saúde. Sua proposta redireciona a atenção básica, com ampliação da resolutividade pela concretização de práticas com acolhimento efetivo que resulte em vínculo e responsabilização da equipe pelo cuidado da população que a ela confia suas necessidades e demandas. Todavia, os resultados desta pesquisa mostram que a ESF não se consolidou na realidade estudada. A equipe multiprofissional inexistente, sendo a enfermeira a profissional de maior presença e ação, mas o contexto em que se insere a sua prática não favorece sua visibilidade, gerando indefinição de papéis e expectativa das mulheres por respostas para demandas que requerem a ação de outros campos disciplinares.

Assim, a insatisfação e a não utilização da USF pelas usuárias revela que a ESF não tem cumprido o seu papel de garantir o acesso à atenção em saúde aos grupos populacionais das áreas adscritas. As informações levantadas nesta pesquisa podem ajudar no reconhecimento de entraves que prejudicam a atenção da ESF e abre caminhos para pensar alternativas que gerem a mudança da realidade da atenção. Considerando que a enfermeira é a profissional de maior atuação na ESF, a reorganização de sua prática com ações definidas é imprescindível, sobretudo pelo alcance que é capaz de oferecer, orientada pelas competências formal e política necessárias à integralidade.

A experiência das mulheres e a busca pelo cuidado indicam a necessidade de intervenção do Estado na tentativa de resgatar princípios constituintes da ESF. O desafio que se coloca para toda a equipe é a reversão da realidade, retomando-se a proposta da ESF com mobilização, reformulação e adoção de estratégias eficazes para a atenção básica. Para tanto, é preciso desenvolver uma proposta em defesa da vida e que a interdisciplinaridade se materialize na prática de uma equipe orientada pela integralidade, ainda que se reconheça que sempre haverá limites para sua concretização.

Urge uma reorganização política em que o Estado assuma o seu papel, constituindo equipes que possam retomar a credibilidade da proposta da ESF, de modo que cada profissional ocupe o seu lugar. Esta pesquisa expõe uma realidade em que é negado o direito

ao cuidado integral, equitativo e universal. Oferece também subsídios para que as equipes possam planejar e implementar ações baseadas no conhecimento sobre o contexto de vida em que as demandas são geradas, considerando a situação socioeconômica e sua influência na saúde das mulheres, no intuito de alcançar ações mais resolutivas. Os resultados encontrados no presente estudo indicam a necessidade de novas investigações que possibilitem uma maior compreensão desses e de outros fatores relacionados à baixa utilização dos serviços, como uma aproximação com a realidade da atenção, contemplando a visão dos profissionais na perspectiva de ampliar o vínculo das mulheres com a ESF e a resolutividade das ações.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.J.B.; MELO, C.F. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 323-330, 2010.
- ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ALMEIDA, M.S. **Assistência de enfermagem a mulheres no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero**. 2005. 168f. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de enfermagem- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
- ÁLVARO, Maria Angela Gemaque. Trabalho doméstico e desigualdade social. Domestic work and social inequality. Enfoques - **Revista dos alunos do PPGSA-UFRJ**, v.11(1), p. 109-132, mar. 2012. Disponível em <http://www.enfoques.ifcs.ufrj.br>
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu (SP), v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ARAKAWA, A.M. et al. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, 2012.
- ARAÚJO, M.A.L; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica.**; v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.
- ARAUJO, M.B.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc Saude Colet.**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2006.
- ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc Saude Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-27, 2006.
- AZAMBUJA, E.P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n.1, p. 71-9, 2007.
- BACKES, D.S. Viewing nursing care as a social enterprising practice [tese]. **In:** BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ALACOQUE, L. E.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 223-30, 2012.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 118 p.

BARBOSA, J.L.E.; SILVA, J.S. **Favela, alegria e dor na cidade**. Rio de Janeiro: SENAC, 2005. 232p.

BARBOSA, S.P.; AGUIAR, A.C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. **Rev APS**. v. 11, n. 4, p. 380-8, 2008.

BRASIL. **Lei Federal nº. 8.080/90**. 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Informação. **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil: 1979-1999**. Brasília: INCA, 2002(a).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002(b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(a).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998 – 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(c).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . Departamento de Atenção Básica. **Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil - 1998 a Abril de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009(a).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: INCA, 2009(b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Morbimortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://200.214.130.44/sim/default.asp>. Acesso em 09 nov. 2011(a).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família - ESF e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica - PAB variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 ago. 2011(b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.087, de 01 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 set. 2011(c).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer de mama. **Informativo Vigilância do Câncer**. v. 2, p. 1-12, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. Acesso em 07 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 300 p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008/defaulttab\\_pdf.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/defaulttab_pdf.shtm). Acesso em 11 mar. 2013.

