ALEXANDRA BITTENCOURT MADUREIRA

A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA

Rio Grande, dezembro de 2003

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA

ALEXANDRA BITTENCOURT MADUREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção ao título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dr.ª Valéria Lerch Lunardi

Rio Grande, dezembro de 2003

M183 Madureira, Alexandra Bittencourt
A saúde como direito: o exame preventivo de câncer de colo uterino sob o olhar da faltosa / Alexandra Bittencourt Madureira; Orientação de Valéria Lerch Lunardi - Rio Grande, 2003.
101 f 30 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

1. Saúde da Mulher. 2. Direito à Saúde. 3. Prevenção do Câncer do Colo Uterino. 4. Exame de Papanicolaou. I. Madureira, Alexandra Bittencourt. II. Título.

CDD 618
CDU 616-083

Ficha Catalográfica elaborada por Josiane Maria Comarella – Bibliotecária – CRB 9/1192

Rio Grande, 30 de dezembro de 2003

A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA

ALEXANDRA BITTENCOURT MADUREIRA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 30 de dezembro de 2003, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

_____

Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente (FURG) _____

Dra. Anna Maria Hecker Luz – Membro (UNISINOS/UFRGS) _____

Dr. Raúl Mendonza Sassi – Membro (FURG) _____

Dra. Ceres Arejano Braga - Membro Suplente (FURG) _____

À minha mãezinha

AGRADECIMENTOS

A Deus...
a luz que ilumina meu caminho e a força que alicerça minha vida

À minha mãe...
por ser vida, força e presença,

Aos meus irmãos...
Obrigada pelo incentivo e por serem presença constante em meu coração e pensamentos.

À Profª Drª Valéria Lerch Lunardi...
pelo incentivo, dedicação e disponibilidade. Valéria, obrigada por acreditar em nosso trabalho e ser presença definitiva neste construir.

À Graci e Je...
por serem mais que colegas, verdadeiras fontes de incentivo e força nesta caminhada.

Às colegas do Mestrado...
pelo caminhar lado a lado, pelo compartilhar, pelo nosso construir.

Aos Doutores Wilson, Valéria e Marta...
por juntos fazerem de um sonho realidade.

À Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande...
meu profundo agradecimento pela oportunidade.

À Dedê..
pela sua constante e essencial presença na minha caminhada na Enfermagem.

Aos Professores Anna Maria Hecker Luz, Ceres Braga Arejano, Raúl Mendoza Sassi e Mara Regina Santos da Silva...
pelas contribuições e comentários quando da qualificação do projeto de dissertação.

Às mulheres, sujeitos da minha pesquisa...
pela disponibilidade e confiança.

Às enfermeiras dos Postos de Saúde...
pela colaboração e participação fundamental na construção deste trabalho.

À CAPES...
pelo apoio financeiro, o qual favoreceu a realização deste trabalho

A todas as pessoas...
que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização

RESUMO

O exame citopatológico de Papanicolaou é o mais utilizado como estratégia para a detecção precoce de câncer de colo uterino. No entanto, um grande número de mulheres agenda sua realização nos Postos de Saúde, mas não comparece para a coleta do material. Assim, este estudo tem como objetivos**:** - conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino e não comparecem para a sua realização; - elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo do câncer de colo uterino agendado nas Unidades Básicas de Saúde. A pesquisa se deu em duas etapas: a primeira, consistiu na realização de 25 entrevistas semi-estruturadas, com mulheres que agendaram o exame em duas Unidades de Saúde e não compareceram para a coleta; a partir da identificação dos motivos apontados pelas mulheres, na segunda etapa foram realizados encontros com as enfermeiras dos postos de saúde que serviram de captação das mulheres faltosas, a fim de elaborar estratégias de enfrentamento. A partir da análise do conteúdo dos dados, cinco categorias foram construídas: - **a busca do agendamento pela mulher:** a mulher procura o serviço de saúde como um ser integral e não como um órgão em busca de diagnóstico; - **o compromisso da unidade de saúde frente à escolha da mulher:** favorece a adesão da usuária considerando suas necessidades e buscando atendê-las através da organização do serviço**; - o tempo entre o agendamento e o exame: uma questão de organização do trabalho e de compromisso com a usuária:** um período de tempo mais reduzido entre a data do agendamento e o exame reflete o compromisso com a usuária, facilitando a lembrança da data do exame e a previsão do seu ciclo menstrual; **- o cartão informativo ou a usuária como centro do fazer?:** a utilização do cartão informativo como apoio e não como o centro do agendamento e**; - a orientação da usuária como expressão do comprometimento da equipe,** com a preocupação com o processo de educação em saúde e busca de autonomia das usuárias. O trabalho demonstra a necessidade e a importância do contínuo processo de avaliação dos serviços em saúde, tendo em vista a sua organização, o alcance de suas finalidades e o compromisso com a comunidade.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher - Direito à Saúde - Prevenção do Câncer do Colo Uterino – Exame de Papanicolaou

RESUMEN

La salud como derecho: el examen preventivo del cáncer del cuello uterino sobre la visiona de la faltona.

El examen histopatológico de Papanicolau es el más utilizado como estrategia para la precoz detección del cáncer del cuello uterino. Sin embargo, un gran número de mujeres agenda la toma de muestra en los Puestos de Salud, pero no comparecen para su colecta. Así, este estudio tiene como objetivos: - conocer los motivos presentados por las mujeres para que marquem un Examen Preventivo de Cáncer del cuello uterino y no comparecem para su realización; - elaborar estrategias para la reducción de la no-comparecencia de las usuarias al examen preventivo del cáncer del cuello uterino, marcado en las Unidades Básicas de Salud. El estudio se dio en dos etapas: la primera, con la realización de 25 entrevistas semiestructuradas, con mujeres que marcaron este examen, en dos Unidades de Salud, pero no comparecieron para la colecta; y a partir de la identificación de los motivos apuntados por las mujeres, en la segunda, fueron realizados encuentros con las enfermeras de los puestos de salud que sirvieron de captación de las mujeres ausentes con la finalidad de elaborar estrategias de enfrentamiento. A partir del análisis del contenido de los datos, cinco categorías fueron construidas: **- la búsqueda del agendamiento por la mujer:** la mujer busca el servicio de salud como un ser integral y no como un órgano en busca de diagnóstico; **- el compromiso de la unidad de salud frente a la elección de la mujer:** favorece que la usuaria se adhiera considerando sus necesidades y buscando atenderlas a través de la organización del servicio. **– el tiempo entre el agendamiento y el examen: una cuestión de organización del trabajo y de compromiso con la usuaria:** un periodo de tiempo mas reducido entre la fecha del agendamiento y el examen refleja el compromiso con la usuaria, facilitando el recuerdo de la fecha del examen y la previsión de su ciclo menstrual; **- es la tarjeta informativa o la usuaria como centro de atención?** El usi de la tarjeta informativa como apoyo y no como el centro de agendamiento y; **- la orientación de la usuaria como expresión de compromisso del equipo**, con la preocupación con el proceso de educación en salud y busca de autonomía de las usuarias. El trabajo demuestra la necesidad e importancia del continuo proceso de evaluar los servicios en salud, teniendo en vista su organización, el alcance de sus finalidades y el compromisso con la comunidad.

Palabras llaves: Salud de la Mujer- Derecho a la Salud- Prevención del Cáncer dell Cuello Uterino- Examen de Papanicolau.

ABSTRACT

The health as a right: the uterine lap cancer preventive exam under the look of the truant

The Papanicolaou citopathological exam is the most used one as a strategy for the early detection of uterine lap cancer. However, a great number of women schedule the exam at the Health Centers but they do not show up for the sampling. Thus, this study aims at: - getting to know the reasons why women schedule the preventive uterine lap cancer exam and do not show up; - establish strategies for the reduction of the user's truancy at the Basic Health Units. The study was carried out in two stages: the first, by doing 25 semi-structured interviews with women who scheduled the exam at two Health Units but did not show up for the sampling; and, from the identification of the reasons given by the women, in the second stage, meetings with the nurses who worked at both Health Centers were held in order to establish strategies to minimize the truancy. From the analysis of the content of the data, five strategies were built up: **- the search for the scheduling by the woman:** the woman looks for the health services as a whole human being and not as an 'organ' searching for diagnosis; **- the commitment of the health unit before the woman's choice:** it favors the user's joining up considering her needs and trying to attend them through the service organization; **- the time between the scheduling and the exam: a matter of work organization and commitment to the user:** a shorter period of time between the scheduling and the exam reflects commitment to the user, making it easier for her to remind the exam date and the estimation of the menstrual cycle; **- is the informative card or the user the center of the practice?:** the use of the informative card as a support and not as the center of the schedule and; **- the user's orientation as the expression of the group's commitment**, with the concern with the health education process and the search for the users' autonomy. The work shows the need and importance of the continuous process of the health service evaluation, regarding its organization, the achievement of its goals and the commitment to the society.

Key words: Woman's health- health right- uterine lap cancer prevention-Papanicolaou exam

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 09
2 MARCO REFERENCIAL 16
2.1 Programas de assistência à saúde da mulher 16
2.1.1 O exame preventivo de câncer de colo de útero 18
2.2 Trabalho em saúde e sua organização 19
2.2.1 Organização dos serviços 23
2.3 A saúde como um direito 26
2.3.1 Educação, saúde e cidadania 28
3 METODOLOGIA 31
3.1 Primeira etapa 32
3.1.1 Campo e sujeito do estudo 32
3.1.2 Coleta de dados 35
3.1.3 Análise dos dados 36
3.2 Segunda etapa 37
3.2.1 Constituição do(s) grupo(s) 37
3.2.2 Os encontros 38
3.2.3 Análise dos dados 39
3.3 Aspectos éticos 40
4 A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA 41
4.1 A busca do agendamento pela mulher 42
4.2 O compromisso da Unidade de Saúde frente à escolha da mulher 49
4.3 O tempo entre o agendamento e o exame: uma questão de organização de trabalho e de compromisso com a usuária 59
4.4 O cartão informativo ou a usuária como centro do fazer? 65
4.5 A orientação da usuária como expressão do comprometimento da equipe 72
CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
REFERÊNCIAS 87
APÊNDICES .....
Apêndice A – Autorização 95
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido – USUÁRIA 96
Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido – PROFISSIONAL 97
Apêndice D – Apresentação POSTO A 98
Apêndice E – Apresentação POSTO B 100

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher, no Brasil, é objeto de preocupação do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado e Municipais. Isto se verifica com as Campanhas de Prevenção de Câncer de Colo Uterino, promovidas pelo Ministério da Saúde, pelo Viva Mulher, criado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e por outras ações em nível estadual, como a Política Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que ocupam-se com a promoção da saúde da mulher e com a prevenção de doenças. No início da década de 1970, existiam programas que visavam à saúde dos recém-nascidos e das mulheres apenas no período da gestação, como o Programa Materno Infantil (PMI). Este, preconizava a assistência à mulher na gestação, no parto e no puerpério e à criança e ao adolescente (SEPÚLVEDA, 2002).

Uma das questões de maior importância na área da Saúde da Mulher é a que se refere à prevenção do Câncer de Colo de Útero. O exame citopatológico de Papanicolaou ainda é a conduta mais utilizada como estratégia para a detecção precoce deste câncer. Muitas são as estratégias empregadas pelos órgãos de saúde para que os casos de Câncer Ginecológico diminuam no país. Dentre elas, as Campanhas Nacionais de prevenção de Câncer, a divulgação na mídia da importância da realização do exame e palestras em escolas, em indústrias e em locais onde a mulher está presente. Os exames preventivos de câncer no Rio Grande do Sul demonstram crescimento nos últimos anos, com 380 mil exames realizados em 1999, 460 mil em 2000 e, 550 mil em 2001 (SES/RS, 2002). Apesar desses esforços, no entanto, muitas são as mulheres no Brasil que não realizam o exame preventivo por não terem acesso, conhecimento e até mesmo por sentimentos que dificultam ou impedem a sua adesão, dentre outros fatores que poderiam ser apontados. Segundo o Ministério da Saúde, em 2002, na última Campanha de Prevenção do Câncer de Colo do Útero, mais de 3,7 milhões de mulheres fizeram o exame preventivo, superando a meta inicial. Entre as mulheres

da faixa etária (35 a 49 anos)[1], antes do final da campanha, cerca de 85% da meta já havia sido atingida (BRASIL, 2002).

É inquestionável a necessidade de cuidar da saúde. Para que isto ocorra, não basta que os órgãos competentes criem programas e campanhas de promoção à saúde, como ocorre com o Câncer de Colo de Útero, mas faz-se necessário que a comunidade responda a tais chamamentos para prevenção das doenças. Para isso, é preciso que a comunidade responda às ações desenvolvidas pelos órgãos de saúde, porém, é indispensável que a saúde seja vista como uma prioridade e, principalmente, seja reconhecida a necessidade de procurar recursos para prevenir/curar as doenças. Assim, não é suficiente que as unidades de saúde ofereçam ações como o exame preventivo de câncer ginecológico e orientações sobre doenças, se a mulher não buscar os recursos de saúde e não se comprometer com a prevenção da doença, promovendo sua própria saúde.

Durante a vida acadêmica e profissional desta pesquisadora, questões surgiram no que se refere às mulheres realizarem ou não o exame preventivo de câncer de colo de útero. Como professora da disciplina de Estágio Supervisionado de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica no Ambulatório de Pré-natal e Planejamento Familiar, na Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), constatou a preocupação e o temor das mulheres quanto ao exame, bem como o grande número de clientes que o agendavam mas não compareciam para a coleta do material. Neste período, muitas idéias surgiram sobre os possíveis motivos que levavam-nas a faltarem à consulta, como o medo do exame, a falta de tempo, não ter com quem deixar os filhos, falta de conhecimento da sua importância, dificuldades de chegar à unidade de saúde, vergonha de expor o corpo durante o exame, dentre outras.

Essas mesmas questões surgiram quando a pesquisadora trabalhou como Enfermeira[2] do Programa de Saúde da Família (PSF), quando eram agendadas, em média, 14 mulheres por dia para a coleta do preventivo e várias faltavam. No entanto, a característica de trabalho deste programa oportunizou o contato com

---

[1] Esta faixa etária é destacada pois apresenta o maior número de mulheres com risco para lesões precursoras de alto grau de malignidade. Segundo o Ministério da Saúde, nos anos de 2000 e 2001, apenas 33% das mulheres nesta faixa etária realizaram o exame (BRASIL, 2003a).

[2] Neste estudo, referimo-nos à enfermeira e não ao enfermeiro, devido a sua predominância no exercício da profissão. Especificamente, em relação à Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, 92,6% são do sexo feminino.

algumas dessas mulheres, o que possibilitou confirmar as possíveis justificativas que haviam sido anteriormente apontadas e, ainda, apontar novos motivos como período menstrual, experiências desagradáveis anteriores, não saber qual o profissional de saúde coletaria o exame, assim como não acreditar que pudesse ter algum problema ginecológico.

Assim, pôde-se perceber que as causas que levam uma mulher a não comparecer à realização do exame preventivo podem estar diretamente relacionadas à mulher ou ao serviço oferecido na unidade de saúde. Como já foi dito, medo, vergonha, período menstrual, desconhecimento do exame e falta de confiança no profissional que realiza a coleta podem ser algumas das possíveis justificativas das usuárias para o não comparecimento e que se relacionam com a própria mulher. No que se refere ao serviço, as causas podem estar ligadas às formas de agendamento do exame (apenas uma vez por mês), horários de agendamento e de realização do exame, forma de atendimento dado às mulheres no momento de agendar e realizar o exame, a não realização de exame marcado por falta de material ou por falta de profissional para realizá-lo, falta de orientações sobre o exame pela equipe no momento da agenda, dentre outros.

A partir destes questionamentos e constatações, realizou-se a busca por estudos que tivessem como preocupação a mulher frente ao Exame Papanicolaou. Dentre os encontrados, Petersen (1981) buscou o percentual de retorno ou omissão das clientes às reconsultas aprazadas para o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, bem como os motivos para o seu não comparecimento, averiguando que a principal razão apontada, pela faltosa, foi considerar desnecessário seu retorno para consulta.

Dentre os demais estudos identificados, Cheida (1993), Lopes (1996), Carvalho (1996) e Maluhy (2001) buscaram identificar o entendimento das usuárias sobre o exame preventivo. No estudo de Lopes (1996), foi constatado o exame como algo temeroso para as mulheres, que não o vêem como preventivo. Carvalho (1996), também identificou que um percentual considerável das suas entrevistadas não perceberam o teste Papanicolaou como medida de prevenção, sendo que o grau de escolaridade não pareceu ter influenciado a percepção em relação às medidas preventivas. Já Maluhy (2001) percebeu que mulheres profissionais de enfermagem negaram a possibilidade de estarem doentes ou de terem uma doença,

vivenciando o exame com medo e apreensão pela possibilidade do diagnóstico de câncer; ainda, que não estavam em dia com o exame, mostrando-se constrangidas em expor seu corpo e tê-lo examinado por um profissional do sexo masculino. Acredita-se que, quando as próprias profissionais têm dificuldades quanto à realização do exame, podem acabar por transmitir tais sentimentos e percepções para as usuárias, com comprometimento da aderência destas últimas ao exame. Deste modo, é preciso olhar para a profissional de enfermagem, não apenas como um recurso para a realização do exame, mas como alguém que pode influenciar diretamente na adesão ou não das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero.

Barrientos (1998) e Paula (2001) procuraram compreender o significado do exame colposcópico para as mulheres que a ele se submetem. Barrientos identificou tanto a conduta alienante da usuária reforçada pela mídia, pelo pessoal de saúde e pela própria mulher, como sentimentos de vergonha, culpa e medo do exame e de seu resultado. Paula (2001) verificou que a realização do exame para a mulher é uma forma de se livrar do fantasma da doença, apontando, assim como Tenório (1996) e Cheida (1993), a necessidade de rever as ações desenvolvidas pela equipe de saúde para que as mulheres realizem os exames preventivos periodicamente. No que se refere aos sujeitos das pesquisas, Maluhy (2001) e Tenório (1996) realizaram seus estudos com profissionais da saúde, os quais apontaram a necessidade de oferecer um atendimento que fosse humano, integral e que possibilitasse o diálogo entre a cliente e o profissional que realiza o exame.

Muitos dos achados confirmam as idéias sobre o comparecimento ou não das mulheres para a realização do Papanicolaou. No entanto, nenhuma dessas se refere aos motivos que levam as mulheres a agendarem o exame e a não comparecerem. Com base em suas vivências, esta pesquisadora conhece a importância de estudar os motivos que as levam até uma instituição de saúde e agendar o exame, mas não comparecer para sua efetivação. Quais são as repercussões práticas em um serviço de saúde em que esta mulher agenda, mas não comparece?

Dentre as justificativas para o interesse pela compreensão do não comparecimento, além da não realização do exame, estão os seguintes fatos: quando uma mulher agenda um exame e não comparece, naquele horário outra

poderia ter sido atendida e, ainda, a possível espera ociosa do profissional que reserva seu tempo e disponibilidade para a cliente que não comparece, impedindo-lhe de estar desenvolvendo outra atividade nesse ínterim. Desta forma, o não comparecimento de uma mulher para o exame agendado não só prejudica a ela própria, por não estar se prevenindo como, também, pode comprometer outras mulheres e a própria equipe de saúde. Isto demonstra que, no momento em que esta mulher falta ao exame, a Unidade de Saúde é afetada, também, financeiramente, pois o material pode ter sido disponibilizado para aquele exame e, dependendo do tipo (não descartáveis), deverá ser reprocessado para posterior utilização. O trabalho desta unidade também é afetado pois, possivelmente, foi organizado para atender um número de pacientes naquele período e, não comparecendo estas mulheres, o serviço necessita ser reorganizado, já que o atendimento havia sido dimensionado a partir do número de agendamentos para o exame e de uma possível demanda existente.

