

POTENCIALIDADES NO ATENDIMENTO INTEGRAL: A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA CONCEPÇÃO DE USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Michele Mandagará de Oliveira¹

Ione Carvalho Pinto²

Valéria Cristina Christello Coimbra³

O objetivo deste estudo foi analisar o atendimento integral nas práticas de prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da Estratégia Saúde da Família. Foi realizada pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa dos dados. Foram selecionadas quatorze usuárias que realizaram o exame Papanicolaou no mês de dezembro de 2002 em quatro Unidades de Saúde da Família, vinculadas a instituições de nível superior. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2003. Como resultado foi observado que as usuárias analisam e avaliam a práxis emitindo juízo de valor à assistência recebida, principalmente, no que se refere às tecnologias leves (relacionais). Conclui-se que práticas humanizadas com responsabilização profissional/equipe favorecem cuidado integral fortalecendo o vínculo das usuárias com os serviços de saúde e a promoção da saúde.

DESCRITORES: assistência integral à saúde; esfregaço vaginal; saúde da família

POTENTIALITIES IN INTEGRAL CARE: UTERINE CERVICAL CANCER PREVENTION ACCORDING TO THE USERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

This study aimed to analyze the integral care in the uterine cervical cancer prevention practices in the conception of users of the Family Health Strategy through an exploratory and descriptive research with a qualitative approach. A total of 14 users who performed the Pap smear in December 2002 in four Family Health Units affiliated to Higher Education institutions were selected for the study. Data were collected between April and June 2003. We found that the users analyze and assess the praxis by issuing a value judgment about the care they receive, mainly in terms of light (relational) technologies. Concluding, humanized practices provided by professional/team favor integral care, strengthening the bond between users and health services, as well as health promotion.

DESCRIPTORS: comprehensive health care; vaginal smears; family health

POTENCIALIDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL: PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE ACUERDO CON LAS USUARIAS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

El objetivo de este estudio fue analizar la atención integral dentro de las prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino bajo la concepción de las usuarias de la Estrategia Salud de la Familia. Investigación de tipo exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo. Fueron seleccionadas catorce usuarias quienes realizaron el examen de Papanicolaou durante el mes de diciembre de 2002, en cuatro Servicios de Salud de la Familia vinculados a Instituciones de Enseñanza Superior. La recolección de datos fue realizados entre abril y junio de 2003. Los resultados demuestran que las usuarias analizan y evalúan la atención recibida formando su opinión, en especial, con relación a las tecnologías leves (de relación). Se concluye que las prácticas humanizadas con responsabilidad profesional/equipo favorecen al cuidado integral, fortaleciendo el vínculo entre las usuarias con los servicios y la promoción de la salud.

DESCRIPTORES: atención integral de salud; frotis vaginal; salud de la familia

¹ Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil, Bolsista PICDT, Doutoranda, e-mail: mioliveira76@yahoo.com.br; ² Professor Doutor, e-mail: ionecarv@eerp.usp.br; ³ Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Brasil, Doutoranda, e-mail: valcris@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil

INTRODUÇÃO

As medidas preventivas especificamente dirigidas à prevenção do câncer do colo do útero (PCCU) foram fortalecidas no início da década de 80 com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, que priorizava a assistência integral à saúde da mulher⁽¹⁾.

Atualmente, a PCCU integra as ações de Atenção Básica dirigida a grupos específicos da população, inseridas no Manual para a Organização da Atenção Básica⁽²⁾, sendo preconizada como uma das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽³⁾.

Este estudo consiste na apresentação de parte dos resultados da dissertação de mestrado de uma das autoras sobre a PCCU. Neste estudo será apresentada a discussão referente ao cuidado integral nas diferentes tecnologias que permeiam essa prática.

A discussão parte do pressuposto que o atendimento integral percebe e cuida da saúde da mulher como um todo, sendo resolutivo na necessidade manifestada, considerando especificamente, a utilização das tecnologias leves - leve duras - duras nas práticas de PCCU. O atendimento integral pode ser promovido no exato momento em que a usuária procura o serviço de saúde com a finalidade de realizar o exame Papanicolaou, ou mesmo no próprio domicílio, durante a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O atendimento integral é a segunda diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde e sinaliza prioridade para as ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais⁽⁴⁾.

As tecnologias leves do trabalho em saúde são aquelas que operam criando um modo próprio de governar os processos, construindo seus objetos, recursos e intenções, agindo de uma certa maneira em ato, no espaço intercessor, momento de encontro do trabalhador com o usuário, para a produção de bens-relações⁽⁵⁾.