BRITO, A.O. et al. Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. **Rev. Bras. Med. Fam e Com**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 109-18, 2008.

BRUSCHINI, M.C.A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo v. 37, n. 132, p. 537-72, 2007.

BORGES, I.A.L. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**. v. 1, n. 1, p. 05-08, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K.R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. 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. 35-44.



CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 605-18, 2007.

CAMPOS, C.M.S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2005. 100f. Tese [doutorado em enfermagem]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARVALHO, M. et al. Media, política e construção social do direito à saúde. In: MARTINS, M.L. & PINTO, Manuel (Orgs.). **Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação**. Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, 2007

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, M.; MATTOS, R.A. organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, p.113-26, 2001.

CERQUEIRA, M.B.; PUPO, L.R. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 68-84, 2009.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A.. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-94, 2005.

COELHO, E.A.C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero**, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). São, Paulo, 2001.

COELHO, E.A.C. et al. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-44, 2000.

COELHO, E.A.C; FONSECA, R.M.G.S. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 37-45, 2004.

COELHO, E.A.C. et al. **Integralidade no cuidado à saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica**, 2005. Relatório técnico CNPQ. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

COELHO, E.A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154-60, 2009.

COELHO, E.A.C. et al. **Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família – Salvador-BA**. 2011. Relatório técnico CNPQ. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

COELHO, E.A.C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**,

São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012.

COIMBRA, V.C.C. et al. Avaliação da estrutura – processo de acesso de usuários a uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. pesq: cuid. Fundam.** [online], v. 2, n. 3, p. 1095-107, 2010.

CORADINI, O.L. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a 'crise da medicina' no Rio Grande do Sul. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 265-85, 1997.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saude soc.**, v.17, n. 2, p. 120-31, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200012&script=sci_arttext). Acesso em 04 jun. 2012

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.

COSTA, F. Ministro enfrenta ato contra aborto. **Correio da Bahia**, Salvador, 17 abr. 2007. Disponível em: <[www.correiodabahia.com.br](http://www.correiodabahia.com.br)>. Acesso em 25 nov. 2010.

COSTA, R.M. et al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 24, p. 147-63, 2012.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006.

COSTA NETO, M.M. (Org.). **Programa de Saúde da Família: treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 16 p.

COSTA, R.A.; SHIMIZU, H.E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 654-62, 2005.

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-37, 2010.

DIEESE. **A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho da Região Metropolitana de Salvador**. Estudos e pesquisas. 2013. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analiseped/2013/2013pedmulherssa.pdf>. Acesso em 04 abr. 2013.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SENNA, D.M. Saúde da Mulher. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

FACCHINI, L.A et al. Avaliação de efetividade da atenção básica à saúde em municípios das

regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, p. s159-s172, 2008.

FACÓ, E.F. et al. O Cirurgião-Dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 18, n. 2, p. 70-7, 2005.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H; SARINHO, S.W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da estratégia saúde da família. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 520-7, 2010.

FERTONANI, H.P.; PIRES, E.P. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Enferm Foco**, v. 1, n. 2, p. 51-4, 2010.

FIORIN, José Luís. **Linguagem e ideologia**, São Paulo: Ática, 2003, v. 6, 87 p.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, 2012.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**, IMS-UERJ, Rio de Janeiro, 2005. p. 181-93.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; JÚNIOR, H.M.M; JOSELY, R., FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (orgs). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

GADAMER, H.G. **Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica**. Salamanca: Sígueme, 1996, p. 439-44.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010. 5 ed.

GIROTE, S.K.O.; NUNES, E.F.P.A.; RAMOS, M.L.R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, 2008.

GOES, E.F.; NASCIMENTO, E.R. Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO**, 9, 2010, Santa Catarina. Anais eletrônicos - Fazendo Gênero 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Santa Catarina, 2010. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279228\\_ARQUIVO\\_INTERSECC\\_AODORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECC_AODORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf). Acesso em 06 Jan. 2013

GONÇALVES, R.J et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GROSSMAN, M. On the concept of health capita and the demand for health. **Journal of Political Economy**, v. 80, n. 2, p. 223-55, 1972.

GUERIN, G.D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CENSO DEMOGRÁFICO 2010**. Brasília-DF: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=1>. Acesso: Março de 2013.