Porém, mais importante do que estes argumentos, tendo em vista a produção de saúde desta mulher, é a necessidade de buscar respostas para compreender o que a leva a agendar um exame preventivo de câncer de colo de útero e a não comparecer a este exame e, a partir de seus achados, buscar construir estratégias para o enfrentamento deste problema.

Como justificativa desse estudo, ainda, fez-se um levantamento nas unidades de saúde do município de informações que pudessem mostrar a necessidade de direcionar o olhar para esta questão. No município do Rio Grande-RS existem 27 postos de saúde sendo que, destes, apenas 17 realizam a coleta do exame preventivo de câncer cérvico-uterino. Junto a sua Secretaria Municipal de Saúde, existe uma Coordenação Municipal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher que, dentre suas responsabilidades e ações estratégicas mínimas, tem o serviço de pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero e de Planejamento Familiar[3].

No mês de janeiro de 2003, foram visitadas duas Unidades de Saúde e, em ambas, as enfermeiras referiram-se ao alto número de faltosas (entre 40 e 48%)

---

[3] Estas informações foram fornecidas pela Enfermeira coordenadora da Coordenação Municipal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher através de conversa informal e da consulta ao relatório das atividades realizadas pela Coordenação no ano de 2002 (SMS/RG, 2001).

ao exame preventivo de câncer uterino. Nos dois postos, os exames eram agendados, em média, com um mês de antecedência, sendo colhidos apenas em um dia da semana. No momento do agendamento, a mulher recebia informações sobre cuidados que deveria observar na véspera do exame, que se referiam à higiene e à abstinência de relações sexuais, mas nenhuma informação sobre o exame propriamente costumava ser fornecida. Segundo as enfermeiras, as orientações sobre o exame restringem-se ao dia da realização, ficando sob responsabilidade da própria enfermeira que colhe o material. Nos dois locais visitados não existia, aparentemente, nenhuma ação planejada e proposta para buscar as mulheres que agendavam o exame, mas não compareciam. No entanto, as enfermeiras destas duas unidades referiram sua intenção de modificar a maneira de agendamento, com o intuito de diminuir o número de faltosas. Assim, em um dos postos, pretendiam disponibilizar mais três fichas para as mulheres que comparecessem durante a semana, podendo ser fornecida uma ficha, até mesmo, no dia do exame. Já no outro o agendamento, a partir do mês de março , passou a ser realizado às sextas-feiras para coleta na terça-feira da semana seguinte. Quando questionadas sobre o que significava para o serviço estas mulheres faltosas, as duas enfermeiras referiram que a organização do serviço era afetada, pois se programavam para atender um número de clientes e estas não compareciam, fazendo com que outras atividades não fossem marcadas naquele horário.

Com base nesta situação retratada, foram estabelecidos dois objetivos para este estudo:

- conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um exame preventivo de câncer de colo de útero e não comparecerem para sua realização; e

- elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo do câncer de colo uterino, agendado nas Unidades Básicas de Saúde.

Sendo assim, para alcançar estes objetivos é necessário, primeiramente, conhecer alguns elementos referentes ao cuidado prestado à mulher que busca a prevenção do câncer uterino, bem como rever algumas relações existentes em todo este cenário da assistência prestada à mulher.

2. MARCO REFERENCIAL

Este capítulo compõe-se de três partes. Inicialmente, faz-se a revisão sobre os Programas de Assistência à Saúde da Mulher e o Exame Preventivo de Câncer de Colo de Útero. A seguir, enfoca-se o trabalho em saúde e sua organização e a organização dos serviços de saúde, finalizando-se com a abordagem da saúde como um direito, relacionando cidadania, educação e saúde.

2.1 PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Juntamente com a reforma sanitária, na década de 1920, surgiu no Brasil a institucionalização da proteção de saúde materno-infantil. Somente nos anos de 1970, programas de saúde materno-infantil foram amplamente utilizados nos serviços de Saúde Pública (SEPÚLVEDA, 2002). Como já referido, o Programa Materno –Infantil (PMI), criado em 1975, visava a assistência à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e às crianças de 0 a 14 anos. Este programa enfocava a saúde da mulher restrita às ações ao seu período gravídico-puerperal.

A partir da década de 1980, o interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país, não apenas nos espaços acadêmicos mas, também, na maioria dos movimentos sociais organizados, mostrando-se necessária uma assistência de saúde diferente da que vinha sendo oferecida até então. Sendo assim surgiu, a partir de negociações com movimentos de mulheres e em pleno período de transição democrática, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, por ter amplo respaldo no movimento de mulheres e por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior, passou a ser prioridade do Ministério da Saúde. O PAISM visava ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, a prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério (SEPÚLVEDA, 2002; PETERLE, 1998; AGUIAR1996/1997; AMORIM et al., 1996; OSIS, 1994).

O Programa apresentou-se como uma nova e diferente abordagem da saúde da mulher, baseado na concepção de que a

> "integralidade da assistência estará contida em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos" (BRASIL, 1984, p. 16).

Foi por este programa que, pela primeira vez, o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, um programa que incluiu o planejamento familiar dentre suas ações (OSIS, 1994). Um ponto de fundamental importância deste programa é o que se refere à capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, bem como exigir uma nova postura de trabalho das equipes em face do conceito de integralidade do atendimento:

> "A atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção" (OSIS, 1998, p. 27).

É possível afirmar o PAISM, então, como marco fundamental no que diz respeito à saúde da mulher e, conseqüentemente, à prevenção do câncer cérvico-uterino. Assim como antes da implantação deste programa a mulher não queria ser vista pelo profissional médico simplesmente como útero gravídico (OSIS, 1994), da mesma forma, quando busca o exame preventivo, pode não querer ser vista como um útero em busca de diagnóstico mas, sim, como uma mulher com diferentes sentimentos e vivências sobre a realização deste exame.

Além dos programas de saúde, como antes mencionado, o Estado brasileiro vem realizando Campanhas Nacionais de Prevenção do Câncer de Colo do Útero que visam à mobilização de combate ao câncer. Com base nos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo do útero ocupa o terceiro lugar em incidência e o quarto em mortalidade, tendo sido a causa de morte de 3.879 mulheres no Brasil em 1999 (BRASIL, 2002) demonstrando, desta forma, a necessidade de outras ações mais eficazes nesta área.

2.1.1 O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O Exame colpocitológico oncótico, criado na década de 1940 por Papanicolaou & Traut, foi um grande avanço no controle do carcinoma cérvico uterino. Gradativamente, o método foi adquirindo mais adeptos, sendo assimilado em serviços de ginecologia, representando uma importante forma de rastreamento deste tipo de neoplasia (MOTTA et al., 2001).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) vem fazendo campanhas educativas para incentivar a realização do exame preventivo tanto pela população em geral como pelos profissionais de saúde. É de extrema importância que os serviços de saúde orientem sobre o que é este exame e a sua fundamental importância, pois este procedimento periodicamente realizado permite reduzir em 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (INCA, 2002c).

O Ministério da Saúde, em 1988, realizou uma reunião com estudiosos nacionais e internacionais, para definir a periodicidade do exame preventivo do câncer do colo do útero. Ficou estabelecido que, no Brasil, deveria ser feito o exame em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou com atividade sexual mesmo antes desta faixa de idade, uma vez por ano. (INCA, 2002a).

A grande aceitabilidade deste exame, tanto pela população como pelos profissionais de saúde, aliada à facilidade de sua execução, tem permitido a redução significativa da mortalidade por câncer do colo do útero nos países onde sua implementação foi ampla, principalmente nos centros mais desenvolvidos (INCA, 2002b).

> “A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer de colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer” (INCA, 2002a p. 13).

Porém, de nada vale um exame bastante eficaz se os profissionais e a população-alvo não têm conhecimentos sobre sua realização, bem como quando não existem ações eficazes e eficientes para garantir sua implementação.

2.2 TRABALHO EM SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO

"O trabalho, como atividade humana é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja conseqüência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente" (LEOPARDI, 1999, p. 9).

Segundo Pires (1999, p. 32),

> o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde; e o produto final é a própria prestação da assistência da saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

Pires (1999), ao dissertar sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde, aponta as diferenças entre o processo de trabalho em geral e o processo de trabalho em saúde. Este se completa no ato da sua realização e o seu produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade.

O trabalho em saúde organiza-se e desenvolve-se nas sociedades capitalistas com a finalidade de controlar epidemias provocadas pelas mudanças das relações de homens e mulheres com a natureza; de recuperar os corpos, de homens e mulheres, do desgaste provocado pela doença e pelo trabalho; e como forma de ampliar os direitos políticos e sociais das classes subalternas. O processo de trabalho é uma prática social, ou seja, uma maneira humana de satisfazer necessidades (FERREIRA, 1997).

Sendo assim, a enfermeira ao desenvolver suas atividades visando uma assistência integral e de qualidade, segue uma organização de trabalho que, na maioria das vezes, não foi proposta por ela. Este é o caso dos Programas do Governo Federal que tiveram sua ampla utilização na década de 1970 (FERREIRA, 1997).

Para Campos (1991, p.59),

> "programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos; mas que, na verdade, são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais, políticas ou econômicas."

De acordo com Mendes-Gonçalves (1994), os programas são uma forma de organizar a operação do trabalho, uma certa tecnologia, que é baseada em saberes de cunho prático-operativo, saberes tecnológicos. Nestas duas citações, evidencia-se a crítica aos programas e às ações programáticas por Campos (1991), demonstrando o caráter estreito e limitante das ações, enquanto Mendes-Gonçalves (1994) acredita que as ações podem ser programadas a partir das práticas e do conhecimento.

Cada um destes autores percebe os "programas" por olhares diferentes. Campos os entende como propostas criadas de maneira superficial, a partir de pressões externas, na tentativa de enfrentar problemas sanitários de uma forma insatisfatória. Por outro lado, Mendes-Gonçalves os vê de modo mais positivo, criados com bases em práticas e conhecimentos e como forma de organização do trabalho. Certamente, ambos, de acordo com suas perspectivas, têm razão em suas idéias. Não se pode deixar de mencionar, entretanto, o fato de que independente de ser esta a forma mais eficiente, eficaz e até mesmo politicamente correta, os programas são um modo, talvez ainda insuficiente, de oferecer serviços de saúde à população. Porém, mesmo que estes, muitas vezes, sejam criticados por atingirem predominantemente resultados quantitativos, ainda constituem uma das maneiras que o Estado possui de cumprir, em parte, o direito à saúde do cidadão.

Na área da saúde da mulher, como já foi referido, dois programas delinearam os contornos da assistência à mulher: O programa Materno Infantil – PMI (1975) e o programa de Assistência à Saúde da Mulher – PAISM (1984).

Nos manuais do Ministério da Saúde referentes ao PAISM, estão definidos, de modo simples e direto, o conteúdo das ações que devem ser desenvolvidas por este programa, de maneira que os procedimentos sejam normatizados e, as condutas, padronizadas. Todas estas ações possuem um conjunto de condições mínimas que incluem a captação da clientela, os recursos físicos, humanos e materiais, bem como a forma de atendimento e a avaliação da

assistência prestada, dando prioridade ao componente educativo (FERREIRA, 1997).

Porém, se existe toda uma programação, uma organização e uma padronização da assistência prestada não só à mulher, através do PAISM, mas a toda a população em geral, poder-se-ia perguntar por que, muitas vezes, não existe retorno satisfatório destas ações? Como, por exemplo, vem sendo problematizado e questionado o não comparecimento das mulheres às consultas agendadas para a coleta do exame preventivo de câncer de colo de útero e até mesmo o seu não retorno para receber o resultado? Que estratégias vêm sendo adotadas para mudar esta realidade? O que é necessário oferecer nos serviços de saúde para que a mulher compareça às consultas e às reconsultas?

Segundo Mezomo (1995, p. 118), “resultados não desejados têm, evidentemente, uma causa que deve ser pesquisada (e eliminada, quando e na medida possível)”. Desta forma, é necessário rever a organização do trabalho oferecido a esta mulher que busca o atendimento pois, segundo este mesmo autor, é necessário que os serviços sejam continuamente medidos e avaliados, tanto do ponto de vista dos clientes, como do pessoal interno.

Para Donabedian[4] (1984) citado por Mezomo (1995), a qualidade de um serviço deve ser vista em três dimensões: a técnica, que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do paciente; a interpessoal, que se refere à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente (cliente); e a ambiental, que se refere às comodidades oferecidas ao paciente em termos de conforto e bem-estar. Sendo assim, quando um serviço oferecido em uma unidade de saúde não está atingindo seus objetivos, é imprescindível que seja revisto para que se possa identificar em quais destas dimensões a sua finalidade está sendo afetada. Logicamente, pode haver outros motivos que não estejam diretamente ligados ao serviço, mas que, se forem identificados, podem ser trabalhados de maneira que a assistência prestada atinja seus objetivos.

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde deve considerar três aspectos: a **estrutura** construída pelos recursos materiais, recursos humanos, e as

---

[4] DONABEDIAN, A. *A qualidade da atuação médica: definições e métodos de avaliação*. México: La Prensa Mexica, 1984.

características organizacionais; o **processo**, que compreende as atividades relacionadas aos cuidados de serviços de saúde e todas as contribuições aos cuidados vindos da família; os **resultados**, no que se refere às mudanças e à satisfação com os cuidados e com seus resultados por parte dos pacientes e de seus familiares (DONABEDIAN, 1984 apud MEZOMO; MEZOMO, 1995).

Para Cohen e Franco[5] (1998), "a avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos" (FURTADO, 2001, p. 168). Além da eficácia e da eficiência, os programas necessitam ser avaliados quanto a sua efetividade que, segundo Mezomo (1995), é a relação existente entre a melhoria possível e a efetivamente obtida. A avaliação da efetividade dos programas é essencial para que se possa identificar o grau do que foi previsto e o que realmente foi obtido.

Sendo assim, para um serviço ter qualidade e atingir as aspirações desejadas, precisa estar em permanente avaliação, o que compreende todas as etapas do processo. Como diz Mezomo (1995, p. 8), "é preciso mudar não só as rotinas e os procedimentos, mas sobretudo a mentalidade e a ação dos que elegeram a profissão de 'gerentes da saúde' e da vida".

Evidencia-se que é necessária uma organização do trabalho em saúde e que esta esteja em permanente avaliação, para que os serviços oferecidos atinjam seus objetivos e que a população receba serviços adequados e de qualidade.

2.2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O Sistema Único de Saúde (SUS), com seus Princípios da Organização da Rede de Serviços, demonstra como devem ser planejados os serviços em cada unidade de saúde: territorialidade, cobertura, estratégia única, resolutividade por níveis de complexidade dos serviços. A observação de cada um desses princípios, na decisão dos serviços que devem ser oferecidos em uma unidade de saúde,

[5] Cohen, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

requer uma delimitação de territórios para as ações, assegurando que toda a população a ser atingida tenha acesso ao atendimento, que todos os serviços de saúde tenham uma estratégia comum em cada um dos níveis de atenção e que cada nível de complexidade da atenção seja eficaz no cumprimento das metas propostas (BECH, 2002).

Assim como é necessário seguir tais princípios para organizar os serviços, estes também precisam responder a alguns requisitos para que seus objetivos sejam alcançados, como produzir mudanças no quadro ambiental, epidemiológico e nas condições de vida e saúde das pessoas e não, apenas, produzir consultas médicas ou ações preventivas. Os serviços necessitam ser acessíveis a todos os moradores da área geográfica definida, satisfazer às necessidades e demandas sociais detectadas, ter qualidade aceitável, ter suas ações desenvolvidas no momento oportuno para cada situação, no local mais adequado, ser eficazes, eficientes, possuir um sentido humanitário, respeito e consideração com a população e exercer as atividades mediante um trabalho interdisciplinar e multiprofissional (BECH, 2002).

Além dos princípios e dos requisitos para organizar os serviços de saúde, é imprescindível que as necessidades da região em que estão situados sejam supridas não somente de maneira individual mas, também, de modo coletivo, pois como Nemes (2000, p. 49) afirma,

> “todos os processos de trabalho têm, como finalidade, a realização de necessidades humanas. Lembremos, porém, (...) as necessidades que geram os processos de trabalho não apenas de um sujeito, mas de sujeitos em relação com os outros sujeitos, porque, é claro, os homens somente vivem e trabalham em sociedade”.

Pode-se dizer que a organização de serviços deve ter como principal objetivo atender às necessidades da região em que o serviço é oferecido, sendo, para isto, necessário seguir alguns critérios. Esta organização não pode ser feita de maneira aleatória e displicente, sendo de fundamental importância o conhecimento da região para que os serviços oferecidos sejam programados de maneira satisfatória, bem como é preciso que constantemente sejam avaliados e repensados, para que possam ser adequados àquele território.

Para Nemes (2000, p. 48), “as ações programáticas constituem forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde”. A ação programática em saúde é entendida como “proposição de organizar o trabalho em

saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica" (p.48). Esta base tem como ponto de partida a estruturação dos programas de saúde. Desta maneira, uma ação programática é entendida como

> "um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumentos de intervenção diversas atividades, que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo" (SALA, 1993, p. 118).

Vê-se a necessidade que existe de programar as ações desenvolvidas nas unidades de saúde; desta forma, quando o planejado não está ocorrendo da maneira prevista, é necessário que se retorne ao seu processo para poder identificar os pontos que se encontram em desordem. Assim, quando se implanta um Programa de Saúde, é preciso verificar se o proposto vai ao encontro da população atendida, bem como constatar se a maneira que vem sendo executado favorece os princípios da organização da rede de serviço e seus requisitos.

Concomitante à análise do alcance das expectativas que desencadeiam os Programas, faz-se necessário verificar se a comunidade também responde ao esperado. Em muitos casos, a organização dos serviços se depara com problemas que dizem respeito ao entendimento dos indivíduos sobre seus direitos e deveres em relação à assistência a eles prestados; muitos indivíduos não conhecem seus direitos, como o de ter atendimento de saúde integral, de qualidade, igualitário, entre outros. A comunidade precisa compreender que, assim como ela, toda a população possui estes direitos. Quando Telles (1994) cita a expressão de Lefort[6] "consciência do direito a ter direitos", afirma que a descoberta das leis e dos direitos, em nossa sociedade, convive com uma incivilidade cotidiana feita de violência, preconceitos e discriminações, existindo uma confusão entre direitos e privilégios, conquistas de direitos legítimos e corporativismo e práticas de clientelismo e favoritismo ao invés de prevalecer critérios públicos igualitários. Sendo assim, quando um indivíduo procura um serviço de saúde, precisa entender que, além dele, outros também necessitam deste serviço. É preciso que as pessoas visualizem "as coisas públicas" como algo de todos e não como algo "sem dono", a que todos têm direitos mas ninguém tem responsabilidade de preservar e defender. Como diz Telles (1994),

[6] LEFORT, C. *Pensando o Político*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

para que os direitos básicos de toda a população sejam garantidos, é necessário que o país construa uma noção de bem público e de responsabilidade pública.

A organização dos serviços de saúde implica muito mais do que o simples fato de organizar materiais de consumo, prever técnicas, agendar consultas/atendimentos e disponibilizar profissionais. Sugere um olhar profundo sobre todos os que são afetados por sua ação, ou seja, os que organizam, os que executam e os que sofrem a ação propriamente dita possibilitando, desta forma, serviços mais adequados e mais próximos da realidade das populações a quem o serviço é direcionado.