Esse encontro trabalhador/usuário acontece no espaço intercessor que revela questões sobre os processos de produção em saúde (processo saúde-doença e processo de trabalho). Em todo lugar que ocorre esse encontro opera-se a tecnologia das relações, ou seja, em todo lugar que ocorrer esse processo tecnológico se terá o trabalho vivo em ato, que visa o processo de escuta das necessidades, para uma troca de informações, para o reconhecimento

mútuo de direitos e deveres, para um processo de decisões que possibilita intervenções⁽⁶⁾.

Trabalhar em equipe multiprofissional na atenção à saúde da mulher é uma abordagem apropriada no atendimento integral, no entanto, um trabalho de equipe eficiente não é fácil de atingir, sendo o problema mais evidente o desafio da comunicação e da transferência das informações que são necessárias para a integralidade da atenção⁽⁷⁾.

As práticas de PCCU direcionadas à educação em saúde, ao estímulo ao autocuidado, à realização do exame Papanicolaou, à consulta médica e de enfermagem na área da saúde da mulher e ao retorno para a entrega do resultado são diferentes momentos da relação serviço/profissional/usuário. O uso das diferentes tecnologias em um trabalho vivo, sendo elas relacionais ou estruturadas, contribuem a uma prática integral⁽⁸⁾.

Ampliando a discussão percebe-se que ambas as tecnologias poderão se dar em momentos semelhantes, no entanto, o profissional que tem um processo de trabalho baseado numa perspectiva mais abrangente de saúde e olhar diferenciado da práxis, utilizará as diferentes tecnologias, prestando atendimento integral que centralize como meta a humanização do cuidado e a qualidade da assistência.

O acolhimento, por exemplo, uma vez normatizado fugirá da perspectiva relacional, caindo no endurecimento da imposição do conhecimento profissional/equipe, ou seja, na prática do trabalho morto.

O que se percebe, entretanto, é que muitos profissionais/equipes de saúde da família caminham para um fazer saúde integral, mesmo diante de obstáculos ainda remanescentes do modelo biomédico, centrado na queixa pontual e na doença.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é analisar o atendimento integral nas práticas de prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da ESF.

MÉTODO

Foi realizado estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa dos dados. A coleta de dados seguiu a lógica da entrevista semi-estruturada. Foram selecionadas usuárias que realizaram o exame Papanicolaou no mês de dezembro de 2002. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2003.

Foram entrevistadas quatorze mulheres usuárias que aceitaram participar do estudo, procedentes de quatro Unidades de Saúde da Família (USF) que foram selecionadas pelo vínculo com instituição de nível superior, ambas localizadas no município de Ribeirão Preto, SP. As usuárias foram identificadas a partir de suas autodenominações: Tranquilidade, Amor, Paixão, Comunicação, Calma, Medo, Alegria, Tristeza, Emoção, Sensibilidade, Sossego, Preciosa, Saudade e Felicidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar a prática de PCCU foi possível observar que a usuária que procura o serviço de saúde para realização do exame Papanicolaou será provavelmente orientada/atendida por uma equipe multidisciplinar desde sua chegada até a sua saída da USF. E na prática de PCCU provavelmente serão utilizadas todas as tecnologias leves/leve-duras/duras, no entanto, será no atendimento integral que se dará a qualificação do atendimento, tanto do ponto de vista do técnico, como no da própria usuária.

Nas falas selecionadas, podê-se observar que a própria usuária percebe e avalia a práxis, trazendo à tona a emissão de juízo de valor no momento em que referem que “foi bom”, e essa emissão de juízo de valor, sendo ela positiva ou negativa, é importante para a construção de práticas integrais nos serviços de saúde.

O usuário do sistema de saúde, por meio da participação comunitária no controle social, tem competência para avaliar e intervir, modificando o próprio sistema de saúde⁽⁹⁾.

As falas também indicam que as usuárias reconhecem as diferentes tecnologias que permeiam todo o processo das práticas de prevenção relacionadas ao encontro profissional/equipe-usuária, no que se refere à educação em saúde, à coleta do exame Papanicolaou, ao resultado e ao tratamento, se necessário.

Aqui não senti vergonha, fiquei à vontade, relaxada, não senti nem um pouco de dor, incomoda um pouquinho colocar o espêculo, mas a ponto de suportar (...) me senti à vontade, a gente sempre fica com medo do resultado, mas graças a Deus, só deu assim coisas que dá mesmo, com uma pomadinha melhorou (...). Tem local para trocar de roupa, colocar camisola (...) (Comunicação).

Na fala da Comunicação, percebe-se a satisfação da usuária relacionada ao ambiente físico,

no que se refere a alguns cuidados de organização da sala que propiciam à mulher uma sensação de respeito sobre o cuidado com seu corpo, o que para a usuária se transformou em tranquilidade e aceitabilidade do local, da presença profissional e da coleta do exame Papanicolaou.