IUNES, R.F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, p. 99-122, 1995.

KIRCHHOF, A.L.C. **A questão conceitual da saúde e da doença: implicações para a enfermagem**. 2012. 146f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.

LIMA, F.L.T. **A Rotatividade dos profissionais na estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre a Microrregião de Itabira – MG**. 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, T.M et al. Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo-uterino. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 673-8, 2012.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R., BARROS, M.E.B; MATTOS, R (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, Rio de Janeiro, p. 37-52, 2007.

MACHADO, M.F.A.S et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Técnicas em pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARZARI, C.K et al. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2013.

MATTIONI, F.C.; BUDO, M.L.D.; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: saberes e práticas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-71, 2011.

- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MATTOS, J.G.B. **Direitos sexuais e reprodutivos: como incluir os homens?**. 2004, 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- MARTINS, A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.
- MELO, C. F. **Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa e Fortaleza a partir das crenças das usuárias dos PSFs, dos Centros de Referências e das Policlínicas**. 2007. Monografia (Graduação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- MENDES, M. Gênero e poder no âmbito da chefia feminina: uma proposta teórica de análise. VEREDAS FAVIP – **Revista Eletrônica de Ciências**, Caruaru, v. 1, n. 1, p. 41-55, 2008.
- MENDONÇA, V.G et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 248-255, 2008.
- MENDOZA-SASSI, R.A et al . Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-96, 2011.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. v. 7. São Paulo: Hucitec, 2000. 139 f.
- MONTENEGRO, J.V et al. Vitória: o destino tomado nas mãos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 26-31, 2000.
- MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3764/art\\_MORAES\\_Percepcoes\\_sobre\\_necessidades\\_de\\_saude\\_na\\_Atencao\\_2011.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3764/art_MORAES_Percepcoes_sobre_necessidades_de_saude_na_Atencao_2011.pdf?sequence=1). Acesso em 22 fev. 2013.
- MOREIRA, M.H.C.; ARAUJO, J.N.G. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino? **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-98, 2004.
- NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-7, 2005.
- NAKAMURA, E.E et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev Lat Am Enferm**, v. 17, n. 2, p. 253-8, 2009.
- NASCIMENTO, E.R.; PAIVA, M.S.; RODRIGUES, Q.P. Avaliação da cobertura e

indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v.7, n. 2, p.191-7, 2007.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-45, 2005.

NERY, Adriana Alves; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de Saúde na estratégia de saúde da família, no município de Jequié - Ba: em busca de uma tradução. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 2, n. 8, p. 314-315, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/72>>. Acesso em 04 nov. 2012.

NEUMANN, N.A et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Bras Epidem**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 307-18, 2003.

NISHIJIMA, M.; CYRILLO, D.C.; BIASOTO JUNIOR, G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Econ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 3, 2010.

NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E. P. Direito à saúde - convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-60, 2004.

NOVAES, H.M.D.; ALMEIDA, M.F.; ORTIZ, L.P. **Redução da mortalidade infantil**. 2. ed. São Paulo: Bireme, 2004.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Rev. Baiana saúde pública**, v. 34, n. 4, 853-64, 2010.

OLIVEIRA, M.M.H.N et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolau em São Luís, Maranhão. **Rev bras epidemiol**, v. 9, n. 3, p. 325-334, 2006.

OLIVEIRA, S.F.; ALBUQUERQUE, F.J.B. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 237-246, 2008.

OLINTO, G.; OLIVEIRA, Z.L.C. Gênero e trabalho precário no Brasil urbano: perspectivas de mudança. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004.

Disponível em

[http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_741.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_741.pdf). Acesso em 02 dez. 2012

OSIS, M.J.D et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, 2006.

OSORIO, R.G.; SERVO, L.M.S.; PIOLA, S.F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3741-54, 2011.

PACHECO, A.L.P.B. **Mulheres pobres e chefes de família**. 2005. 253 f. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.361-5.

PAULA, A. F.; MADEIRA, A. M. F. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 88-96, 2003.

PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B.; HIGARASHI, I.H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-24, 2004.

PENAFORTE et al. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. **Cogitare Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.124-30, 2010.

PEREIRA, C.M.O.; ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 3, 2004.

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. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS UERJ, p. 65-112, 2001.

\_\_\_\_\_. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**, Brasília, 2002. p. 15.

PINHEIRO, L et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: Ipea, 2008.  
PINHEIRO, R et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. CEPESC/UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, p. 11-31, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos**. IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 6 ed, 2006.