Por isso, acredita-se que seja necessário rever constantemente a organização dos serviços, como no caso do serviço de prevenção de câncer de colo uterino, descrito anteriormente. Neste, vemos que a organização pode ser revista como, por exemplo, a forma de agendamento para o exame Papanicolaou, que é feita praticamente um mês antes da consulta podendo, entretanto, passar a ser realizada semanalmente ou, até mesmo, diariamente. Este é um dos pontos que poderiam ser repensados, assim como a possibilidade em oferecer horários mais flexíveis, frente aos quais as mulheres tivessem maior facilidade para a realização do exame.

Evidentemente, como já foi dito, as mudanças e as reorganizações dos serviços necessitam ser discutidas por todos os que fazem parte do processo, ou seja, os que organizam, os que executam e os que sofrem a ação.

2.3 A SAÚDE COMO UM DIREITO

> “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviço para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Partindo da idéia expressa pela Constituição Brasileira, a saúde deve ser uma preocupação do Estado. Porém, de nada adianta disponibilizar ao ser humano serviços de saúde, se este não buscar atendimento.

Autores como Canguilhem (1982), Castiel (1994) e Samaja (2000), quando se referem ao processo saúde/doença, dizem que a saúde/doença é relativa para cada indivíduo. O normal não é igual para todos os indivíduos da mesma espécie, é flexível, transforma-se de acordo com as condições individuais, tornando o limite entre o normal e o patológico impreciso. O normal em uma situação pode tornar-se patológico em outra. O indivíduo é quem avalia as transformações, pois é ele que sofre as conseqüências (CANGUILHEM, 1982).

Assim, pode-se dizer que cada mulher terá uma particular compreensão de sua saúde, bem como de seu adoecer, necessitando de uma abordagem qualitativa de seu estado e não apenas um olhar sobre sinais e sintomas clínicos. Isto confirma o que diz Castiel (1994, p. 197) ao afirmar que "além do propósito de definir se o indivíduo 'tem uma doença', uma vez diagnosticada, também seriam avaliados seus respectivos 'sentir-se doente' e 'ser considerado doente'".

Desta maneira, pode-se considerar que uma mulher quando procura um serviço de saúde para realizar um exame preventivo, pode ou não apresentar sintomas e, além disso, pode não entender o ato do exame como uma maneira de se manter saudável (pois o diagnóstico precoce do câncer tem praticamente 100% de cura) mas, sim, como uma maneira de 'procurar doença'. Sendo assim,

> "a consciência e o cuidado da saúde dependem da produção, em cada sujeito particular, de um modelo descritivo dos contextos em termos de ordenado/desordenado, que pode se encontrar realmente alheio à ordem constitutiva do processo patológico real" (SAMAJA, 2000, p. 42).

Todo indivíduo, para exercer ações que visem o cuidado de sua saúde, necessita desenvolver uma consciência individual do que seja cuidado com a saúde, e essa consciência será o reflexo direto de como ele produz e reproduz sua saúde/doença.

Retornando à Constituição Brasileira, encontra-se a expressão "Saúde é direito de todos e dever do Estado", o que demonstra que o Estado deve oferecer e investir no serviço público para toda a população. Muitas são as discussões sobre a saúde pública. Segundo Garrafa, Oselka e Diniz (1997), em nosso país, há uma

escassez de investimentos em saúde, sendo este muito abaixo do estipulado como necessário pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Moura (1989) resgata a Declaração de Alma-Ata que preconizava a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos, sendo necessárias medidas sanitárias e sociais adequadas. Moura (1989, p.57) refere, ainda, que a saúde deve ser conquistada e que

> "o processo de conquista requer, porém, uma ampla mobilização de pessoas que estejam conscientes de que sua reivindicação não é absolutamente descabida, mas corresponde a uma indiscutível necessidade para a sobrevivência de qualquer ser humano e, por conseguinte, coincide com um direito seu".

As pessoas, e em particular a mulher, necessitam manter sua saúde, mas sem esquecer que o Estado deve proporcionar condições para tanto. No caso de isto não acontecer, precisam lutar pelo seu direito,

> "... caso o poder público ainda não tiver optado por uma política que se mostre eficaz na promoção social do cidadão, cabe a esse verificar se já não é o tempo oportuno para unir-se a seus semelhantes a agir politicamente para atingir seu objetivo prioritário" (MOURA, 1989, p. 73).

Da mesma forma que as pessoas em geral necessitam lutar para que o Estado ofereça serviços, também precisam garantir que estes serviços sejam utilizados de maneira adequada por toda a população. Sendo assim, ao mesmo tempo em que se tem o direito à saúde, tem-se o dever de contribuir e não prejudicar que os serviços possam atingir toda a população.

Segundo Agudelo (1997), ao considerar-se a saúde direito social e o Estado responsável em garantí-la, ver-se-á que a saúde pode ser um espaço de cidadania. Portanto, não somente um dever do Estado mas do cidadão e de outras instituições. Sendo assim, como objeto de direitos e deveres, a saúde pode ser vista como uma questão de cidadania:

> "Saúde Pública pode ser espaço de construção de cidadania, de ação, de relações e de possibilidades cidadãs como campo de conhecimento e de ação em defesa do direito à vida, do direito à saúde e ao bem-estar coletivo como espaço da ação estatal em saúde, bem como frente de atuações coletivas e participativas pela saúde" (AGUDELO, 1997, p. 54).

2.3.1 EDUCAÇÃO, SAÚDE E CIDADANIA

Segundo Demo (1999, p. 70), “cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos”. Para este mesmo autor, os direitos são os direitos humanos, que exigem uma luta permanente para sua conquista. Os deveres aparecem como compromissos comunitários de cooperação e co-responsabilidade.

A saúde é um instrumento de construção de cidadania. Desta forma, todo cidadão que busca assistência em uma unidade de saúde necessita conhecer seus direitos e deveres, ou seja, exercer sua cidadania. Como diz Focesi (1992, p. 170), “a cidadania exige o uso esclarecido da liberdade e dos direitos. O cidadão ‘de fato’ deve aprender a participar como sujeito do processo de transformação da sociedade”.

É evidente que, para isto acontecer, é necessário que os indivíduos recebam, desde o início de sua formação, elementos para a compreensão de que são cidadãos e que são constituintes do meio em que vivem. Resgatando o que diz Demo (1999), a educação é um instrumento de participação política, é preciso que as pessoas sejam educadas de maneira que conheçam e respeitem seus direitos e deveres em toda a sociedade e que os busquem sempre que lhes forem negados.

A saúde pode ser entendida como um instrumento de cidadania, sendo assim, o profissional de saúde tem uma importante função no que se refere à formação cidadã dos usuários: “o papel dos profissionais de saúde na relação cotidiana com os usuários da rede de serviços, longe de se revestir de um significado meramente técnico (assistencial), se inscreve numa prática pluridimensional, dentre as quais se destaca a dimensão política” (BOSI, 1994, p. 447).

Verifica-se que a saúde e a educação encontram-se articuladas no exercício da cidadania ou da sua possibilidade. Para Valla (1991), existem dois tipos de cidadania a “da abundância, da vigilância” presente nos países do primeiro mundo e em alguns bairros abastados da América Latina e a cidadania “da sobrevivência” presente na maior parte do Brasil e em grande parte da América

Latina. Essencialmente, o que difere uma da outra é o fato de que, na primeira, o cidadão mais consciente vigia o governo para que os serviços sejam oferecidos com qualidade; já na segunda, a população luta para que serviços essenciais sejam criados com o dinheiro dos impostos.

No que se refere à saúde da mulher, a luta pela cidadania não difere da luta nas demais áreas da saúde, sendo também necessário ser cidadã no momento de buscar assistência nas Unidades de Saúde, ter conhecimento dos seus direitos e deveres como usuária do serviço. A mulher necessita exigir um atendimento adequado, de qualidade e de maneira que responda às suas necessidades. No entanto, nem sempre isto ocorre pois, na maioria das vezes, quando chega aos serviços, pode ser tratada de maneira distante, como apenas mais uma dentre outras. Geralmente, não existe uma personalização do atendimento nem, tampouco, um acolhimento por parte da equipe, de modo que a cidadã possa se sentir tranqüila e confiante durante a consulta.

Além disso ocorre, ainda, o que Valla (1992) chama de “culpabilizar a vítima por sua doença”, quando a mulher (ou outra pessoa) é culpada por estar doente, como se fosse apenas de sua responsabilidade individual buscar acesso à saúde. Isso ocorre quando pacientes chegam aos serviços de saúde e são questionadas de maneira a se sentirem culpadas, por não terem anteriormente procurado atendimento. A equipe, ao agir dessa forma, demonstra falta de envolvimento com os problemas que atingem a comunidade em que trabalha e com a sociedade em geral.

Entretanto, parece que esse quadro vem mudando, “os profissionais de saúde passaram a conviver mais de perto com os problemas das classes populares” (VASCONCELOS, 1997, p.18). Isto é notado quando esses profissionais começam a ouvir mais a comunidade, entender seus problemas e não, simplesmente, culpá-la por sua situação diante da sociedade: “só cabe entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender” (VASCONCELOS, 1997, p. 20).

Segundo Gaio e Faria (2000), a parceria entre comunidades, serviços e trabalhadores de saúde deve levar a uma participação política, para que as conquistas do Sistema Único de Saúde saiam do papel. Quando a população

participa e discute seus problemas com vários setores sociais, passa a influenciar nas decisões das políticas públicas, podendo levar à melhoria dos serviços públicos e à conquista da cidadania. Desta forma, acreditamos que seja necessário discutir os serviços prestados, de forma que todos os envolvidos tenham condições de analisar, opinar e decidir sobre os caminhos da assistência prestada a sua comunidade. Para que isso ocorra, é imprescindível que o indivíduo exerça seu papel de cidadão, exigindo seus direitos e exercendo seus deveres como usuário dos serviços públicos de saúde.

3. METODOLOGIA

O estudo é uma pesquisa qualitativa que, segundo Martins e Bicudo (1989), busca uma compreensão particular daquilo que estuda, não se preocupando com generalizações, princípios e leis. Para Minayo (2000), na pesquisa qualitativa, a generalização é o que menos preocupa, sendo o aprofundamento e a abrangência da compreensão a preocupação maior.

Assim, este estudo se deu em duas etapas: uma primeira, que teve como objetivo proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato; esta fase exploratória é realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 1994); e uma segunda etapa, que teve como objetivo elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo de câncer de colo uterino, agendado nas Unidades Básicas de Saúde, a partir dos achados da primeira fase, buscando contribuir na organização dos serviços dos postos de saúde. Esta segunda etapa faz aproximação com o que Trentini e Paim (1999) chamam de Pesquisa Convergente-Assistencial, que é a união do pensar e do fazer, constituindo método apropriado para pesquisar a prática assistencial de enfermagem e que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social.

O estudo teve duas etapas por reconhecer a necessidade de conhecer a realidade das mulheres que agendam o exame preventivo de câncer de colo uterino e não comparecem à coleta, voltando o olhar para os seus motivos, para como se deu o agendamento e os sentimentos que envolvem esse processo de agendamento/não-comparecimento/não-realização, contribuindo para elaboração de estratégias para a redução das dificuldades apontadas pelas usuárias.

3.1 PRIMEIRA ETAPA:

3.1.1 CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO

Para Minayo (2000 p. 105), campo, na pesquisa qualitativa, é “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação.” Para esta mesma autora, a “exploração do campo contempla as seguintes atividades: a escolha do espaço da pesquisa, a escolha do grupo de pesquisa, o estabelecimento dos critérios de amostragem e o estabelecimento de estratégias de entrada em campo” (p. 101). Segundo Trentini e Paim (1999, p. 80), “a escolha do espaço físico da pesquisa depende do enfoque da pesquisa e pode consistir em mais de uma área geográfica”.

Assim, o estudo se desenvolveu no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, que possui 186.544[7] habitantes, sendo 96.131[7] mulheres, conforme o censo de 2000. No período em que foi realizado este estudo, este município contava com 27 postos de saúde distribuídos nos bairros periféricos, distritos e centro da cidade. Destes, 17 disponibilizavam serviço de coleta de material para exame preventivo de câncer cérvico-uterino e, na sua maioria, costumavam seguir o mesmo critério de agendamento para a realização do exame.

Desta forma, foram escolhidos dois postos para captação das mulheres, sujeitos desta pesquisa. Primeiramente, foi selecionado o **Posto A**, por estar localizado em uma região afastada do centro da cidade e por captar usuárias de vários outros bairros periféricos próximos. Esse posto funcionava das 7 às 18 horas, oferecendo serviço médico (clínica geral, pediatria, ginecologia), serviços de enfermagem, psicologia, nutricionista, vacinação, pesagem das crianças pelos agentes comunitários de saúde, grupo de hipertensos e grupo de gestantes. O exame preventivo de câncer cérvico-uterino era realizado pelas duas enfermeiras que trabalhavam no posto. O exame costumava ser agendado pelos próprios funcionários (auxiliares de enfermagem de ambos os sexos e pelas enfermeiras) nas últimas quintas e sextas-feiras de cada mês para a realização às quartas e sextas-feiras do mês seguinte.

O agendamento ocorria na própria recepção do posto onde, caso a usuária estivesse sendo atendida pela primeira vez naquela Unidade de Saúde, realizava-se o seu cadastro, entregando-lhe uma carteira de usuária. Caso já fosse

---

[7] Números obtidos em < http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo > Acesso em 17 mar. 2003.

cadastrada, precisava apenas apresentar a carteirinha. Em seguida, o exame era agendado, conferindo nome, endereço e telefone da mulher e entregando-lhe um lembrete contendo os cuidados que deveriam ser tomados na véspera do exame, bem como a data e horário do exame preventivo. A coleta do material era realizada às quartas-feiras à tarde e às sextas-feiras pela manhã. A produtividade mensal do posto era, em média, de 5 mil atendimentos e, destes, 70 de exames preventivos Papanicolaou. Faz-se importante ressaltar que as duas enfermeiras que, na época, atuavam no Posto A haviam vindo transferidas para esta Unidade de Saúde em fevereiro de 2003, substituindo outra enfermeira transferida para outro local de atuação.

O segundo posto escolhido foi o **Posto B**, localizado no centro da cidade, por ser um local de referência para a população de todos os bairros. Este posto costumava funcionar de segunda a sexta-feira das 7 às 18 horas, quando ofereciam-se serviços de enfermagem, de atendimento médico (clínico geral, pediatra, ginecologia e obstetrícia, pneumologia), odontológico, consulta com nutricionista, serviços de vacinas, laboratório e farmácia. Além desses, o **Posto B** disponibilizava à população os programas de Diabetes, DST/AIDS/CTA, Tuberculose, o serviço de Teste do Pezinho, Ambulatório de DSTs e de Vigilância Epidemiológica. Em seu prédio, ainda, funcionava a Central de Vacinas do Município, o Conselho Municipal de Saúde, a perícia do Estado e o Serviço de Dengue. No período da pesquisa trabalhavam 5 enfermeiras neste local, sendo que, dessas, duas responsáveis pelo exame preventivo de câncer de colo de útero. Trabalhavam, também, auxiliares e técnicos de enfermagem que realizavam curativos, controle de pressão arterial, administração de medicamentos, aplicação de vacinas, entre outras atividades de sua competência técnica.

Os exames preventivos, neste posto, eram agendados nas últimas quintas e sextas-feiras de cada mês para serem realizados no mês seguinte. A partir de março de 2003, os exames preventivos passaram a ser agendados na sexta-feira de uma semana, para serem realizados na terça-feira da semana seguinte. As usuárias faltosas entrevistadas tiveram seu exame agendado neste novo modo de organização.

A partir da percepção e avaliação das enfermeiras do Posto B sobre como vinha se dando o processo de agendamento, as profissionais optaram por iniciar

mudanças neste processo. A agenda era, até então, feita por funcionários burocratas (homens e mulheres) no próprio guichê de recepção e de informações na entrada do posto. A usuária ou outra pessoa por ela designada, chegava ao guichê e solicitava o agendamento. Geralmente, eram distribuídas fichas em número de dez para cada enfermeira; após a retirada da ficha, as mulheres, por ordem de chegada, dirigiam-se ao funcionário, que lhes solicitava informações como nome, endereço e telefone, sendo o exame agendado. Neste momento, eram entregues à usuária as recomendações sobre os cuidados que deveriam tomar na véspera da coleta e também um cartão com hora e data do exame. A produtividade mensal do posto era, em média, de 7 mil atendimentos sendo que, destes, 60 de exames preventivos Papanicolaou.

Segundo Triviños (2001, p. 84), “a escolha dos sujeitos na amostra própria da pesquisa qualitativa se realiza através de critérios”. Neste estudo, nessa primeira etapa, os sujeitos são 25 mulheres (19 mulheres do Posto A e 6 do Posto B) que agendaram e que não compareceram para a realização do exame preventivo em duas Unidades de Saúde de referência do Município do Rio Grande. O contato com as mulheres se deu a partir das informações nos dados previamente colhidos (nome, telefone e endereço) quando no processo de agendamento. Assim, foi realizado um contato prévio com as mulheres, por telefone ou pessoalmente, para solicitar a autorização inicial para a realização da entrevista, agendando data, local e horário.

3.1.2 COLETA DE DADOS

A técnica para coleta de dados utilizada nessa fase do estudo foi a entrevista que, para Trentini e Paim (1999, p.84), “constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas”. Nesta pesquisa, usou-se a entrevista semi-estruturada que, a partir de um conjunto básico de perguntas, aponta fundamentalmente para a medula que preocupa o investigador. As entrevistas foram gravadas em fita cassete.

É importante gravá-las, pois em primeiro lugar, o entrevistado pode ouvir o que disse e, em segundo, a gravação permite a transcrição integral da fala (TRIVIÑOS, 2001).

A entrevista teve questões que caracterizavam o sujeito no que se refere à idade, escolaridade, estado civil, número de gestações, número de filhos e ocupação e questões que abordaram: os motivos do agendamento; o porquê de agendar naquele posto; como se deu o procedimento de agendamento, se havia opção para escolha de dia, horário; facilidades e dificuldades para a realização do exame no que se refere ao serviço de saúde; sentimentos frente à realização do exame; motivos para a não realização do exame; condutas tomadas frente ao não comparecimento ao exame; freqüência na realização dos exames; resultados de exames anteriores; sentimentos frente ao não comparecimento para a realização do exame.

A coleta de dados se deu com as mulheres faltosas que haviam agendado o exame preventivo de câncer de colo de útero no mês de abril de 2003. Nesse mês, foram agendados no **Posto A** sessenta e quatro exames, tendo vinte e nove faltosas, ou seja 45%; no **Posto B**, dos cinqüenta e oito exames, onze faltaram, o que corresponde a 19%. As entrevistas foram realizadas no período de 2 de abril a 11 de junho de 2003. Por verificar que os dados coletados já estavam saturados, concluiu-se esta etapa, tendo entrevistado vinte e cinco mulheres.

De modo que o anonimato dos sujeitos do estudo fosse preservado, as mulheres entrevistadas foram identificadas por uma letra (A ou B), referente ao Posto de Saúde onde agendaram o exame preventivo e por um número (1 a 25) relativo à ordem das entrevistas realizadas.

3.1.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para Bogdan e Biklen (1994, p. 205),

> “a análise de dados é o processo de busca e de organização sistemática de transcrições de entrevistas (...), com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou”.