Entre os requisitos necessários para a organização da sala de PCCU, é importante que exista um local para a troca de roupas, ressaltando a importância de aventais, ou lençóis, para cobrir as usuárias, além da prévia organização dos materiais utilizados na coleta⁽¹⁰⁾. Esses cuidados podem ser interpretados como tecnologias que interferem na qualidade da assistência no atendimento integral.

Os profissionais de saúde podem apresentar a sala, os materiais utilizados na realização do exame e explicar para a usuária, tanto na consulta individual, como durante os momentos de educação em saúde, a importância da realização do exame Papanicolaou⁽¹¹⁾.

Foi muito bom sempre marco consulta com a Dra, ela que colheu o exame. A Dra explica as coisas para mim, ela também faz exame da mama e fala pra fazer em casa sempre depois da menstruação, até ensina como é para fazer. Geralmente eles falam explicando como vão fazer o exame e quando vão colocar o espêculo, passar a escovinha e que já tá pondo na lâmina, eu lembro que ela falou que tinha uma infecçãozinha e passou um remédio (Felicidade).

Na fala de Felicidade percebe-se a satisfação da usuária com o atendimento no momento do exame Papanicolaou, trazendo os aspectos da utilização de tecnologias relacionais em sincronia com as tecnologias duras, quando a usuária cita a educação em saúde, o momento e as etapas do exame Papanicolaou, bem como a resolubilidade imediata sobre a detecção de um problema local e do seu tratamento.

A avaliação das usuárias, atribuindo juízo de valor, sobre o atendimento recebido, apresenta potencialidades relacionadas à assistência oferecida nas respectivas USF, reconhecendo a USF como um serviço de saúde que aparece no cenário da organização em saúde e que possibilita a representação institucional de serviços que propõem práticas profissionais diferenciadas e de qualidade.

Foi bom! (...) eu fui bem atendida, fiz o exame de prevenção, a médica conversou comigo, me explicou o porquê desse exame, que a gente tem que estar fazendo, passou assim confiança, conversa, te deixando assim à vontade, então foi uma coisa muito boa (Amor).

Foi um atendimento nem 10%, mas 100% porque eu fui assim toda envergonhada por ter ido sozinha no médico ficar cara a cara fazendo pergunta da sua vida, mas você vai se abrindo, igual vai confessando para o padre (...), no começo do exame eu fiquei com vergonha, mas ali ele estava na minha frente não só como um médico, mas como um amigo! Ele é uma pessoa muito legal e como médico é muito atencioso, (...) não é aquelas pessoas que a pessoa vai consultar e é mal consultada. Na USF eu fui bem atendida tanto pelas enfermeiras quanto pelo o médico (Alegria).

Eu fui bem atendida, nunca tive problemas lá (...). Lá tem menos gente, eles dão uma atenção melhor, os agentes e o doutor estão mais próximos do que no posto, eles guardam o nome da gente, tem menos barreira, é da família realmente (Tranquilidade).

A assistência aqui é bem melhor, você está com alguma coisa, elas falam, vou tentar te encaixar se não dá eles vão na tua casa, (...) (Paixão).

As usuárias falaram sobre o bom atendimento dos profissionais relacionando-o às características das tecnologias leves (do acolhimento, do vínculo, escuta, atenção e da proximidade afetiva), o que sugere que o conhecimento popular reconhece essas tecnologias como características "inerentes ao bom profissional".

Em estudo realizado anteriormente, foi observado que a proporção de realização do exame Papanicolaou é maior entre as mulheres que estão há mais tempo cadastradas em USF, o que sugere associação entre a realização do exame Papanicolaou ao maior vínculo com o serviço por parte das usuárias⁽¹²⁾.

O vínculo, o acolhimento, a escuta são percebidos, analisados e avaliados pelos usuários, por isso emitem juízo de valor, diferentemente da avaliação da prática profissional, no que se refere ao déficit de tecnologias relacionais.

A escassez da escuta e do acolhimento interfere negativamente nas relações de vínculo (usuário-profissional-serviço), podendo contribuir para a insatisfação da usuária com a assistência proposta. Como pode ser observado na fala abaixo.

Eles disseram que iam colher o exame, e eu disse ah, mais eu não estou preparada, (...), aí ele pegou e chamou um outro medico, aí o outro me disse você vai ter que fazer, não precisa ter vergonha toda mulher passa por isso (...) eu achei ruim por que para mim não resolveu nada não (Calma).

Ações isoladas de alguns profissionais de saúde tendem a prejudicar o todo, ou seja, considerando o todo, como o empenho da equipe na construção de um cuidado de qualidade, ao qual se propõe a ESF.