PINHO, L.B et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev Eletrônica Enferm.** , v. 09, n. 3, p. 835–46, 2007.



Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>. Acesso em 09 Jan 2012.

PORTA, M. **A dictionary of epidemiology**. 5 ed. New York: Oxford University Press, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização**, 6ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 163-98, 2004.

PRIMO, C.C.; BOM, M.; SILVA, P.C.S. Atuação do Enfermeiro no Atendimento a Mulher no Programa de Saúde da Família. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 76-82, 2008.

QUEIROZ, M.V.O et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto contexto-enferm**, v. 16, n. 3, p. 479-87, 2007.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

RIBEIRO, E.R.O et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-42, 2000.

RIBEIRO, K. Baixa escolaridade reduz cura de câncer. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <HTTP://plenus.net/mudules.php>. Acesso em 10 abr. 2012.

RIBEIRO, M.G.M; SANTOS, S.M.R.; TEIXEIRA, M.T.B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de colo de útero: uma abordagem focada na prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4. p. 483-91, 2011.

RIBEIRO, P.J. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 412-9, 2008.

SÁ, S.L.B. et al. Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. **Rev Bras prom saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 96-103, 2012.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde, 2010-2013**. Salvador: Assessoria Técnica da Saúde, 2010.

SANTOS, A.P.V. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**. 2010. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, J.C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-20, 2011.

SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, São Paulo, v. 12, n. 26, p. 589-601, 2008.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 409p.



SHIMIZU, H.E.; PAMELA, X.; SANCHEZ, MN. Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.3, p 295-306, 2012.

SCHRAIBER, L.B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1994.

SCHWARTZ, T.D et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154 2010.

SILVA, E.M et al. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 989-98, 2001.

SILVA JUNIOR, E.S et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, sup. 1, p. S49-S60, 2012.

SOUSA, J.J. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família**. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOUZA, E.C.F et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, H. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; D'ÁVILA, A.L. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.

STARFIELD, B. 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, 2004.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA(org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 89-109.

TOMASI, E et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 11, 2011.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-

435, 1998.

VILLELA, W.V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade, **BIS. Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, n. 48, p. 26-30, 2009.

URBAN, L.A.B.D et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 6, n. 334–39, 2012.

WEHBY, G.L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy Plan**, v. 24, n. 3, p. 175-88, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual on the prevention and control of common cancers**. Geneva: WHO regional publications, Western Pacific series, 1998. n.20, 318 p.



## APÊNDICE A- Informações ao Colaborador

Meu nome é **Andiara Rodrigues Barros**, sou aluna regular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa intitulada: **Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado**, tendo como orientadora a Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho. A referida pesquisa tem como objetivo geral conhecer a experiência de mulheres cadastradas na ESF para o atendimento de suas demandas por cuidado à saúde e, como objetivos específicos, conhecer a concepção de mulheres cadastradas na ESF sobre demandas por cuidado à saúde; descrever a experiência e as estratégias adotadas por mulheres na busca pelo cuidado à saúde e analisar a experiência relatada pelas mulheres na perspectiva teórica da integralidade do cuidado.

A coleta de informações será feita mediante a realização de entrevistas. Esta pesquisa poderá ser importante, pois pretende instigar reflexões sobre as práticas do cuidado da equipe de saúde, sobretudo de enfermeiras, às pessoas usuárias da Estratégia de Saúde da Família, propondo investigar as demandas em saúde e a experiência das mulheres na busca pelo cuidado. Com isso espera-se que tal investigação ofereça subsídios para explicar o distanciamento das mulheres da atenção na ESF verificado nas pesquisas, bem como desvendar estratégias adotadas para o cuidado à saúde, procurando, desta maneira contribuir para o entendimento de tais problemas e quiçá facilitar sua melhoria.

Sua participação é livre e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, de 10 de outubro de 1996, sem nenhum prejuízo. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome na descrição de resultados e o que for falado durante a entrevista será mantido em sigilo. Além disso, haverá a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações.

Considero que a pesquisa não confere risco para o(a) senhor(a), no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se o(a) senhor(a), durante a coleta de informações, sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com o(a) senhora sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade. Entretanto, caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos ainda, a autorização do(a) senhor(a) para usar o gravador. Os resultados da Pesquisa serão transformados em transcrições e o material (fitas, questionários, etc.) será guardado por cinco anos, e ao final, você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Depois de analisados as informações, os resultados serão utilizados para a produção de artigos técnicos e científicos e para apresentação em congressos científicos.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura, caso concorde em participar. Agradecemos a participação e colaboração do(a) senhor(a).