A análise dos dados foi baseada nos processos genéricos de Morse e Field[8], citados por Trentini e Paim (1999) (apreensão, síntese, teorização e recontextualização), sendo que a apreensão, a síntese e a teorização foram realizadas nesta primeira etapa e a recontextualização após os encontros com as enfermeiras, na segunda etapa deste estudo. Então, a análise se deu através destes processos:

- Processo de apreensão: após a transcrição das entrevistas, foram realizadas várias leituras dos dados, identificando-se palavras-chaves e frases no conteúdo que traziam respostas ao primeiro objetivo deste trabalho. A partir da análise das palavras-chaves e frases identificadas, foram feitas algumas aproximações e construídas algumas subcategorias iniciais;

- Processo de síntese: neste momento da análise, foram realizadas novas leituras das entrevistas e das subcategorias já construídas, a fim de impregnar-se e familiarizar-se com os dados coletados criando, conseqüentemente, associações subjetivas com os elementos;

- Processo de teorização: nesta etapa, os conteúdos teóricos já vistos foram retomados com mais intensidade, bem como novos foram buscados, de modo que se tornasse possível a relação entre os achados, a construção subjetiva e os conteúdos teóricos. Esta relação deu origem às categorias de análise.

3.2 SEGUNDA ETAPA

3.2.1 CONSTITUIÇÃO DO(s) GRUPO(s)

Mediante o processo de apreensão, síntese e teorização implementados a partir dos dados das entrevistas com as faltosas ao exame preventivo de câncer de colo uterino, realizada na primeira etapa deste estudo, foi possível conhecer os

[8] MORSE, J.M., FIELD, P.A. *Qualitative research methods for health profissionals*, 2.ed. London: Sage, 1995.

motivos apresentados pelas mulheres para agendarem o exame e não comparecerem para a sua realização. Sendo assim, nesta segunda etapa, foram propostos encontros com as enfermeiras envolvidas no processo de agendamento e realização do exame preventivo de câncer de colo uterino nos dois Postos de Saúde, de modo a alcançar o segundo objetivo deste estudo.

Inicialmente, houve um encontro com a Coordenadora Municipal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a fim de apresentar os achados da primeira etapa e discutir as melhores possibilidades para apresentação dos dados aos trabalhadores das unidades, de modo a elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame. Deste modo, foram levantados tanto às possibilidades para a implementação desta etapa do trabalho quanto apresentar os dados, às enfermeiras ou aos auxiliares de enfermagem e demais trabalhadores envolvidos no processo de agendamento; apresentar os dados relativos a cada unidade individualmente ou constituir um grupo com trabalhadores das duas unidades ou, ainda, convidar trabalhadores de diferentes unidades na tentativa de construir estratégias comuns, dentre outros.

Assim, a partir desse contato, ficou acordado que seriam encontros somente com as enfermeiras, constituindo duas duplas, enfermeiras do Posto A e enfermeiras do Posto B. Tal decisão foi tomada levando em consideração que, primeiramente, poderia ser mais produtivo não reunir profissionais dos dois postos a fim de evitar comparações, já que as usuárias apontaram diferentes motivos no que se refere aos postos; em segundo lugar, por acreditar que a enfermeira sendo a responsável técnica do posto deveria, após a discussão dos resultados, reunir-se com a sua equipe de trabalho e apresentar as discussões feitas e possíveis estratégias criadas, decidindo coletivamente formas de implementá-las. Então, inicialmente, ficou acordado que os encontros seriam realizados entre as duas enfermeiras de cada posto e a pesquisadora, a fim de que ocorresse nesse primeiro momento, a apresentação dos dados, sua discussão e a elaboração conjunta de estratégias.

Entretanto, nos contatos mantidos com as enfermeiras do **Posto A** ficaram impossibilitados devido à incompatibilidade de horários das enfermeiras, já que uma tem dupla jornada e a outra duplo emprego, bem como ao não pagamento de hora extra, pela Prefeitura Municipal para a realização desta atividade. Dessa forma,

foram marcados dias e horários diferentes para que fosse possível conversar com estas profissionais e implementar a segunda etapa.

As enfermeiras do **Posto B**, primeiramente, foi agendado um horário único, em que as duas enfermeiras estariam presentes, o que também não pôde acontecer devido ao fato de a enfermeira 2B necessitar ausentar-se para resolver assuntos urgentes do posto e a enfermeira 1B estar entrando em férias no dia seguinte ao encontro já agendado; pela escassez de tempo para executar esta etapa da pesquisa, não foi cogitada uma nova data para realizar o encontro com as duas enfermeiras e o encontro com a enfermeira 2B foi marcado para o dia seguinte.

Para que o anonimato das enfermeiras fosse mantido, utilizou-se a letra (E) para identifica-las, juntamente com os números (1 ou 2), para distingui-las e as letras (A ou B) para identificar o Posto de Saúde em que atuam.

3.2.2 OS ENCONTROS

No primeiro momento do encontro foi reapresentada a proposta de trabalho, sendo realizados alguns esclarecimentos. Em um segundo momento, as enfermeiras receberam um resumo escrito do trabalho até então desenvolvido, juntamente com uma síntese dos achados da primeira etapa (APÊNDICE D e E). Após a leitura desse material, foi iniciado um diálogo pontuando cada um dos motivos apresentados pelas mulheres entrevistadas, procedendo a discussão, verbalização da percepção das enfermeiras frente ao exposto pelas usuárias e possíveis estratégias que poderiam ser adotadas e/ou já se encontravam em processo, fosse em fase de planejamento, implantação e avaliação ou apenas como uma possibilidade a ser adotada.

Parece relevante destacar, novamente, especificamente em relação ao Posto B, que desde os primeiros contatos, no início de 2003, mudanças vinham sendo implementadas no processo de agendamento e realização do exame de Papanicolaou. Como já referido, houve redução no período de tempo entre o

agendamento e a efetivação do exame. Outras modificações já estudadas e propostas pelas enfermeiras referiam-se à mudança do local do agendamento, do profissional que executa, dentre outras.

3.2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após realizados os encontros com as enfermeiras para a elaboração de estratégias de redução de não comparecimento de usuárias ao exame preventivo de câncer de colo uterino agendado nas Unidades Básicas de Saúde, foram transcritas as entrevistas e analisado do conteúdo dos dados, adotando o proposto por Trentini e Paim (1999) a partir de Morse e Field. Assim, realizou-se o processo de apreensão, construindo algumas subcategorias.

O processo de síntese e teorização se deu articulando esses achados às categorias já em construção, inicialmente elaboradas apenas com os dados colhidos junto às usuárias. Assim, o **processo de recontextualização** se deu com a conclusão das categorias de análise, contextualizadas a partir da realidade apontada pelas usuárias e pelas enfermeiras sobre o processo de agendamento e a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, inicialmente foi solicitada autorização à Coordenação Municipal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Secretário de Saúde, para que fosse possível o acesso aos postos de saúde, bem como às informações necessárias para a busca das usuárias.

Em um segundo momento, a pesquisadora estabeleceu contato com as enfermeiras dos postos, para apresentação e para informá-las sobre o trabalho que seria desenvolvido. Neste momento, lhes foi entregue o documento em que a pesquisadora foi autorizada a realizar o estudo nos Postos de Saúde (Apêndice A).

No momento da entrevista com a usuária lhe foi entregue o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuária* (Apêndice B) e solicitada sua assinatura, assegurando o anonimato de suas informações, o seu direito de participar ou não, o direito ao acesso aos resultados do trabalho, dentre outros. Do mesmo modo, no encontro com as enfermeiras o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional* foi entregue às profissionais e solicitada a sua assinatura (Apêndice C). Esses termos para participação voluntária na pesquisa foram elaborados a partir da Resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Considerando que toda pesquisa interfere direta ou indiretamente na vida humana, independente de sua metodologia e objetivo, é preciso estar atento aos danos que elas podem causar à vida, nas suas diferentes dimensões (LEOPARDI et al, 2000).

Ao finalizar a elaboração deste trabalho, tem-se o compromisso de apresentá-lo às enfermeiras da rede básica e, de modo mais específico, às enfermeiras das Unidade de Saúde A e B.

4. A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA

Neste capítulo, estão apresentados os resultados alcançados neste estudo, a partir das entrevistas com as mulheres que agendaram o exame preventivo de câncer de colo uterino e não compareceram para sua realização e dos encontros com as enfermeiras dos Postos de Saúde que serviram de captação destas mulheres faltosas.

Assim, criou-se uma relação entre os dados das entrevistas com as usuárias e dos encontros com as enfermeiras, juntamente com os conteúdos teóricos e com a construção subjetiva da pesquisadora, dando origem às seguintes categorias: **"A busca do agendamento pela mulher"; "O compromisso da Unidade de Saúde frente à escolha da mulher"; "O tempo entre o agendamento e o exame: uma questão de organização de trabalho e de compromisso com a usuária"; "O cartão informativo ou a usuária como centro do fazer?"** e; **"A orientação da usuária como expressão do comprometimento da equipe".**

4.1. A BUSCA DO AGENDAMENTO PELA MULHER

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, aborda as diretrizes do SUS: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo, dentre outros, dos serviços assistenciais e participação da comunidade. Já a Lei Federal 8.080/90, no artigo sétimo, estabelece, a partir destas diretrizes, os princípios que devem ser

obedecidos em todas as ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, locação de recursos e orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de cada esfera de governo na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e a organização em serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em 1983, entretanto, o Ministério da Saúde, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, já apontava, de certa forma, alguns desses princípios e diretrizes. Em relação à integralidade, especificamente, esse Programa diz que

> "particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica – a assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo" (BRASIL, 1984, p. 14).

A integralidade visada tanto pelo PAISM quanto pelo SUS é uma forma de oportunizar uma assistência individual e coletiva mais capaz de dar respostas aos problemas de saúde da população, cuidando da qualidade da saúde, voltada não somente para doenças e problemas graves de saúde que levam risco à vida (BRASIL, 2001).

Merhy (1997a), ao abordar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, enfatiza a proposta de uma rede básica mais complexa, não apenas como a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o espaço essencial para realizar a integralidade de ações individuais e coletivas da saúde. Um sistema de atenção integral deverá ser

um misto de práticas sanitárias e sociais, que interfira no processo saúde-doença em seus vários estágios e dimensões em busca de resultados que satisfaçam as necessidades individuais, sentidas e demandadas pelas pessoas e as necessidades coletivas de saúde detectadas e processadas técnica e politicamente (GIOVANELLA, 2002). A integralidade das ações de saúde requer abordar, tratar e cuidar dos indivíduos e seus coletivos de forma não fragmentária, parcial, pontual, sintomática e, sim, de maneira que estes seres humanos sejam vistos e abordados, fazendo parte de um todo, possuidores de semelhanças e diferenças, necessitando, desta forma, de atendimento integral para sua corporalidade biopsicosocial-espiritual.

Assim, direcionando o olhar para a problemática deste estudo - a ausência da mulher na data de agendamento para a realização do preventivo de câncer - parece relevante, inicialmente, **destacar que foram diferentes as razões apontadas pelas mulheres para agendarem esse exame**. É possível que a visão de integralidade, prevista no SUS e no PAISM, da sua condição de um ser como um todo, constituindo-se uma integralidade própria, como uma totalidade sócio-individual, já estivesse ou não presente nessas mulheres. Entretanto, o olhar a qualquer dessas usuárias, a partir do proposto no SUS e PAISM, necessita a apreensão de sua integralidade de mulher, com componentes biológico, emocional, social, dentre outros.

Apesar da justificativa para o agendamento do exame poder situar-se na manifestação e na percepção de uma anormalidade no funcionamento do próprio corpo: *"Eu tô sentindo uma dor enjoada assim"* (M6A), quem adentra ao sistema de saúde não é *uma* parte de um ser humano com dor, não é *uma* dor, não é *um* aparelho ginecológico com percepção dolorosa. Mais do que isto, é uma mulher que, percebendo diferenças no seu modo de ser e sentir, possivelmente, olhe para si, analise seu corpo, seu ser e suas manifestações, possíveis modificações e busque respostas para tais mudanças. Diante da impossibilidade e incapacidade de preencher tais vazios, M6A adentrou no sistema de saúde e como mulher se apresentou, demonstrando conhecimentos de relações entre o que sente, o que é e o que pode ser, já que, há dois anos, havia vivenciado situações semelhantes: manifestação de dor, realização do exame citopatológico de colo uterino, diagnóstico de infecção, tratamento e melhora do quadro.

Outra mulher, no entanto, sem qualquer sintoma, buscou o agendamento para *"saber se tinha alguma coisa, né, uma infecção, alguma coisa"* (M3A), demonstrando, possivelmente, seu entendimento da capacidade de diagnóstico deste exame. Sem a identificação de qualquer anormalidade, M3A buscou o serviço de saúde, esperando respostas para um diagnóstico precoce de doenças, o que está articulado a sua prevenção. Assim, também, não compareceu ao agendamento como um útero, como um aparelho reprodutor feminino, mas como uma mulher, com conhecimentos, história, com seu corpo, uma integralidade a ser apreendida, respeitada e considerada.

Ainda, demonstrando sua capacidade de sujeito que pensa, que exerce sua autonomia, de gerenciamento dos caminhos que constrói para cuidar-se, M11A afirmou que *"eu ia consultar com um ginecologista e ele ia me pedir, e aí, para já levar..."*. Apesar de ter 23 anos, dois filhos, M11A nunca havia realizado esse exame, porém sabia da sua importância e da possível necessidade para a consulta com o ginecologista.

Já M2B e M4A foram encaminhadas pelo ginecologista tendo, respectivamente, consultado em decorrência de sintomas de *calorões* ou apenas para controle, apesar de M4A nunca ter realizado o exame preventivo previamente, estando com 22 anos e tendo um filho. Ainda, M2B com 58 anos, 3 filhos, referiu ter realizado apenas três exames preventivos, tendo sido o último há três anos. A partir dessas breves informações, confirma-se a necessidade do olhar e da atenção a essas mulheres como seres com trajetórias históricas e constituições diferenciadas que requerem ser consideradas e valorizadas.

A história dessas duas mulheres vai de encontro ao que é recomendado para a realização do exame citopatológico de colo uterino. O exame deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tenham iniciado atividade sexual (INCA, 2002a). Entretanto, confirma o que é apresentado no estudo de Bertolaccini e Pereira (2001) que apenas 16% das mulheres com idade superior a 50 anos havia iniciado a prevenção do câncer genital antes dos 30 anos e que 20,6% havia realizado o último exame há mais de quatro anos, não seguindo a freqüência recomendada.

Brenna et al (2001) verificaram que 82% das mulheres com NIC[9] e 77% das com câncer invasivo realizaram o exame devido à iniciativa do médico. Neste estudo, além de M2B e M4A, outras cinco usuárias mencionaram a indicação médica como motivo para agendar o exame. Somente uma dessas (M1B) referiu realizar o exame anualmente; três delas (M16B, M20B e M21A) nunca o fizeram e uma (M13B), já há dois anos não o realizava. Tais informações levam à reflexão sobre o fato de, apesar de terem ido procurar o serviço de saúde para agendar o exame, essas sete mulheres receberam estímulo externo (médico) para fazê-lo, assegurando ou não a periodicidade adequada para a realização do Papanicolaou.

É possível questionar se essas mulheres que referiram realizar o exame devido ao fato ter sido solicitado pelo médico, têm compreensão da importância da realização do procedimento. Outras usuárias, no entanto, a partir de conhecimentos prévios sobre o exame e sua importância, buscaram o agendamento sem necessitar de estímulo externo, manifestando sua autonomia em defesa da própria integridade física, da preservação da saúde.

Retomando a questão da saúde como direito de todos, vê-se, muitas vezes, situações em que serviços, aparentemente, são oferecidos mas a clientela não os procura, não exercendo, portanto, seu direito à promoção de saúde e prevenção de doenças. Dias-da-Costa et al (2003) investigaram 1122 mulheres em busca da atualização do exame citopatológico, constatando que 11,2% nunca haviam feito o exame e 16,6 estavam em atraso. Já Lopes et al (1995) apontaram os motivos que levam a mulher a não realizar o exame, dentre eles, 22% das mulheres referiram como justificativa não ter vida sexual ativa; 15% não sabiam da existência do exame; 10% não tinham acesso a médico ou serviço de saúde para realizar o exame; 10% tinham medo de que o exame fosse doloroso; 8% referiram medo “de dar alguma coisa”; 6% não tinham conhecimento de onde fazer o exame e 20% apontaram outros motivos. Os achados desta pesquisa, mostram que a maioria das mulheres entrevistadas (18) referiram buscar voluntariamente o serviço de saúde para o agendamento do preventivo de câncer de colo uterino, estando seus motivos relacionados com a prevenção de doenças, presença de sinais e sintomas e investigação da presença de alguma doença.

---

[9] Classificação criada por Richardt em 1986, para mostrar a evolução contínua das lesões de baixo grau do colo em direção ao câncer invasor: neoplasia intra-epitelial grau I (NIC I), neoplasia intra-epitelial grau II (NIC II), neoplasia intra-epitelial grau III (NIC III) (RIVOIRE; MONEGO; REIS, 1997).

Finalizando a abordagem dos motivos que trouxeram as mulheres ao agendamento do exame (presença de sintomas, indicação médica, prevenção de doenças, consultar ginecologista), M9A e M14B, especificamente, referiram-se à prevenção de câncer uterino como a sua principal justificativa de realização. Mesmo com aparente maior sintonia com o preconizado nas campanhas de prevenção de câncer uterino, buscaram o agendamento não como úteros que se opõem ao desenvolvimento de tumores na sua internalidade, mas como mulheres, com histórias de vida, relações, preocupações e desejos, em uma corporalidade biopsicosocial-espiritual. M14B com 33 anos, uma filha de 15 anos, nunca havia realizado esse exame, referindo ter se sensibilizado com as repetidas campanhas, as quais, apesar da sua falta de tempo e dos constrangimentos e temores quanto ao exame, mobilizaram-na para o agendamento de uma experiência desconhecida e, quem sabe, assustadora. Porém, apesar de sua sensibilização inicial para realizar o exame, temendo que esse fosse realizado por uma enfermeira com quem se relacionava socialmente, optou por não comparecer no dia agendado, provavelmente tendo, novamente, exacerbados seus sentimentos negativos em relação ao exame.

Segundo Lopes e Souza (1995), por um lado as campanhas governamentais tentam sensibilizar as mulheres para aumentar a realização do exame, afirmando que o câncer de colo uterino pode ser evitado, dependendo apenas da mulher; que o exame é rápido, indolor e gratuito; por outro, a experiência dessas mulheres mostram-nas influenciadas por bagagens familiares, culturais, sociais e religiosas em que associam o procedimento a situações de vergonha, ansiedade, medo, temor da doença, dentre outras. Do mesmo modo, Lopes et al. (1995), Merighi; Hoga; Praça (1997) e Brenna et al. (2001) verificaram que os sentimentos que impedem que as mulheres realizem o exame são medo, vergonha, desmotivação, entre outros.

As campanhas podem sensibilizar a comunidade. Porém, os sentimentos e experiências que essas mulheres carregam podem ser muito fortes, necessitando ser considerados e trabalhados de modo que possam ser superados, deixando de ser um dificultador para a realização do exame citopatológico do colo uterino. Proceder ao agendamento do exame a partir da chegada da cliente ao Posto de Saúde e de sua solicitação sem valorizar e considerar o ser humano que se

apresenta para tal ação pode reduzir toda uma possibilidade e relevância de significados presentes nessa mulher, nos seus sentimentos, superações, aceitações, histórias, dentre outros.