É preciso refletir sobre as práticas da ESF, sobre o compromisso e responsabilização do profissional/ usuário com a transformação do modelo assistencial biomédico, para um modelo tecno-assistencial usuário centrado que possibilite práticas integrais⁽⁷⁾.

A equipe de saúde precisa estar atenta às queixas, às dúvidas e à ansiedade das usuárias, ou seja, o profissional que cuida deve desenvolver a capacidade de interação e troca, é preciso saber escutar e falar, evitando termos técnicos ou científicos, de maneira que a usuária compreenda e também se sinta compreendida e cuidada, como forma de encorajá-la a tentar controlar o medo e a vergonha⁽¹¹⁾.

Uma prática humanizada, que desenvolve a capacidade de interação, agindo não só com preparo técnico, mas também com a intuição e sensibilidade certamente contribuiria para a qualidade da assistência prestada à mulher, durante a realização do exame Papanicolaou⁽¹¹⁾.

As tecnologias acabam se tornando complementares, no que se refere à integralidade do cuidado. E as usuárias percebem essa assistência integral e de qualidade, envolvendo-se com a equipe, com as atividades do serviço e com a promoção da saúde.

(...) é bom prevenir e aí principalmente, eu sei que tem regiões, depende da localização de onde mora, cada qual é atendida no seu próprio bairro, mas eu gosto daí, é muito bom (Felicidade).

Elas me atendem maravilhosamente bem! (...) A atenção, a educação, o respeito, a gente chega e elas já vêm com o maior carinho, vêm sorrindo (Paixão).

Ter educação, eles não são brutos, eles atendem com paciência e põe paciência nisso, eles escuta o que a gente fala (Medo).

A implantação da ESF é um grande desafio para os profissionais, para a população e para os gestores que precisam romper com práticas de poder instituídas nos serviços. É preciso a participação e empenho de todos os atores. Discussões em grupos de educação em saúde com as usuárias da ESF podem ajudar na construção do atendimento integral na PCCU.

Discussões em grupos de educação em saúde com as usuárias da ESF ajudam na construção do atendimento integral na PCCU, porque, tanto a formação de vínculo, como a co-responsabilização sobre a sua saúde, são fortalecidas pelo diálogo⁽¹³⁾.

Os profissionais/equipes de saúde, portanto, precisam assistir as usuárias dentro de visão voltada para a integralidade da assistência, incluindo a isso a educação em saúde⁽¹⁴⁾ para o desafio e

enfrentamento, ainda na atenção primária à saúde na detecção precoce do câncer do colo do útero.

CONCLUSÕES

A organização da assistência à saúde, de acordo com a proposta de reorientação do modelo assistencial e qualificação da atenção primária à saúde, objetiva facilitar o acesso às necessidades básicas, maior cobertura e qualidade da assistência. Por isso as práticas de PCCU podem ser qualificadas na ESF, desde que os profissionais/equipe promovam atendimento integral preconizado pelo SUS.

As práticas de PCCU na ESF precisam ser qualificadas por gestores, pelos profissionais/equipe e também pelas usuárias, pois é preciso assumir conduta de práticas integrais e de qualidade em todas as direções do cuidado.

As usuárias da ESF, entretanto, podem e devem se integrar a essa proposta de responsabilização e compromisso com o atendimento integral, sendo que reconhecem e avaliam a práxis enquanto usuárias do sistema de saúde.

As usuárias precisam ter participação ativa no seu contexto social, na busca e garantia do atendimento integral, uma vez que são cidadãs e co-participes do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zeferino L, Galvão L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil. In: Galvão L, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1999. p. 346-65.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual para a organização da atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): FASE/IBAM; 1995.
5. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p.71-112.
6. Coimbra VCC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
8. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ci Saúde Coletiva 2006 janeiro-março; 11(1): 53-61.
9. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ci Saúde Coletiva 2002 julho-setembro; 7(3):581-9.
10. Secretaria de Estado da Saúde (SP). Manual de procedimentos técnicos e administrativos: coleta do papanicolaou e ensino do auto-exame da mama. São Paulo (SP): Secretaria de Estado de Saúde; 2001.
11. Merighi MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. Rev. Escola de Enfermagem da USP 2002 setembro; 36(3): 289-96.
12. Ramos AS, Palha PF, Costa ML Jr, Sant'Anna SC, Lenza NFB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de papanicolaou. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):170-4
13. Oliveira MM. A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
14. Oliveira MM, Silva ENF, Pinto IC, Coimbra VCC. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. Rev Gaúcha de enfermagem Porto Alegre (RS) 2004 agosto; 25(2):176-83.