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada **“Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado”**, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e de que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposta(o) a riscos físicos ou morais e que caso sinta desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim. Assim como estou certo(a) de que não haverá nenhum prejuízo. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma. Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações colhidas na minha participação nesta pesquisa. Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, devo contactar Andiara Rodrigues Barros, pelos telefones: (71) 3035-5984 e 9995-0411. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome por extenso: \_\_\_\_\_ Impressão digital

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_ Impressão digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Andiara Rodrigues Barros  
Pesquisadora Responsável pelo Projeto

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Edmeia de Almeida C. Coelho  
Pesquisadora Assistente

**APÊNDICE C- Roteiro de entrevista semi-estruturada**

**Universidade Federal da Bahia**  
**Escola de Enfermagem**  
**GEM - Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher**  
**FONES: (71) 3263-7618 FAX: (071) 3263-7621**  
**E-mail: [gem@ufba.br](mailto:gem@ufba.br)**  
**(cadastrado no diretório de Grupos de Pesquisa CNPq)**

**Título do projeto: Demandas de saúde e a experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado**

**Pesquisadora Responsável:** Mestranda Andiará Rodrigues Barros

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida C. Coelho

Data:     /     /    

**Roteiro de questões norteadoras para entrevista:**

1. Saúde é algo precioso e ser cuidada quando temos necessidade é muito importante. As necessidades são diversas e tomamos a decisão de procurar um serviço quando um problema aparece e não podemos resolvê-lo sozinhas. A senhora é cadastrada nesta unidade, mas é livre para também frequentar outros serviços. O que a senhora considera que é importante levar ao serviço de saúde, à USF ou a outro, porque sente necessidade de ser cuidada?
2. A senhora pode nos falar sobre a sua experiência na busca por cuidado à saúde da mulher na Unidade de Saúde da Família e em outros locais?
3. Na sua experiência para o cuidado à saúde da mulher, que profissionais tem cuidado de você e como tem sido essa experiência?
4. O que leva a senhora a procurar outros serviços para cuidar de aspectos da saúde, considerando que a Unidade de Saúde da Família também oferece atenção?
5. Para quais necessidades de saúde da mulher a senhora procura a Unidade de Saúde da Família e quais leva para outros serviços? Por quê?
6. Como procura resolver seus problemas de saúde como mulher quando encontra dificuldades na rede de serviços que procura para ser cuidada?

**ANEXO A- Autorização do uso dos dados**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CONEP- PLATAFORMA BRASIL

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, **Ana Paula Vidal dos Santos** declaro ter autorizado a mestranda **Andiara Rodrigues Barros** a utilizar o banco de dados da pesquisa intitulada **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres** para desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado **Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado** de autoria da mestranda e da **Profª Drª orientadora Edméia de Almeida C. Coelho**.

Salvador-BA, 31/07/2012.

*Ana Paula Vidal dos Santos*

---

Ana Paula Vidal dos Santos (Mestra)

*Andiara Rodrigues Barros*

---

Andiara Rodrigues Barros (Mestranda)

*Edméia de A.C. Coelho*

---

Profª Drª Edméia de Almeida C. Coelho (Orientadora)

**ANEXO B- Autorização da Secretária de Municipal de Saúde de Salvador-Ba****Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal**

Salvador, 25 de julho de 2012.

**PARECER Nº. 050/2012**

**PROJETO/TÍTULO:** “DEMANDAS DE SAÚDE E A EXPERIÊNCIA DE MULHERES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BUSCA PELO CUIDADO”.

**OBJETIVO:** Conhecer a experiência de mulheres cadastradas na USF para o atendimento de suas demandas por cuidado à saúde.

**PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edméia de Almeida C. Coelho

**INSTITUIÇÃO PROPONENTE:** Universidade Federal da Bahia/Escola de Enfermagem.

**INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE:** Secretaria Municipal da Saúde.

**RECOMENDAÇÕES:**

Considerando tratar-se o referido projeto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e o preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/1996 recomendamos:

- Inscrever o referido projeto na Plataforma Brasil;
- Anexar parecer de aprovação deste projeto em Comitê de Ética em pesquisas;
- Definir melhor o item 2. dos Critérios de Inclusão dos Sujeitos;

**PARECER: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO**

Na oportunidade informamos que a pesquisa deverá ser executada em conformidade com as normas e rotinas da instituição co-participante, após cumprida as recomendações acima.