Considerando a relevância de cada uma dessas justificativas apresentadas pelas mulheres para buscarem o serviço de agendamento, seja para si próprias, para sua história de vida, seja para o sistema de saúde como um todo e para os profissionais que nele atuam, no que se refere às relações entre a organização do trabalho em saúde e os principais problemas de saúde da população, várias questões poderiam ser levantadas, aprofundadas e analisadas na tentativa de compreender este fenômeno e subsidiadas para o seu enfrentamento.

É importante salientar, ainda, que essas mulheres parecem ter dado vários passos em direção à implementação de ações de saúde, especificamente, o exame preventivo de câncer. Como já referido, podem não ter tido compreensão da sua historicidade neste processo, visualizando, no entanto, a ação para a saúde desejada e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Os trabalhadores que atuam no serviço de saúde, entretanto, necessitam estar atentos ao sujeito em si que se apresenta: o seu movimento até a chegada ao posto, suas necessidades, esforços, dificuldades, receios, riscos, vivências, dentre outros.

Tal preocupação com a integralidade das ações de saúde pode ser detectada na fala de E2B. A mulher quando vai à Unidade de Saúde realizar o Papanicolaou pode estar apresentando outras necessidades de saúde, manifestas ou não, requerendo um olhar atento da profissional enfermeira:

> *A saúde é global! Se eu detecto alguma coisa que não é o que eu estou fazendo no momento, eu já posso encaminhar (...), ou ela vem outro dia prá gente conversar ou encaminho para outro profissional. A gente tem que ter esse direcionamento, não pode deixar a pessoa ficar sozinha (...) Nosso objetivo é orientar direitinho* [auto-exame de mama]*, (...) oriento para que façam todos os meses, se conheçam e saibam o que é normal, para que se acontecer alguma coisa, saibam que não é normal* (E2B).

Assim, como demonstrado nessa fala, uma das formas de ver a mulher como um ser integral, um ser que vai além de um útero que busca prevenir-se, é a realização do exame de mamas e a orientação do auto-exame antes da coleta do

material do preventivo. A realização anual do exame clínico de mamas e a realização mensal do auto-exame a partir de 25 anos é de fundamental importância para detecção precoce do câncer de mama (BRASIL, 2002).

Ao falar-se em ações integrais, em integralidade da assistência, torna-se necessário pensar em todo o processo para a implementação dessa ação em saúde o que, considerando a problemática deste estudo, compreende o processo de agendamento e a efetivação do atendimento dessa mulher no dia marcado.

Inicialmente, então, apresentamos a autonomia da mulher em escolher uma Unidade de Saúde e o compromisso dessa Unidade de Saúde frente à escolha da usuária.

4.2 O COMPROMISSO DA UNIDADE DE SAÚDE FRENTE À ESCOLHA DA MULHER

Assim, pode-se iniciar com a escolha aparentemente autônoma dessas mulheres por uma unidade de saúde específica de atendimento e a resposta dessa unidade à opção. A grande maioria justificou a escolha do posto (15 mulheres no posto A e 2 no posto B) pelo fato de a unidade localizar-se próxima de sua

residência. Isto nos remete aos Princípios da Organização da Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, ao de territorialidade que, segundo Bech (2002), estabelece os territórios demográfico-geográficos para ações de uma determinada unidade de saúde. Para que essa organização seja efetiva, no entanto, é preciso que esses serviços demonstrem seu compromisso e envolvimento, respondendo a certos requisitos, como serem acessíveis a todos os moradores da área geográfica definida, satisfazerem as necessidades e demandas sociais detectadas, dentre outros. Território é um espaço pelo qual devem se responsabilizar as equipes de saúde e a população, de modo a garantir respostas que transformem positivamente as condições de saúde aí encontradas (FERREIRA; AZEVEDO, 1998, p. 140).

Desse modo, das dezenove mulheres atendidas no **Posto A**, quinze referiram ter feito esta escolha pela proximidade de suas residências, o que vai ao encontro do princípio de territorialidade. No entanto, três destas mesmas mulheres manifestaram descontentamento com experiências vivenciadas como usuárias desta unidade, em especial no que se refere ao polimento no atendimento, ao modo de alguns trabalhadores procederem no atendimento dos clientes e na sua reação aparentemente disciplinar frente à identificação de atraso na vacinação:

> *Ah, eu não vou muito ali. Eu não gosto muito do atendimento deles ali (...) as mães estavam com a carteirinha atrasada e eles xingavam* (M11A).

Parece importante destacar que, apesar dessas usuárias terem manifestado restrições ao atendimento desse posto, a partir de vivências anteriores, procuraram essa unidade de saúde para ali agendar seu exame preventivo. Poderia-se perguntar por que essas mulheres, apesar de demonstrarem insatisfação com o modo como foram atendidas nesse Posto de Saúde, agendaram seu exame nesse local? Estariam tais insatisfações relacionadas com o seu não comparecimento no dia do exame? Estaria a relação usuária-profissional de saúde interferindo no comparecimento ou não da cliente ao exame? Que tipo de contato esses profissionais de saúde estabelecem com as usuárias? Que tipo de relação essas usuárias esperam dos profissionais de saúde?

No que se refere a esse **Posto (A)**, ainda, outras mulheres afirmaram ter optado pela unidade justamente por terem tido, anteriormente, o que consideram um

bom atendimento e outras, ainda, por já terem previamente realizado o exame nessa unidade, tendo-se reconhecido satisfeitas com o atendimento.

Segundo Ramos e Lima (2003), o acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário, podendo tanto facilitar como gerar dificuldades nas relações trabalhador-usuário. Dentre os fatores que denotam qualidade do atendimento, destacam: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional.

Nesse sentido algumas mulheres, ainda, justificaram sua ausência no dia do exame agendado no Posto A por **não terem com quem deixar seus filhos pequenos**. Apresentado tal argumento às enfermeiras, E2A relatou já ter ocorrido a coleta de material na usuária enquanto os filhos permaneciam junto à mãe, na sala de exames. Já E1A referiu não ter tido vivência semelhante, sugerindo que, caso a usuária comparecesse com os filhos, esses poderiam permanecer com a mãe durante a coleta ou aguardar na sala de espera, assistindo televisão, sob a supervisão dos trabalhadores do posto

A recepção nas Unidades de Saúde parece ser fundamental para que a avaliação do serviço seja positiva. O acolhimento é uma estratégia utilizada para promover mudanças nesse processo de trabalho, a fim de garantir o acesso universal e humanizado aos serviços de saúde, que estes sejam resolutivos e de qualidade e que as necessidades de saúde dos usuários sejam responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde. Além do acolhimento, o acesso também é uma ferramenta que contribui para a humanização da assistência, e deve ser compreendido como a possibilidade da utilização de ações de saúde que possam contribuir para a manutenção da vida. Outro aspecto a ser observado para a humanização da assistência, ainda, é o vínculo, visto como uma forma de construir um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, objetivando a construção da autonomia do usuário e não a sua dependência; é integrar-se e interagir com o outro, com a comunidade, com os grupos, em que o trabalhador de saúde se torna referência para o usuário individual e coletivo (RIZZOTTO, 2002).

No que se refere ao acolhimento no **Posto A**, e a partir das manifestações de usuárias desse posto apresentadas às enfermeiras, E2A considera-o bom. Diz, ainda, que, segundo usuários, o atendimento melhorou bastante devido à troca de toda a equipe. Apesar dessa sua avaliação inicial, salienta que não pode ter certeza,

já que não permanece todo tempo *"na frente"* e que as coisas podem acontecer quando se afasta. Admite que trata bem as pessoas justificando que, dependendo de quem executa esse acolhimento, poderá ou não ser diferente. Suas considerações sobre acolhimento mostram o que Ramos; Lima (2003) e Rizzotto (2002) apontam como pontos-chave para um bom acolhimento em uma unidade de saúde: a postura e a responsabilidade dos trabalhadores da unidade com as necessidades dos usuários, acesso universal e humanizado aos serviços de saúde, destacando, no entanto, a necessidade da atuação da equipe como um todo e a implementação de atividades educativas a fim de subsidiar a equipe no que se refere à recepção, acolhimento e acesso dos usuários as Unidades de Saúde.

Quanto ao **Posto B**, as usuárias expressaram sentimentos positivos em relação ao atendimento recebido quando do agendamento, inclusive referindo que:

> *É como eu tava te dizendo, eu não costumo ir a postinho, assim; a minha irmã me disse, o posto da tua casa, vai ali e tal. Eu pensei, 'eu no posto'. Eu fui lá às sete horas, que a moça disse que abria às oito horas, aguardei na fila, não tava muito grande também. E quando eu cheguei, eu fui super bem recebida, eu até me surpreendi com o atendimento dela, que prá mim não teve problema nenhum* (M14B).

Em relação às **estratégias** implementadas pelas enfermeiras da Unidade **B** para assegurar um acolhimento adequado, foi enfatizada a necessidade de contínua orientação dos profissionais que atuam na unidade, a fim de que tenham postura apropriada diante dos usuários para que estes se sintam acolhidos na unidade de saúde, favorecendo sua adesão ao atendimento procurado e conhecimentos suficientes para executar essa atividade e que todos utilizem uma mesma linguagem para atender aos usuários:

> *Eu, como enfermeira responsável por esse setor, tenho a obrigação de orientar meus funcionários, (...) Eu acho que é assim, todo o usuário tem que ser bem tratado, bem informado, independente de tudo, sabe. (...) O objetivo é esse, que em todas as funções que há aqui dentro, que todos falem a mesma língua (...) a gente tem que conversar* (E2B).

Parece evidente a preocupação de E2B com a Educação em Serviço dos funcionários que atendem à mulher tanto no agendamento, quanto em todas

atividades executadas no posto, bem como a adoção de estratégias que vão ao encontro do preconizado pelo PAISM quanto à educação continuada do pessoal de rede básica nas atividades de atenção à mulher (BRASIL, 1984) e o recomendado no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, acerca da técnica dos profissionais de saúde para que se relacionem com os usuários, utilizando uma linguagem clara, simples e objetiva (BRASIL, 2001).

O acolhimento, a forma de organização do serviço e a competência profissional da equipe são fatores geradores de facilidades e satisfação por parte dos usuários (RAMOS; LIMA, 2003). Os usuários dos serviços das Unidades Básicas de Saúde reconhecem as dificuldades dos serviços, mas também identificam seus pontos positivos, podendo até surpreender-se com atenção recebida, possivelmente por tratar-se de um serviço público: *"eu até me surpreendi com o atendimento".* M14B, ao admirar-se com o serviço oferecido no Posto de Saúde, confirma a crítica de Merhy e Onocko (1997) sobre as pessoas acreditarem que tudo o que é público não ser bom, favorecendo a adesão a qualquer perspectiva privatista. O importante é estarmos atentos aos sentimentos dos usuários e às suas manifestações, a fim de podermos reorganizar e reestruturar os serviços oferecidos à população, correspondendo, também, aos seus anseios, percepções e expectativas.

Bueno (1997), ao enfocar como se deu a administração de um município mineiro, resgata o investimento realizado na cidade, principalmente na configuração de um novo modelo organizacional que levasse a uma mudança radical no modelo assistencial, de modo que se centrasse no paciente e em suas necessidades, garantindo acesso universal, bom acolhimento, vínculo entre quem pratica e quem recebe o serviço, resolubilidade, responsabilidade e compromisso com a saúde da população. De acordo com a avaliação realizada quanto à satisfação popular em relação ao Sistema Municipal de Saúde, 68% avaliaram-na com ótimo ou bom e 20% como regular. Quanto à qualidade da atenção, 53% se consideraram bem atendidos na recepção dos serviços e 50% reconheceram como boa a qualidade geral dos serviços. A partir desta avaliação, foi planejada uma reorganização dos processos de trabalho das unidades de saúde.

Considerando necessário compromisso dos trabalhadores da Unidade de Saúde frente à escolha da mulher pela unidade em que atuam, parece relevante

analisar que sete usuárias da Unidade A justificaram sua ausência na coleta do exame pelo fato de os trabalhadores da unidade terem trocado a data do exame a qual originalmente havia sido acertada. Ao chegarem nesta Unidade de Saúde **(A),** especificamente, para a efetivação do procedimento, lhes foi comunicada a impossibilidade de sua realização nesse dia previsto, sendo agendada uma nova data. Dentre as justificativas dadas às usuárias para que a coleta não se fizesse no dia originalmente agendado, encontram-se a ausência da enfermeira por problemas de saúde ou pelo envolvimento da profissional em outras atividades, como a imunização de idosos no próprio posto e, também, pela falta de material necessário para a realização do exame.

Quando apresentado às enfermeiras o fato da troca da data e os motivos com os quais a mudança foi justificada para as usuárias, E2A assegura não desmarcar o exame preventivo devido a outras atividades que surgem no posto: *"continua, (...) prá mim é essencial (...) Aquela ali já é do posto"*, expressando sua preocupação e compromisso com a mulher que agendou o exame, no entanto, admite que já necessitou remarcar alguns exames por falta de material: *"eu acho que se foi duas vezes, é, foi duas vezes, eu tive que trocar por que não tinha material"*, bem como referindo precisar *"catar"* material em outros postos para garantir que a mulher tenha o exame preventivo de câncer de colo uterino realizado no dia agendado. Do mesmo modo, E1A diz que uma vez necessitou *"mandar seis prá casa",* por só ter duas lâminas para coletar o material do citopatológico. Diz, também, que devido à falta de papel lençol, utiliza as *"toalhinhas de balança, que o pediatra traz"*. Em relação a essas dificuldades referentes à insuficiência de material, desabafa:

> *às vezes dá vontade de até cancelar os exames, mas o paciente que chega aqui, que agendou, que se preparou pro exame, não tem culpa se tá faltando material. Só que às vezes dá vontade de mandar tudo pro ar e simplesmente esquecer que tem gente esperando e não fazer* (E1A)*.*

Pode-se dizer que tanto E1A quanto E2A parecem buscar soluções de cunho mais imediatista para o problema de precariedade de recursos materiais, tais como pedir material emprestado para outros postos, utilizar materiais não-específicos e, em situações extremas, remarcar os exames. Entretanto, não ficam

evidenciadas estratégias na própria organização do serviço para que a falta de material não ocorra, favorecendo a implementação das ações propostas pelo serviço de prevenção de câncer cérvico-uterino.

Segundo as enfermeiras do **Posto A**, os pedidos são feitos mensalmente, mas a Secretaria de Saúde não repassa os materiais necessários nem em quantidade suficiente: *"tu pedes as coisas, não vem, fica complicado de tu dá seguimento"* (E1A), nem material adequado para a realização do Papanicolaou *"e só vem desse tamanho, médio* [espéculo] *(...) não encontra G* [grande]*"* (E2A).

> "Nas formas mais tradicionais ou economicistas do planejamento, o recurso mais visível ou valorizado é quase sempre o recurso econômico ou financeiro. Valoriza-se pouco, no entanto, o fato de que, muitas vezes, a escassez de recursos de conhecimento, de poder ou de organização são mais importantes para explicar o fracasso de um plano do que a simples falta de dinheiro" (CECILIO, 1997, p. 159).

Assim, ao considerar-se a alta incidência de câncer uterino que, de acordo com dados absolutos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), foi responsável pela morte de 3.953 mulheres no Brasil em 2000, sendo previstos para 2003, 16.480 novos casos e 4.110 óbitos; que a forma mais acessível e econômica de detecção precoce é através deste exame que é fundamental, que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir em 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco; a realização pelo INCA de diversas campanhas educativas para incentivar o exame preventivo tanto voltadas para a população quanto para os profissionais da saúde (BRASIL, 2003b); o não atendimento de mulheres agendadas pode ter repercussões negativas para o seu processo de saúde, especificamente, no que se refere ao diagnóstico precoce de câncer uterino. Assim, qual o compromisso necessário dos trabalhadores de saúde com essas mulheres? Ter-se-á compreensão das relações presentes entre a organização do serviço, gerenciamento de recursos materiais, influência das ações em saúde e indicadores de saúde e doença da comunidade?

Brenna et al (2001) mostram que a má qualidade dos serviços de saúde está relacionada com problemas de agendamento e remarcação de consultas por falta de profissionais da área, especificamente, médicos ou greve, desestimulando ou exigindo que a mulher gaste um tempo muito grande para o seu atendimento,

tendo que deixar seus afazeres diários para se ocupar em conseguir atendimento de saúde.

Ao se pensar nos profissionais de saúde, hoje em dia, em especial naqueles que atuam nas instituições ligadas ao SUS, conclui-se que enfrentam uma grave situação de crise em relação à sua situação de trabalho: nível de salário e carreira; carência de recursos técnicos e materiais. Por existir no Brasil uma aparente banalização da noção de 'crise', acaba por não se surpreender mais com o agravamento de situações que se acreditava já estarem no limite (L'ABBATE, 1994). Não há como desconsiderar a crise no sistema de saúde, em especial, no que se refere à insuficiência de recursos humanos e materiais. No entanto, apesar desse quadro, estratégias necessitam ser construídas para o enfrentamento nos múltiplos espaços de atuação, como expressão de compromisso dos profissionais de saúde com a comunidade e a sua saúde.

No **Posto B,** diferentemente, as enfermeiras afirmaram não necessitar suspender a realização do exame em decorrência da falta de material: *"Sim, sempre teve"* (E1B), *"Não, não, a gente sempre pede com antecedência para não faltar, não é costume faltar material"* (E2B). Quando questionadas sobre quais as **estratégias** adotadas para que não ocorra a falta de material, apontaram ações relacionadas à organização do trabalho, planejamento de ações, previsão de materiais, distribuição de funções, dentre outras.

As enfermeiras afirmaram, ainda, que costumam fazer a previsão de material necessário e solicitam-no mensalmente para a Secretaria de Saúde, além de garantir a manutenção do estoque para evitar possíveis imprevistos. As estratégias apresentadas por essas enfermeiras mostram sua preocupação com a organização e o planejamento do serviço e, principalmente, X seu compromisso com os usuário:

> *nós fazemos o controle do material para que não falte, é assim, mesmo que tenha material no dia do pedido, eu vou fazer o pedido normal, pois suponhamos que não houve verba e a secretaria não pôde comprar naquele mês, eu tenho com que trabalhar, pois tenho a minha reserva. Aí, no próximo mês, eu faço o meu pedido novamente, embora o pedido anterior não tenha acontecido ainda, tanto eu quanto a [E2B], somos prevenidas, não deixamos faltar material, 'é uma coisa de compromisso'* (E1B).

Para Freitas, Arantes e Barros (1998), é necessário que os serviços de saúde estejam equipados e organizados para realizarem o exame regularmente, para que um grande número da população seja rastreado e beneficiado pelo programa de prevenção do câncer cérvico-uterino. De acordo com as estratégias de implantação do PAISM, para que o programa tenha uma resolutividade satisfatória, é necessário um preparo técnico tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação de serviço quanto do pessoal encarregado das funções de supervisão e de coordenação programática (BRASIL, 1984).

Olhando para a mulher, especificamente, existem seus sentimentos envolvidos e, freqüentemente, a necessidade de sua superação para o enfrentamento do exame. Ela, aparentemente, ao agendar o exame, superou sentimentos, preconceitos, tabus e até mesmo problemas relacionados com a organização do seu tempo pessoal para responder a um compromisso assumido no agendamento. No entanto, no momento em que esse exame é cancelado e remarcado, esses sentimentos e problemas, possivelmente, necessitem de um novo enfrentamento e de uma nova superação.

Ainda, a relação pedagógica presente nessa situação de aparente (des)compromisso com a usuária pode favorecer outras relações de descompromisso da própria usuária tanto com os serviços de saúde, quanto com sua saúde e consigo própria. Se os profissionais de saúde, mais instrumentalizados quanto à relevância da implementação de ações em saúde, especificamente quanto ao exame de diagnóstico precoce de câncer, suspendem sua realização, transferindo-o para outra data, apesar do deslocamento das usuárias até a instituição de saúde, é possível que, conseqüentemente, algumas conjecturas sejam feitas por essas usuárias quanto à real importância do exame, sua imprescindibilidade para as mulheres, a seriedade ou não das campanhas educativas para sua realização.

A questão que poderia ser levantada, no entanto, diz respeito ao significado da remarcação do exame para a mulher. Como vêm se dando tais remarcações? Qual o compromisso do serviço com os clientes? Ainda, essa remarcação é realmente necessária? Frente à ausência da enfermeira, por problema de saúde, não poderia ser adotada outra estratégia para assegurar o atendimento

esperado e necessário a essas mulheres? Ainda, porque não buscar outra enfermeira para a realização do exame? Tendo em vista possíveis impedimentos da única enfermeira do Posto, não seria necessário instrumentalizar um dos auxiliares de enfermagem para realizarem o exame, já que esse tem competência técnica para realizar o procedimento? Como vêm sendo estabelecidas as prioridades de atuação da enfermeira? Ainda, se for indispensável remarcar o exame, por que não avisar às mulheres previamente e negociar outra data?

Diante dessas questões levantadas acerca do não atendimento da mulher devido à troca da data e os motivos pelos quais a mudança foi justificada, as enfermeiras E1A e E2A expressaram posicionamentos diversos quanto a algumas possíveis **estratégias** para enfrentar o problema. Quando sugerida a coleta do exame por outro profissional habilitado, E1A diz nunca ter pensado nisso, mas que poderia ser uma alternativa *"nunca se pensou na possibilidade (...), na minha ausência, ela vir a fazer"*. Já E2A acredita que os auxiliares de enfermagem não gostariam de assumir tal função, dizendo que essa atividade é de responsabilidade da enfermeira: *"eu acho que seria bem resistente (...) no meu caso*, *eu não passaria (...) não sei o que a [E1A] acha".*

Frente à fala de E2A, poder-se-ia enfocar o processo de comunicação entre as duas enfermeiras do Posto A, visto que E2A expressa não ter conhecimento da opinião de sua colega de trabalho sobre uma questão de relevância para o serviço, não tendo esboçado movimentos no sentido de dialogarem sobre a proposta e/ou na tentativa de construção de outras estratégias para evitar o não atendimento das usuárias no dia previsto.

De acordo com a Portaria técnica de 14/10/1999 do Ministério da Saúde, já está estabelecido que o auxiliar de enfermagem pode realizar a coleta de material para exames citopatológicos (BRASIL, 2003c). Se esse profissional está tecnicamente habilitado, talvez necessitando apenas de aperfeiçoamento e instrumentalização técnica, por que não treiná-lo a fim de evitar os possíveis cancelamentos de exame?

Uma outra solução apresentada por E1A e E2A refere-se à tentativa de avisar às pacientes, com antecedência, da impossibilidade da realização do exame. Porém reconhecem, também, as dificuldades presentes nessa proposta pois,

segundo as enfermeiras entrevistadas, tais imprevistos acontecem quando já não é mais possível avisar às usuárias, bem como não conseguem prevê-los.

4.3 O TEMPO ENTRE O AGENDAMENTO E O EXAME: UMA QUESTÃO DE ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO E DE COMPROMISSO COM A USUÁRIA

Como já referido, o agendamento do exame nos **Postos A e B** inicialmente se dava de modo semelhante: ao final de cada mês, para a realização da coleta de material às terças e sextas-feiras do mês seguinte. No **Posto B**, um novo período de agendamento foi implantando a partir de março de 2003, passando a ser feito, a cada sexta-feira para a coleta na terça-feira da semana seguinte. Segundo as enfermeiras do **Posto B**, tal mudança decorreu da constatação do longo tempo entre o agendamento e o exame e sua possível relação com o elevado

número de faltosas. No mês de abril de 2003, então, no **Posto B**, foram agendados 58 exames e, destes, 11 faltaram, ou seja, 19%. Já no **Posto A,** foram agendados 64 exames, tendo 29 faltosas, o que corresponde a 45%. Assim, no Posto B, já é possível identificar a redução no número de faltosas.

Olhando para esses números, surgem questões que levam a aprofundar as reflexões quanto ao modo como vem se dando a organização do trabalho nesses dois postos: o que leva o **Posto A** a ter um número muito maior de faltosas do que o **Posto B**? O período entre o agendamento e a realização do exame influencia esses números? A troca da forma de agendamento do **Posto B** influenciou esse número de faltosas, com média anterior de faltosas de 40%, neste posto?

Assim, explorando com a enfermeira da **Unidade B** esta **estratégia** de mudança no processo de agendamento quanto à redução do tempo entre o agendamento e o dia da realização do exame, E1B refere:

> *um agendamento feito no primeiro dia do mês para ser feito na última semana, o papelzinho fica perdido ou fica na carteira (...) fazendo bem próximo o agendamento que são três dias antes, que são o sábado, o domingo e a segunda, fica bem mais difícil esquecer, creio que elas mentalizam bem que na próxima terça tem de vir. Isto foi fundamental: a troca da agenda.*

Como referido por E1B, o longo período entre o agendamento e a realização do exame parece estar associado à justificativa de esquecimento.

No **Posto A**, especificamente, o **esquecimento** foi referido por algumas mulheres como um dos motivos apontados para não comparecerem na data prevista:

> *Eu marquei muito tempo antes, acho que um mês ou mais de um mês, daí chegou no dia e eu me esqueci (M24A).*
>
> *Aí eu me esqueci, na segunda-feira!* (M8A).

É possível levantarem-se outras questões como: por que o agendamento se faz, ainda, com tanta antecedência no Posto A ? Qual a justificativa para que esse aconteça apenas uma vez por mês? Como os trabalhadores deste posto esperam que a mulher lembre-se da data e do horário do exame? Que outros recursos necessitariam ser adotados de modo a favorecer o não esquecimento? Que

estratégias poderiam ser construídas para o enfrentamento dessa dificuldade vivenciada e apontada pela mulher, tendo em vista a implementação do exame Papanicolaou agendado como uma ação de prevenção do câncer uterino?

As enfermeiras do **Posto A** apresentam opiniões divergentes quanto à relação entre o esquecimento do exame por parte das mulheres e o longo período entre o agendamento e a sua realização:

> *Eu acho que não, porque tudo que é lugar é assim. (...) Eu acho que esse não é o problema, porque a pessoa também tem que fazer a parte dela. E não tem como marcar se for esquecer. Fica difícil de trabalhar assim, né!* (E2A).

E2A justifica sua opinião dizendo ser responsabilidade da mulher lembrar-se da data do exame; que um mês não se constitui em tanto tempo de espera, apontando, também, que muitas consultas particulares são marcadas com antecedência semelhante, não sendo esquecidas, possivelmente por ser um procedimento pago. É preciso destacar, entretanto, que em consultas particulares, é comum que as clientes sejam lembrados, por telefone, na véspera do exame, da data e horário de sua realização.

Ao confrontar a fala da usuária – esquecimento pela longa distância entre a data do agendamento e o dia agendado – como justificativa para o não comparecimento na data prevista e a fala de E2A, é possível perceber um aparente desencontro entre o que uma usuária expressa e avalia e o que a trabalhadora de saúde refere e avalia, comprovando o apontado por Campos (1997a, p.42) que, “a maioria dos funcionários públicos tem oscilado entre a apatia burocrática e espasmos de corporativismo, raramente incluindo no rol de suas reivindicações qualquer defesa da Saúde Pública.”

Merhy (2002, p. 117) refere que “no campo da saúde, o objeto não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar”.

Assim, mesmo que E2A não demonstre suficiente compreensão de seu compromisso como trabalhadora da saúde com a implantação de ações que levem à promoção de saúde e à prevenção de doenças, manifestações de usuárias

referentes ao esquecimento causado pelo longo período entre a data do agendamento e a da realização do exame requereriam ações de cuidado com essa usuária. Produção de cuidado em saúde implica ouvir o outro, suas manifestações, percepções, sua análise e avaliação de como vê o trabalho em saúde, como o modo de sua organização facilita ou não o alcance de ações supostamente oferecidas à comunidade, e movimentos para a realização de mudanças que possam se fazer necessárias diante da voz do usuário. Ainda, E2A justifica que:

> *quando vim trabalhar neste posto, já era assim, eu não quis mudar a rotina porque esse posto tem muito movimento (...) tudo em função da organização, né! Porque, se não, é muita coisa. É muito movimento* (E2A).

A organização dos serviços em saúde necessita a construção de compromisso dos trabalhadores de saúde com a realidade das necessidades dos usuários (CAMPOS, 1992). Assim, a escuta à fala das usuárias, a compreensão da importância da sua participação como controle social[10], o repensar da organização do trabalho parecem elementos imprescindíveis para uma organização que pretende alcançar as metas a que se propõe. Talvez seja necessário, diante da posição inicialmente adotada por E2A, questionar acerca das metas propostas e almejadas pela Unidade de Saúde em que atua. Como o trabalho em saúde vem sendo planejado, implementado e avaliado como um todo? A que organização E2A se refere: *"tudo em função da organização!"* A quem vem servindo essa organização? À comunidade? Aos trabalhadores? Campos (1997a, p.33) destaca que:

> Quantos hospitais, escolas e organismos públicos não vegetam sem atingir os objetivos a que se propõem? A principal forma de resolver este conflito estaria na abertura dessas organizações. Deixar que a sensibilidade, o desejo e as necessidades dos usuários, da clientela, penetrassem em todos os poros da organização, de tal forma que todos os que ali trabalhassem viessem a sentir essa pressão. Não se trataria exclusivamente nem só da adoção dos mecanismos de mercado – concorrência e 'livre escolha' –, e tampouco só de modelos de gestão colegiada, mas da combinação criativa destas tradições visando assegurar a interferência da sociedade na vida interna das organizações.

E2A parece assumir uma posição aparentemente burocratizada, em que não se mostra sensível às necessidades e parece não reconhecer que as manifestações das usuárias justifiquem uma alteração na organização do serviço,

[10] Controle permanente da Sociedade organizada sobre o Estado em todos os segmentos sociais, visando o benefício da sociedade (BRASIL, 2000).

que, segundo ela, vem funcionando dessa forma por muito tempo. Demo (1999) destaca o problema da burocracia presente em muitas instituições, a da burocratização pública, caracterizada pela possível inabilidade de tratar com o público; reserva de horário para atender a comunidade; encurtamento do dia de trabalho; desconhecimento das necessidades do interessado; e o cúmulo de criar na comunidade a idéia de que o serviço está lhe prestando um favor.

Diferentemente, E1A reconhece que o longo período entre o agendamento e o exame de Papanicolaou em si pode favorecer o esquecimento da usuária:

> *O agendamento eu acho que prejudica em função de que, muitas vezes, a gente não consegue chegar e marcar. Por exemplo, se a gente pudesse chegar e marcar, de um dia pro outro, era muito mais difícil de esquecerem, né, mas como se agenda pro mês inteiro, muitas vezes chega hoje, prá agendar prá daqui a vinte, vinte e cinco dias, trinta dias* (E1A).

Quando questionada sobre a possibilidade de agendarem os exames preventivos de uma semana para outra, modificando a organização do serviço de agendamento, E1A justifica, dizendo:

> *Quando eu vim trabalhar aqui, já era assim, então se manteve a rotina do posto, até porque, até então não se tinha tido problema com isso, e não se tinha uma pesquisa em relação a isso, prá ver realmente os motivos da falta. Acho que de repente é uma coisa que poderia ser repensada. Marcar de uma semana prá outra, até poderia ser marcado... uns quinze dias (...) É que às vezes marcam, acho, que só por marcar (...) porque muitas vezes marca na última quinta e sexta-feira do mês, então na próxima semana, na quarta já teria exame e elas não vêm naquela quarta-feira (E1A).*

Entretanto, apresenta como possível solução para o enfrentamento dessa problemática:

> *Quer dizer que, se tu não colar no imã da geladeira, se tu não colocar na tua carteira, se tu não colocar num lugar mais visível, com os afazeres do dia-a-dia, tu vai acabar esquecendo* (E1A).

Apesar de E1A admitir o esquecimento da mulher como uma possibilidade a ser valorizada, aparentemente, as alternativas de enfrentamento apontadas não

questionam a organização do serviço e sua relação com o alcance da finalidade, a implementação de ações de saúde; parecem transferir apenas para a usuária a responsabilidade por não se esquecer da data agendada, através do bilhete preso no imã da geladeira, colocado na carteira, em lugar visível.

Assim, em relação à Unidade de Saúde A, o processo de agendamento parece centrar-se não na usuária e nas suas necessidades de saúde, mas na organização do serviço. O serviço, na fala de E1A, parece já dado, organizado, inquestionável. Merhy (1997c, p. 123) destaca, ainda, que “não basta corrigirmos procedimentos organizacionais (...) das instituições de saúde: é necessário modificar o modo de relação dos trabalhadores de saúde com o seu objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade”.

Além da aparente desconexão, possível de ser evidenciada, entre as dificuldades vividas e manifestas pela usuária e o serviço que lhe é oferecido, presente nas manifestações de E1A, as soluções apontadas parecem calcar-se predominantemente na visão de mundo da profissional e no seu modo de viver, já que prevê que todas as usuárias disponham de carteira para guardar o bilhete; e/ou de uma geladeira com imã para prendê-lo; e/ou um lugar visível e possivelmente organizado em suas residências, de modo a favorecer a lembrança do dia da realização do exame.

Ações que reduzem o âmbito do universo das necessidades de saúde dos usuários produzem profissionais dependentes das atividades, meio e pouco atentos às finalidades das ações de saúde, gerando uma relação trabalhador-usuário de não-acolhimento, de não-vínculo, de não-responsabilidade, de não-autonomia, burocratizando e desprezando o usuário como sujeito (MERHY, 1997c).

4.4 O CARTÃO INFORMATIVO OU A USUÁRIA COMO CENTRO DO FAZER?

Um outro motivo bastante freqüente apontado pelas faltosas como justificativa para seu não comparecimento está relacionado a estarem menstruadas no período proposto, o que também pode estar vinculado com o modo como se faz o agendamento.

Nos dois postos A e B, a partir da solicitação de agendamento pela mulher, lhe é oferecida uma data para a realização e, mediante a aceitação, lhe é entregue um lembrete impresso com orientações referentes ao preparo para o exame, além da data e da hora agendadas. Em praticamente todas as entrevistas, ficou claro o recebimento de um “papelzinho” contendo recomendações para serem seguidas nos dias anteriores à realização do exame:

> *É, eles dão aquele papelzinho, né (M16A).*
>
> *Eu cheguei ali e disse que queria marcar o exame e eles me deram um papelzinho, só com a orientação e deu. Eu peguei o papel e vim embora para casa. Com o dia marcado, com as orientações já escritas no papelzinho (M17A).*
>
> *Não, elas me deram um papelzinho (M13B).*
>
> *No papelzinho quando eles dão, entregam no dia do agendamento, né! (M23B).*

Segundo as Normas Técnicas e Operacionais da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, para se obter uma boa qualidade dos esfregaços, é necessário informar às pacientes que, por ocasião da coleta do material: não devem estar menstruadas, não devem usar duchas ou medicamentos vaginais nas 48 ou 72 horas precedentes ao dia da coleta e não devem manter relação sexual nas 24 horas anteriores à coleta[11]. A não observância dessas recomendações pode falsear os resultados da citologia (SSMA/RS, 1997, p. 55).

Assim, tendo em vista que no agendamento é entregue à mulher um cartão informativo, frente à leitura do seu conteúdo, como as dúvidas poderiam ser sanadas? Como poderia ser pensada e esclarecida a questão do "não estar menstruada"? Os dias da menstruação referem-se a exatamente a que período? Início de menstruação e seu final encaminham à necessidade de prever dias para margem de segurança? Quando se apresenta "o final do sangramento", este final tem significado, ainda, de menstruação? A quem cabe responder tais questões? Existe espaço e tempo disponível para expressar tais dúvidas e outras que possam emergir? As mulheres sentem-se à vontade para expressá-las?

Apesar de praticamente todas as mulheres referirem ter recebido o cartão informativo, poucas mencionaram terem sido questionadas sobre possíveis dúvidas referentes às recomendações. Nos dois postos, as mulheres disseram terem sido solicitadas a ler e compreender o conteúdo do lembrete:

> *Mas todas as vezes que eu ia lá, prá marcar, eu lia o papelzinho que eles dão com orientações (M5A).*

---

[11] As duchas não devem ser usadas antes do exame, porque o material celular pode ser retirado (Brunner e Suddarth, 1994). Do mesmo modo, não é recomendado no dia anterior manter relações sexuais, pois as secreções, o esperma e até mesmo os lubrificantes do preservativo e o espermicida podem alterar o exame.

> *A gente leu juntas, eu e a recepcionista, e ficou bem claro (M14B).*

Há que destacar que o procedimento de agendamento é rápido, possivelmente com outros usuários aguardando este atendimento, sem que esse momento seja considerado como um espaço privilegiado:

> *Rapidinho (...) Não me orientaram nada (...) deram o papelzinho (M8A).*
>
> *Ela me deu o papel (...) Eu só marquei, ali, ligeirinho com ela, ali, né! Ela não me orientou nada (M21A).*

Essas falas incitam, novamente, algumas questões: por que essas mulheres não fazem perguntas? O profissional que lhes atende dá abertura, estimula para que possíveis dúvidas emergidas a partir da leitura do cartão sejam sanadas? O local do agendamento influencia a expressão dessas dúvidas?

A enfermeira 2A enfatiza a importância da entrega do bilhete, justificando que este é entregue juntamente com orientações. No seu entender, caso a pessoa tenha "vergonha" de fazer perguntas, devido ao local com pouca privacidade, o conteúdo do texto do bilhete seria o suficiente para seus esclarecimentos. Caso não se sinta envergonhada e faça questionamentos, expressando dúvidas, as orientações são dadas *"verbalmente, em baixo tom"*. E2A diz, também, que os auxiliares de enfermagem e a secretária realizam o agendamento, e que todos dão orientações e entregam o lembrete. Entretanto, acerca da orientação por parte dos funcionários, salienta: *"todos que eu tenho visto dão orientação (...) quando fico ali na frente, eles dão as orientações."*

O comentário da profissional levanta, novamente, uma questão relacionada ao compromisso da equipe para com a usuária da Unidade de Saúde. Apesar de E2A apenas afirmar que a sua equipe fornece as orientações às mulheres em sua presença, aparentemente, não demonstra suficiente compromisso com as usuárias assegurando, através da educação em serviço, que as orientações necessárias estejam realmente lhes sendo transmitidas sempre que a mulher vem agendar o exame preventivo. A enfermeira E1A acredita que o serviço está bom e que não consegue ver falhas, até mesmo por falta de tempo, pois "o seu trabalho é

muito corrido", não lhe proporcionando momentos de observação e reflexão acerca do serviço.

Para Gandin (2002), no entanto, "avaliar é sempre julgar a realidade, para o que é imprescindível comparar alguma situação, fato ou elemento da realidade, com um padrão, prévia ou concomitantemente expresso ou subentendido" (p. 115). Assim, para avaliar o Posto onde trabalha, foi necessário julgar e comparar situações, fatos, o que requer o exercício do pensamento, na tentativa de identificar possíveis fragilidades na organização do serviço.