Salvador, 25 de julho de 2012.



**Almir Silva Ferreira**

Téc. Capacitação/CDRH/SMS.

**CÓPIA**

Almir Silva Ferreira  
Mátricula - 104420  
Técnico CADEP/CDRH/SMS



## ANEXO C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** DEMANDAS DE SAÚDE E A EXPERIÊNCIA DE MULHERES CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA BUSCA PELO CUIDADO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 05516812.6.0000.5531

**Pesquisador:** Andiará Rodrigues Barros

**Instituição:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 92.069

**Data da Relatoria:** 12/09/2012

#### Apresentação do Projeto:

A autora refere que "Pesquisas apontam reprodução de desigualdades na rede de saúde, o que colabora para o distanciamento das mulheres, com conseqüente não estabelecimento de vínculos. Algumas pesquisas realizadas em Salvador, pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM) vêm indicando que há desequilíbrio entre as demandas das mulheres por cuidado à saúde e as respostas que as práticas profissionais da rede pública oferecem à população, havendo portanto, necessidade de visibilizar-se a relação entre oferta e demanda e a utilização dos serviços pelas mulheres na atenção básica. A expressiva não utilização da ESF remete a questionamentos sobre o cumprimento do papel da ESF, que implantada em áreas cuja população apresenta vulnerabilidade social e econômica, tem a função social de garantir o acesso dos grupos populacionais das áreas adscritas à atenção básica facilitada pela proximidade geográfica entre a USF e a comunidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Conhecer a experiência e as estratégias adotadas por mulheres cadastradas na ESF para o atendimento de suas demandas por cuidado à saúde. Objetivos específicos: 1 Conhecer a concepção de mulheres cadastradas na ESF sobre demandas/necessidades por cuidado à saúde. 2 Descrever a experiência e as estratégias adotadas por mulheres na busca pelo cuidado à saúde. 3 Analisar a experiência relatada pelas mulheres na perspectiva teórica da integralidade do cuidado.  
Objetivo Secundário: Não refere.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não confere risco no que diz respeito à sua integridade física e moral, uma vez que o instrumento foi elaborado com questões prevendo condições de serem bem aceitas pelos sujeitos da pesquisa. No entanto, se alguma das participantes do estudo, durante a coleta de informações, sentir desconforto psicológico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e sua decisão será imediatamente acatada sem nenhum prejuízo para a mulher, dando-se o suporte necessário.

Caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis pela pesquisa, com assistência integral.

Benefícios:

Este projeto amplia os estudos na área da atenção à saúde da mulher e da integralidade do cuidado articulada à abordagem de gênero, ambas norteadoras da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Trará o retrato da população em estudo sobre a experiência de

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** S/N

**CEP:** 75.000-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



cuidados à saúde na rede de atenção e as estratégias adotadas para o atendimento de suas demandas, podendo ajudar a compreender, explicar a realidade e interferir positivamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A autora relata que "Constituirão sujeitos da pesquisa mulheres em idade reprodutiva (15 e 49 anos) cadastradas na USF referida, que relataram na pesquisa de Santos (2010), "Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família", não utilizar a ESF para o cuidado à saúde no âmbito do planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de colo uterino e pré-natal. As mulheres a participar do estudo serão identificadas por meio do instrumento de coleta de dados da pesquisa referida, de Ana Paula Vidal dos Santos (2010), cujos dados e instrumentos de coleta de dados encontram-se sob poder da pesquisadora, sendo previamente autorizado o uso. A referida pesquisa integra o grupo de estudos do projeto matriz Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do PSF- Salvador-BA, financiada pelo CNPQ de 2009 a 2010 e coordenada pela Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta autorização para uso do banco de dados da pesquisa de Ana Paula Vidal dos Santos (2010). TCLE segundo orientação do CEP EEUFBA, Cronograma e demais itens. A autora refere que vai utilizar o banco de dados da pesquisa anterior com autorização da autora daquela pesquisa.

**Recomendações:**

substituir a frase "não maledicência" por "não maleficência" na metodologia.  
Inserir local para assinatura do responsável legal em caso de menores e para impressão dactiloscópica para não escolarizadas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Projeto apresentado está em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado concorda com o Parecer de Aprovação emitido pela relatora.

SALVADOR, 06 de Setembro de 2012

Assinado por:  
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
Bairro: S/N  
UF: BA Município: SALVADOR

CEP: 75.000-000

Telefone: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br