Avaliar é necessário e a avaliação significativa faz parte do próprio processo, enquanto ele se desenvolve, sem parar (GANDIN, 2002). Dessa forma, E1A, para avaliar o serviço, necessitaria enxergá-lo como um processo em constante avaliação, que pode apresentar falhas que precisariam ser revistas a fim de que o processo de trabalho atingisse seu produto final. Parece pertinente destacar que a avaliação de um serviço como componente fundamental do processo de organização e de planejamento de novas ações requer tempo para olhar e pensar o serviço como um todo, sua estrutura, seu processo e os resultados alcançados. Ainda, a avaliação de um serviço não depende apenas de um trabalhador isolado; porém os serviços fazem parte de organizações maiores, cuja expressão de compromisso com a comunidade requer o chamamento dos serviços e de seus trabalhadores para a necessidade de um contínuo e permanente processo de avaliação da qualidade dos cuidados em saúde dispensados à comunidade.

A usuária M5A entendeu que o momento do agendamento poderia ser uma ocasião de esclarecimento, em que informações poderiam ser dadas para que fosse possível um melhor atendimento:

> *Eu não perguntei, nem elas falaram nada (...) Eu acho assim, oh, que no posto tem que ser mais esclarecido (...) Eu acho que precisaria falar alguma coisa a mais, né (M5A).*

M5A, como usuária, tem direito à informação e, mesmo que não questione, que não expresse dúvidas, é necessário que receba informações sobre sua saúde, bem como sobre os procedimentos e cuidados que lhe serão dispensados. Em relação ao direito à informação, o PAISM destaca que

> "o conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde" (BRASIL, 1984, p. 16).

De acordo com a Lei 8.080/90, em seu artigo 7º, um dos princípios do SUS é o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (BRASIL, 1990). Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em seu Relatório Final, uma das proposições apresentadas se refere à exigência que pacientes e familiares sejam informados pelos profissionais sobre os procedimentos, riscos e benefícios do tratamento (BRASIL, 2001), o que parece estar sendo apontado pela própria usuária como atribuição dos trabalhadores do posto.

Assim como algumas mulheres disseram não ter sido questionadas sobre o seu provável período menstrual, outras com conhecimentos prévios sobre a realização do exame preventivo e demonstrando maior exercício de autonomia em relação a si, ao corpo e seu cuidado, tentaram negociar a data do exame, pois o dia proposto pelo serviço iria coincidir com o seu período menstrual:

> *É, eu marquei ali (...) eu disse pra ela do dia 10 ao dia 15 eu não posso ir fazer (...) porque se vir a minha menstruação...* (M12A).
>
> *Aí, olhei assim, tinha pro dia 28 e 29 e eu disse não, não me bota muito perto do dia 30, porque a minha menstruação vem nestes dias (M15A).*

As enfermeiras do Posto A estão de acordo quanto ao fato das mulheres necessitarem de informações e esclarecimentos quando buscam o serviço de agendamento do exame preventivo de câncer de colo uterino e apresentam como sugestão:

> *Um pouco mais de informação a ser dada na hora do agendamento, das orientações pré-exame* (E1A).
>
> *Eu acho que poderia (...) na hora de fazer o agendamento, ali, esclarecer prá pessoa que ela não deveria estar menstruada, além de dar o bilhete* (E2A).

Já as enfermeiras do Posto B, buscando maior interação profissional-usuária, vêm utilizando, como estratégias para melhor orientar as mulheres que procuram o agendamento, o diálogo entre a usuária e a enfermeira no momento do agendamento:

> *Podem tirar algumas dúvidas, já podem colocar muitas angústias (...) elas vêm com medo, com vergonha; então, a tentativa é deixá-las mais à vontade, conversar com elas previamente* (E1B).

O profissional de saúde tem que estar preparado para os momentos de atendimento individual no Centro de Saúde, que é um espaço educativo tão rico e ao mesmo tempo tão curto. Necessita buscar uma formação teórica que o ajude a compreender a realidade da clientela que assiste, não bastando apenas uma visão teórica limitada aos aspectos biológicos, necessita buscar outras dimensões na epidemiologia, nas ciências sociais e na economia (VASCONCELOS, 1997).

Logo, o agendamento requer que os profissionais vislumbrem este momento de contato com as usuárias que buscam o exame preventivo de câncer de colo uterino como um ponto chave para a interação profissional-usuária, usando-o de maneira que se estabeleça uma troca de saberes e, conseqüentemente, se torne uma prática educativa em saúde, e um processo mais efetivo.

Várias dúvidas podem emergir no que se refere às recomendações escritas no bilhete informativo, ao exame propriamente dito. É possível que apresentem informações e conhecimentos sobre este procedimento, mas que desejem confirmar ou até mesmo questionar sobre outras questões que estejam lhe preocupando e/ou que tenham sido suscitadas neste momento do agendamento. Como já dito, a mulher, quando agenda o exame, o faz em um espaço público, comumente sem privacidade, o que pode comprometer o esclarecimento de seus questionamentos.

Assim, E1A acredita que o local pode ser inadequado para o agendamento do exame:

> *Ahhh, talvez, talvez. Até porque muitas vezes elas chegam na recepção, e a recepção está cheia de gente, (...) Podem se sentir um pouco constrangidas, em relação a isto, pelo fato de realmente não ter um lugarzinho mais apropriado* (E1A).

Já para E2A, o local não influencia esta questão:

> *Não, acho que não. (...) Tu acha assim vergonha, seria? (...) Mas como a gente dá o papel, acho que agora a coisa tá mais liberada, eu não sinto isso quando eu tô ali na frente que eu faço agendamento, eu não sinto* (E2A)”

Lopes (1994) e Merighi; Hoga; Praça (1997) mostram que os profissionais necessitam estar atentos aos sentimentos da mulher quanto ao exame preventivo de câncer uterino. Cada mulher percebe esse exame e, conseqüentemente, o seu corpo de maneiras diferentes. Apesar desse procedimento poder apresentar-se para os profissionais como simples, rotineiro, rápido e indolor, para a mulher, porém, pode ser visto como algo agressivo física e psicologicamente.

Dessa forma, é oportuno desenvolver métodos novos de assistir à mulher, buscando a compreensão de cada cliente que chega à instituição de saúde, dando voz àquela a quem o cuidado é destinado, valorizando o que sente, pensa e deseja (SIMÕES;SOUZA, 1999).

Tal preocupação parece estar presente no **Posto B**: mediante uma proposta de mudança da forma de agendamento do exame preventivo de câncer de colo uterino, E2B, na verdade, refere-se a uma nova modalidade adotada para o agendamento em que as usuárias são encaminhadas à sala da enfermeira para agendar o exame preventivo de câncer de colo uterino. Nesse momento, são repassadas as orientações necessárias para a realização do exame bem como iniciada a entrevista pré-exame e o preenchimento das fichas para o dia da coleta:

> *A mulher já vem marcar, eu já converso com ela antes de marcar, se estiver tudo ok, já marca, já faz e deu* (E2B).

Porém, essa não é a realidade de todas as Unidades de Saúde. Como é possível assistir de uma nova forma se é oferecido à mulher apenas um espaço público sem qualquer privacidade, junto a pessoas conhecidas e/ou desconhecidas, de diferentes sexos, idades, dentre outros? Como é possível dar voz a essa mulher, se ela tem que falar sobre questões relacionadas à sua privacidade e intimidade e sobre as quais podem estar presentes mitos e preconceitos, num espaço público, podendo criar uma barreira para que expresse dúvidas e desconhecimentos sobre o exame e as orientações recebidas?

Brenna et al (2001), em seu estudo “Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino”, identificaram como justificativas mais referidas para a não realização do exame entre as mulheres com NIC (87%) e com câncer invasivo (81%), respectivamente, a desmotivação e a

vergonha. O mesmo foi constatado por Merighi, Hoga e Praça (1997) cujas mulheres entrevistadas referiram sentimentos de vergonha e constrangimento no momento da coleta. Assim como muitas mulheres sentem-se envergonhadas, constrangidas, fragilizadas e, até mesmo, agredidas física e psicologicamente no momento do exame, também no momento de agendamento esses sentimentos podem surgir quando não lhes é oferecido um local privado para favorecer o questionamento de fatores que possam influenciar a realização do exame e o esclarecimento de possíveis dúvidas que apresentem no momento de agendar o exame.

4.5 A ORIENTAÇÃO DA USUÁRIA COMO EXPRESSÃO DO COMPROMETIMENTO DA EQUIPE

As mulheres, quando procuram as unidades de saúde para agendar o exame preventivo, possivelmente, necessitam não apenas receber informações sobre os cuidados necessários a serem seguidos antes do exame, de modo a poderem realizá-lo, mas que se estabeleça uma relação de aprendizado. A vinda da mulher ao posto, esse momento de primeiro contato com a usuária, pode transformar-se em um espaço de troca de diferentes saberes e possibilidade de instrumentalização para o cuidado do próprio corpo e de si com maior autonomia e cidadania. O profissional que mantém o contato com a mulher necessita estar atento a sua função educativa, a qual deve ser colocada em prática já a partir do momento do agendamento do exame: “É preciso preservar o espaço necessário para uma

relação de aprendizado. Não é um aprendizado instantâneo. É um aprendizado que se dá em um processo de diálogo" (VASCONCELOS, 1997, p. 35).

Bertolaccini e Pereira (2001, p. 37), em seu estudo com a população feminina de Sorocaba, verificaram que

> "o ideal seria que todas as mulheres fossem orientadas sobre o exame antes da execução do mesmo. É uma oportunidade de se educar a mulher, motivando-a para dar continuidade aos cuidados preventivos e/ou divulgar o procedimento entre suas amigas e vizinhas".

A conclusão dessas autoras confirma que a mulher necessita ser orientada; mais que isso, educada sobre os cuidados com sua saúde e, para que os assuma, é imprescindível que receba e troque informações e conhecimentos com a equipe de saúde que a acolhe e a atende nas unidades de saúde.

Aproximando-se dessas conclusões, E2B considera que o fato das mulheres estarem desinformadas acerca da realização do Papanicolaou compromete o processo de efetivação desse exame:

> *Eu acho que há uma desinformação geral, das mulheres, em relação à realização do Papanicolaou. Muitas delas vêm marcar, mas não sabem os cuidados que precisam, não sabem qual o período para fazer esse exame que, dependendo do ciclo menstrual, não pode ser realizado em determinada data* (E2B).

Aguiar (1996/1997), em sua pesquisa realizada com profissionais de saúde da rede básica, verificou que os serviços básicos de saúde são descritos como espaços de disseminação de informações; que as relações de bom atendimento e educação precisam andar juntas, pois as pessoas não confiam em quem não presta um atendimento satisfatório; e que o profissional precisa saber escutar a mulher, além de informar.

Quando a mulher procura o atendimento em um posto de saúde, busca uma equipe comprometida com suas necessidades. Espera encontrar trabalhadores que sejam sujeitos ativos no processo de reabilitação para que não perca o contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade e que se responsabilize pelo objetivo final, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade (CAMPOS, 1997b).

Considerando o grande número de mulheres que ainda não realiza o exame preventivo, é importante salientar que, apesar de existir um período mais

adequado para a realização do exame, é preciso não desperdiçar a ida da mulher ao serviço, ou seja, se ela comparece tanto para agendar como para realizar o exame, deve-se tentar atendê-la, mesmo que não seja no período considerado o mais adequado para coleta do material.

O período ideal para a realização do exame preventivo tendo como base o ciclo menstrual, é da metade da fase proliferativa[12] até a metade da fase secretora. É nesse período que o endométrio está em seu estado mais estável, quando já ocorreu sua escamação (menstruação) e, no final da fase secretora pois, apesar da ausência de sangue, já se caracteriza pela instabilidade do endométrio, iniciando sua proliferação, tendo o risco de ocorrer um sangramento no momento da coleta do material endocérvico. A fase menstrual não é a mais recomendada "porque a presença de sangue na lâmina interfere na interpretação precisa" (BRUNNER; SUDDARTH, 1994, p. 1049). Dessa forma, em um ciclo menstrual de 28 dias, o período mais indicado para a realização do exame é entre o décimo e o vigésimo quarto dia do ciclo, ou seja, dez dias após o primeiro dia do sangramento até cinco dias antes da próxima menstruação.

De acordo com a enfermeira 2B, antes das mudanças ocorridas no processo de agendamento do **Posto B**, não era perguntado à mulher acerca do seu ciclo menstrual:

> *Antigamente, quando eu cheguei aqui, era assim, marcou, fez. Não se preocupava saber em que período do ciclo estava. Então, agora eu procurei fazer uma coisa diferente, prá não perder tempo* (E2B).

[12] O ciclo menstrual ou ciclo reprodutor feminino dura em média de 26 a 28 dias, incluindo dois ciclos simultâneos: ovariano e endometrial. O primeiro divide-se em duas fases: folicular, durante a qual se desenvolve e se rompe o folículo de Graaf; inicia no primeiro dia da menstruação e se estende por 14 dias, quando ocorre a ovulação; lútea, com início no décimo quinto dia, indo até o final do ciclo (primeiro dia da próxima menstruação). Já o segundo ciclo tem três fases que demonstram as alterações do endométrio uterino, que se prepara para a implantação do óvulo fertilizado: menstrual, inicia com o primeiro dia da menstruação e termina em cerca de cinco dias; é nesta fase que as camadas do endométrio, que se desenvolveram no ciclo anterior, desprendem-se e são eliminadas; proliferativa, inicia no quinto dia e termina na ovulação, mais ou menos no décimo quarto dia. Neste período, o muco cervical é espesso e escasso, com o endométrio iniciando sua proliferação e aumentando sua espessura; secretora, estende-se do décimo quarto ao vigésimo quinto dia. No final desta fase, o endométrio aumentou sua espessura, estando rico de sangue e glicogênio, pronto para receber e nutrir o ovo implantado. Caso não ocorra a fertilização e a implantação, a circulação do endométrio diminui, levando à necrose dos tecidos. O desprendimento subseqüente das camadas endometriais marca o início do próximo ciclo menstrual (BRANDEN, 2000).

Apesar de várias mulheres não possuírem um ciclo menstrual regular, é possível, no entanto, prever um dia provável para o seu início. Para aquelas que fazem uso de anticoncepcionais hormonais ou que, não o adotando, têm um ciclo regular, torna-se ainda mais fácil prever a data. Bertolaccini e Pereira (2001) em estudo com 356 mulheres, constataram que 29,6% utilizavam a pílula[13] como método anticoncepcional. Segundo o estudo de Motta et al (2001), que pesquisou 6821 mulheres que se submeteram à entrevista e ao exame ginecológico, a maioria apresentava ciclos menstruais de caráter regular e apenas 20% irregular e nas demais (27%), o ciclo era ausente.

A princípio, o não estar menstruada na data a ser agendada tem sido uma exigência apresentada à mulher. Assim, foi possível perceber uma decepção consigo própria, tanto na expressão facial de M19A quanto na sua fala, por não ter considerado que poderia menstruar na data agendada:

> *É, pois é, ela não me falou e eu não me toquei, também podia vir a menstruação. Ela vem bem todos os meses, agora nesses últimos, ela tem vindo antes*.

M19A demonstra que, apesar de não ter recebido a informação, ela também se sente responsável por não tê-la previsto, o que comprometeu a realização do exame no dia agendado. Isso demonstra, mais uma vez, a relevância do compromisso dos trabalhadores de saúde com as ações terapêuticas de saúde, o que requer não apenas a implementação de uma ação, mas a implementação permanente de relações educativas, a divulgação de informações, tendo em vista, dentre outros, o respeito e a preservação da autonomia do usuário.

Entretanto, das vinte e cinco mulheres entrevistadas, apenas duas, e da Unidade de Saúde A, referiram ter identificado comentários por parte do funcionário do agendamento sobre o seu provável período menstrual, para que o exame não fosse agendado nessa data:

> *É, ela perguntou. Ela me alertou tudinho* (M11A).

---

[13] As mulheres que utilizam anticoncepcionais orais apresentam uma “pseudomenstruação”, que é produzida pela administração e em seguida pela retirada de substâncias hormonais, sendo mais adequado ser denominado de “sangramento por supressão”. Este sangramento, geralmente, ocorre de dois a três dias após ingerir a última pílula da cartela do Anticoncepcional Oral (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

> *Não, porque até ela me perguntou sobre minha menstruação* (M18A).

Sendo assim, parece fundamental que sempre que uma mulher procurar um serviço de saúde para agendar um exame preventivo de câncer de colo uterino, seja questionada sobre seu ciclo menstrual, de modo que possa escolher o melhor dia para realizar o exame. A enfermeira 2A refere que a questão da menstruação necessita ser reforçada pelo pessoal que realiza o agendamento do exame. Para isso, ela diz utilizar-se de um calendário no momento do agendamento para que a mulher possa identificar os dias em que não estará menstruada:

> *Eu tenho sempre assim, na mesa, um calendário, (...) no dia que a gente vai marcar (...) eu pergunto: 'que dia a senhora vai tá menstruada'. Daí, eu já sei, dia tal vai tá (E2A).*

Já E1A diz que as mulheres não têm conhecimento do seu ciclo menstrual, levando-as a não realizarem o exame por estarem menstruadas nesse dia:

> *Muito do desconhecimento que ela tem em relação ao ciclo menstrual, porque mediante o agendamento do exame, nós pedimos, nós perguntamos qual é a data provável da menstruação prá que não coincida com o exame (...) ou porque não tomam Anticoncepcional ou porque teriam um ciclo irregular.*

A fala de E2A aponta para a relevância de uma relação de compromisso a ser construída pelo profissional que executa o agendamento com a usuária que busca o serviço. Como agendar um exame de Papanicolaou sem atentar para o ciclo menstrual da mulher? Como agendar esse exame sem dialogar com a usuária?

Os responsáveis pelo agendamento dos exames no **Posto A** são os trabalhadores da equipe de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeira. Já no **Posto B**, essa função é exercida por um funcionário administrativo do posto. A mulher, ao chegar ao posto, desconhece quem irá atendê-la. Essa recepção, esse primeiro contato com um funcionário do posto pode interferir em todo o processo que está se iniciando. Esse trabalhador poderá ou não ser decisivo no atendimento das necessidades de saúde das usuárias.

Para Merhy,

> “em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário (...) há a produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica” (MERHY, 1997b, p. 76).

O trabalhador, após questionar os motivos que levaram a usuária ao serviço, decide para onde encaminhá-la. Esse encontro envolve o trabalhador, portador de um arsenal de saberes específicos e de prática, e um usuário, portador de uma necessidade de saúde. Um carrega um problema e busca, no encontro, uma relação de compromisso com base na sinceridade, na responsabilidade, na confiança; o outro, também procura alguma coisa, tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (MERHY, 1997b).

Durante o período em que foi realizada a busca das mulheres faltosas nos postos, foi possível observar algumas situações de como se dava o atendimento nessas unidades de saúde. No **Posto A**, onde o atendimento de recepção/acolhimento era feito na sala de espera, em uma mesa, pela equipe de enfermagem, o usuário era atendido diante de outros usuários que aguardam atendimento. O profissional que realizava o agendamento, o fazia entre um atendimento de enfermagem e outro, não oferecendo ao usuário privacidade nem, tampouco, atenção exclusiva naquele momento. Contraditoriamente, os profissionais de enfermagem que implementam o agendamento no **Posto A** e que, *a priori*, estariam tecnicamente mais instrumentalizados para acolher a usuária, fornecendo a elucidação de possíveis dúvidas e questionamentos, lhe ofereceram um espaço com privacidade mais comprometida, o que pôde dificultar o atendimento das necessidades de cuidados dessas mulheres.

Já no **Posto B**, esse mesmo atendimento era realizado por uma funcionária administrativa, em um guichê na recepção do posto, onde os clientes eram atendidos individualmente não tendo, ainda, uma privacidade desejada, mas onde era possível, aparentemente, conversar com o profissional de maneira um pouco mais reservada. Neste, a função de agendamento era cumprida sempre pela mesma funcionária, o que poderia facilitar o processo. Entretanto, apesar de ser assegurada maior privacidade às usuárias, é possível que o trabalhador que procede o agendamento não disponha do conhecimento necessário tanto para

oferecer informações relevantes, quanto para sanar dúvidas e questões trazidas pelas usuárias.

No **Posto B,** já vinham sendo criadas novas **estratégias** a fim de facilitar o contato entre a usuária e o profissional que realiza o serviço. Uma dessas foi a troca do agendamento do guichê para a sala da enfermagem. Assim, a mulher ao chegar na Unidade de Saúde costumava ser encaminhada à sala da enfermeira, onde recebia informações, orientações e já iniciava a pré-consulta para o exame:

> *Isso agora já tem uma outra orientação (...) entrando na sala, falando com a enfermeira, já se faz uma parte da entrevista (...) já podem tirar algumas dúvidas* (E1B).

Essas mudanças no **Posto B** parecem ter trazido bons resultados, segundo a opinião das enfermeiras do setor, mas ainda estão sendo analisadas, já que consideram que o serviço de agendamento dos exames deva ser realizado pelos funcionários do guichê de informação:

> *Melhorou um pouco, só que assim eu acho que informação é no guichê, é informação de guichê (...) ele é que tem de fazer isso, eu não posso abraçar tudo* (E2B).

Desse modo, apresentam como **estratégia,** para modificar a situação, a orientação dos funcionários do setor de agendamento para que desenvolvam o trabalho de maneira satisfatória:

> *Eu tenho de orientá-los, deixá-los preparados para que desenvolvam seu trabalho satisfatoriamente, e isto eu não tenho conseguido ainda,... ainda (E2B).*

Assim, essa estratégia da enfermeira E2B vai ao encontro da proposta de VASCONCELOS (1997), de que existem funcionários como serventes, secretárias e motoristas que devem ser acompanhados e treinados de modo que se integrem à proposta de trabalho do Centro de Saúde.

Várias questões podem ser levantadas acerca do preparo desses trabalhadores do guichê de informações para acolher e orientar as clientes no serviço de agendamento do exame preventivo de câncer de colo uterino. É indispensável que esses profissionais de saúde dispensem atenção ao usuário para

> "compreendê-lo, assimilar seu sofrimento, entender o risco e a qualidade do comprometimento que vem passando, intervir no sentido de lhe garantir uma solução e alterar a situação individual e coletiva que se relaciona com o processo de produção do seu problema" (MERHY, 1997c p. 117).

Ainda, o usuário "espera que a relação trabalhador de saúde-usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema (MERHY, 1997c, p. 120).

Merighi; Hoga; Praça (1997, p.306) afirmam que

> "os profissionais de saúde devem estar atentos em relação à percepção da mulher quanto ao exame e que fatores como vínculo, a empatia e o envolvimento constituem-se em elementos importantes, senão essenciais, para captar a clientela e favorecer sua aderência ao programa preventivo".

Neste posto (B) ainda, o processo de agendamento do exame preventivo de câncer de colo-uterino, vem sendo continuamente avaliado e modificado aparentemente a partir da percepção das enfermeiras que atuam nesse serviço. Segundo a avaliação de E2B, alguns aspectos desse processo denotam melhora, mas ainda não são suficientes, já que algumas mulheres continuam faltando ao exame. Para essa enfermeira, o atendimento era muito impessoal, era simplesmente marcar, agora, passou a ser-lhes dado um pouco mais de atenção, proporcionando, também, mais agilidade ao processo:

> *Eu acho que melhorou, né! Antes era uma coisa muito impessoal, era simplesmente marcar, marcou, se vir, veio. Melhorou no sentido que se dá mais atenção prá pessoa* (E2B).

Segundo a enfermeira E1B, ainda, o profissional para trabalhar no setor de agendamento necessita ter um perfil adequado "*o perfil tem de ser a saúde (...) Mas não é bem assim que funciona*[14]*",* e acrescenta, dizendo que o trabalhador de enfermagem é o que tem melhor perfil. A **estratégia** dessa enfermeira para capacitar o funcionário do agendamento, mais uma vez, será, a educação em serviço, a fim de que ele adquira os conhecimentos necessários para melhor atender a clientela do posto de saúde.

---

[14] A enfermeira E1B, refere-se ao perfil adequado do profissional que trabalha no setor de agendamento, por ter dois funcionários que, anteriormente, atuavam, respectivamente, no setor de marcenaria e serviços urbanos, e que foram transferidos para o Posto de Saúde e para o setor de agendamento, mesmo, aparentemente não sendo possuidores deste perfil.

De acordo com o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, há uma deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço, sendo necessário prepará-lo quanto à humanização, bem como deve ser garantido aos Recursos Humanos em Saúde, processo permanente de Educação Continuada, que todo profissional de saúde tenha treinamento de ingresso ao serviço (BRASIL, 2001).

Finalizando este capítulo, que trouxe os motivos apontados pelas mulheres para o seu não comparecimento na data agendada para o seu preventivo de câncer de colo uterino e as estratégias para a redução deste não comparecimento, destaca-se que além do esquecimento, do estar menstruada - motivos estes associados ou não com a troca de data pelos trabalhadores da própria unidade - e do não ter com quem deixar os filhos, também foi apontado o uso de pomadas, o que pode estar relacionado a como vem se dando o processo de orientação da mulher no agendamento. Outros motivos diretamente relacionados à mulher, como estar doente e a falta de liberação no trabalho, foram apontados nas entrevistas com as usuárias e, apesar de terem sido apresentados à enfermeira do Posto A nos encontros, não foram explorados no texto, já que a análise aqui realizada dos motivos apontados pela mulher esteve mais articulada à elaboração de estratégias para o enfrentamento da questão, tendo em vista a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo de câncer de colo uterino.

A seguir, seguem as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é entendido como um dever do Estado de promover meios que visem a promoção da saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações de saúde. Para esse direito ser alcançado, é preciso que as pessoas busquem ações e lutem por ele, exigindo atendimento de qualidade e resolutivo para os seus problemas.

A mulher tem sido alvo de várias estratégias para promoção, proteção e recuperação da sua saúde. Especificamente no que se refere à prevenção do câncer de colo de útero, essa mulher encontra no exame citopatológico de Papanicolaou uma das condutas mais utilizadas na detecção precoce do câncer de colo de útero. Diante disso, busca Unidades de Saúde para agendar o exame porém, muitas vezes, por diversos motivos, não comparece no dia agendado para a sua realização.

O cuidado buscado pela mulher no que se refere à prevenção do câncer de colo uterino parece ser um passo importante, mostrando que ela vê sua saúde como uma das prioridades em sua vida e que prevenir/curar doenças é necessário para que tenha melhor qualidade de vida. Desse modo, foram delineados como objetivos desta pesquisa ***conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um exame preventivo de câncer de colo de útero e não comparecerem para sua realização e elaborar estratégias para redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo do câncer de colo uterino, agendado nas Unidades Básicas de Saúde.***

A partir de entrevistas realizadas com vinte e cinco mulheres que agendaram o exame preventivo de câncer de colo uterino em duas Unidades de Saúde e não compareceram no dia para a realização da coleta do material e dos encontros com as enfermeiras desses postos, foi possível construir cinco categorias, sendo elas: ***a busca do agendamento pela mulher; o compromisso da unidade de saúde frente à escolha da mulher; o tempo entre o agendamento e o exame: uma questão de organização do trabalho e de compromisso com a usuária; o cartão informativo ou a usuária como centro do fazer? e; a orientação da usuária como expressão do comprometimento da equipe.***

A busca do agendamento pela mulher significa a busca pelo atendimento em que necessidades de saúde das usuárias passam a ser consideradas, de modo que sua autonomia e integralidade sejam preservadas. Ações integrais e a integralidade da assistência precisam estar presentes em todo o processo para a implementação da ação em saúde, desde o agendamento até a efetivação do atendimento da mulher no dia do exame.

Algumas mulheres buscam o exame preventivo por perceberem manifestações diferentes em seu corpo; outras, conhecedoras da importância da realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, procuram-no para a

prevenção de doenças e promoção da sua saúde. No entanto, algumas mulheres não procuram as Unidades de Saúde de maneira autônoma, necessitando de estímulos externos que façam com que procurem assistência. Dessa forma, é preciso que os profissionais que atuam no serviço de saúde estejam atentos aos sentimentos e manifestações da mulher, de modo que esta amplie sua compreensão sobre a relevância do exame preventivo de câncer uterino como uma necessidade a ser atendida para a sua saúde e que, independentemente de indicação e/ou exigência externas, busque o seu próprio cuidado.

O **compromisso da Unidade de Saúde frente à escolha da mulher** se expressa nas respostas da unidade aos movimentos e solicitações das usuárias que buscam atendimento. É preciso considerar que uma das formas de expressão desse compromisso é responder às necessidades de saúde da população que busca o atendimento, bem como estar atento às suas manifestações para que se possa reorganizar e reestruturar os serviços de modo que cuidados em saúde sejam realizados e ações em saúde implementadas.

A usuária escolhe a Unidade de Saúde principalmente pela proximidade com sua residência. Algumas mulheres, entretanto, manifestam descontentamento em relação à Unidade de Saúde mas, independente disso, agendam o exame preventivo nessa Unidade. Do mesmo modo, outras usuárias relatam que fazem a opção por determinado posto por já terem sido bem atendidas em outros momentos. Assim, considera-se essencial que a unidade demonstre compromisso para com a mulher, oferecendo-lhe um serviço organizado, de qualidade, que responda às necessidades detectadas, sendo acolhedor e acessível à comunidade.

No entanto, o compromisso dos trabalhadores para com a escolha da mulher é questionado no momento em que as mulheres relatam que os exames foram remarcados devido à falta de material para a realização ou pela ausência da enfermeira responsável pela execução. A não realização dos exames leva à reflexão sobre as conseqüências negativas que a remarcação ocasiona sobre o processo de saúde dessa usuária, que superou preconceitos, medos e dificuldades para ir à unidade de saúde e que, tendo o exame adiado, necessita, novamente, preparar-se, além do risco do não retorno para a realização do exame preventivo.

Destacam-se as estratégias apontadas para garantir o compromisso da Unidade de Saúde para com as mulheres, salientando o acolhimento disponibilizado

às mulheres quando procuram o serviço de agendamento do exame preventivo de câncer de colo uterino. Foi destacada a necessidade de contínua orientação dos trabalhadores que atuam na unidade, de modo que as usuárias tenham um acolhimento que favoreça sua adesão à assistência desejada. Também, a necessidade de disponibilidade de material para a realização do exame preventivo, que é garantida através da organização e do planejamento do trabalho, como expressão do compromisso com as usuárias do serviço.

Contudo, no que se refere à avaliação dos cuidados de saúde prestados à comunidade e à implementação das ações em saúde, esse processo deveria ser desencadeado por um chamamento da organização de saúde do município como um todo, das próprias Unidades de Saúde, e/ou dos profissionais de saúde, frente a resultados propostos e previstos mas não alcançados e diante de quaisquer manifestações dos usuários.

O **tempo entre o agendamento e o exame** como expressão não só da organização do trabalho, parece fortemente relacionado com a possibilidade de não esquecimento da mulher em relação à data agendada e de previsão de não incidência dessa data com a menstruação. Assim, reduzir o período de tempo entre a data de agendamento e a realização do exame constitui-se em uma estratégia que favorece a implementação do exame preventivo de Papanicolaou e expressa o compromisso da Unidade de Saúde com a usuária e o seu processo de saúde.

Durante o processo de agendamento do exame preventivo de câncer de colo uterino, é entregue à mulher um **cartão informativo** com orientações a serem seguidas antes da realização do exame. Considerando que um dos motivos apontados pelas mulheres para o seu não comparecimento no dia agendado foi estarem menstruadas, não parece ser suficiente, simplesmente, entregar esse lembrete, sendo de fundamental importância que essas mulheres troquem informações, sejam ouvidas, expressem dúvidas, tornando-se o centro do agendamento. É importante destacar que algumas usuárias reconhecem que esse momento de agendamento deveria ser mais esclarecedor, de modo a responder às suas necessidades, favorecendo a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino.

As enfermeiras salientam ser de fundamental importância a entrega do cartão informativo às mulheres que agendam o exame, como forma de orientá-las,

bem como para evitar constrangimentos no esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir em um local com pouca privacidade. Entretanto, reconhecem que as mulheres necessitam de informações e esclarecimentos quando buscam o serviço de agendamento do exame preventivo, sugerindo que sejam repassadas mais informações às usuárias no momento do agendamento.

Como estratégias referidas pelas enfermeiras para assegurar maior interação profissional-usuária e orientação das mulheres que procuram o agendamento, destaca-se o diálogo entre a enfermeira e a usuária no momento do agendamento. Essas profissionais, para tornarem o processo de agendamento mais efetivo, referem estimular a troca de saberes, estabelecendo-se uma prática educativa.

O não estar menstruada no dia agendado para o exame preventivo de câncer de colo uterino tem sido uma das exigências apresentadas às mulheres e uma das justificativas freqüentes para o não comparecimento. Considera-se de fundamental importância, então, a **orientação da usuária** no processo de agendamento como expressão do compromisso da equipe.

As enfermeiras consideram que o fato da mulher não ter conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e sobre o seu ciclo menstrual dificultam o processo de efetivação do exame preventivo. Desse modo, é necessário orientar essa mulher que busca o serviço de prevenção do câncer de colo de útero sobre o exame, bem como sobre como conhecer seu ciclo menstrual a fim de que possa agendar o exame fora desse período, auxiliando tanto na adesão à prevenção do câncer de colo uterino, como no conhecimento de si, do seu corpo, favorecendo o exercício de autonomia.

Desse modo, a avaliação dos cuidados prestados, da organização do serviço, assim como especificamente da interação profissional-cliente, da linguagem utilizada, da educação em serviço e, fundamentalmente, do compromisso com a usuária e o seu processo de saúde, são estratégias a serem adotadas não apenas para alcançar a educação em saúde, mas também a implementação das ações em saúde.

Finalizando este estudo, fica evidente a necessidade de olhar-se para as usuárias que buscam as unidades de saúde para realizarem o exame preventivo de

câncer de colo uterino, como o centro do processo de agendamento, seres humanos que procuram ações integrais e não apenas úteros em busca de um diagnóstico. São mulheres possuidoras de saberes, dúvidas, sentimentos e que por motivos, muitas vezes alheios a sua vontade, não podem estar presentes ao exame no dia previamente agendado.

Assim, através do compromisso da unidade de saúde frente à escolha da mulher, da redução do tempo entre o agendamento e a efetivação do exame, da utilização do cartão informativo como um apoio e não como o centro das informações fornecidas e das orientações à usuária como expressão do comprometimento da equipe, pode-se garantir esse olhar e fazer que reconhece a mulher como centro da assistência.

É fundamental que os profissionais se comprometam com a assistência prestada à mulher, que exerçam em seu local de trabalho sua autonomia, visando promover também a autonomia da usuária, de modo a que esta possa buscar a promoção e preservação da sua saúde, assim como a prevenção de doenças. As enfermeiras precisam estar atentas às necessidades das usuárias, assim como necessitam ver e analisar o seu serviço de modo dinâmico, em permanente construção e movimento, como um processo que precisa ser constantemente avaliado e reestruturado, buscando sempre preservar e garantir a qualidade da assistência.

Reconhece-se que o uso da observação de como vem se dando o processo de agendamento nessas unidades de saúde poderia ter trazido outras respostas a este estudo, podendo explicitar ainda mais as questões que o impulsionaram. Do mesmo modo, o propósito de elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame, de um modo mais coletivo, junto ao grupo de enfermeiras das unidades de saúde selecionadas, poderia ter apontado outros avanços e possibilidades. Destacam-se, entretanto, as dificuldades enfrentadas para reunir as enfermeiras, o que teria oportunizado, de modo mais sistemático, um olhar para o seu fazer e para a organização do seu trabalho, e sua relação com a efetiva implementação do exame preventivo de câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S.F. Violência, Cidadania e Saúde Pública. In: BARATA, R.B. et al. (orgs) **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

AGUIAR, A.C. de. Assistência Integral à Saúde da Mulher: A ótica dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública** 22 (¼): 7-18, jan./dez. 1996/1997.

AMORIM, M.H.C. et al. Oficina de Trabalho: “Mulher- uma viagem ao seu corpo”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 49 (2): 281-286, abr. / jun. 1996.

BARRIENTOS, D.M.S. Mulher & Saúde: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem, 1998. 151 f. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem**. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. — Brasília, 2001. 1 CD-ROM.

BECH, J. Princípios Fundamentais de Atenção à Saúde**.** In: MISOCZKY, M.C.A.; BECH, J. (orgs.) **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Dacasa Editora/PDGSaúde, 2002.

BERTOLACCINI, M.I.de B.C.; PEREIRA, V.M. Conhecimento e práticas da população feminina de Sorocaba referentes ao exame preventivo de câncer genital. **Rev. Paul. Enf.,** 20 (1): 31 – 41, jan./abr., 2001.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação Qualitativa em Educação –** Porto Codex – Portugal: Porto Editora, 1994.

BOSI, M.L.M. Cidadania, Participação Popular e Saúde na Visão dos Profissionais do Setor: Um estudo de caso na Rede Pública de Serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (4): 446-456, out./dez., 1994.

BRANDEN, P.S**. Enfermagem Materno-Infantil**. – Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática / Ministério da Saúde – Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)

BRASIL, Constituição (1988) **Constituição: República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dos correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p.18.055-18.059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde em <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto> Acesso em: 14 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. < http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher> Acesso em: 8 abr. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). < http://www.inca.gov.br/cancer/utero/> Acesso em: 28 nov. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/faq.html> Acesso em 11 dez. 2003c.

BRENNA, S.M.F. et al. Conhecimento, atitude e prática do Exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 17 (4): 909 – 914, jul./ago., 2001.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** V.3, 7.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1994.

BUENO, W.S. Betim: construindo um gestor Pleno. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) **Praxis en Salud: un desafío para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W.de S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida** – São Paulo: Hucitec,1991.

____. **A reforma da reforma.** São Paulo: Hucitec, 1992.

____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C. de O. (org) **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997a.

____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) **Praxis en Salud: un desafío para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997b.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico** Rio de Janeiro: Forense-Universitária,1982.

CARVALHO, I.C.G.de. Comportamento preventivo em saúde em relação ao câncer uterino. Manaus. Universidade Federal da Bahia. Enfermagem, 1996. 93 f. In: CAPES – **Banco de Teses e Dissertações** – [on line].

CASTIEL, L.D. **O buraco e o avestruz –** a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994.

CECILIO, L.C.de O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) **Praxis en Salud: un desafío para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.

CHEIDA, M.L.C. O exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1993. 54 f. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem**. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. — Brasília, 2001. 1 CD-ROM.

DEMO, P. **Participação é conquista:** noções de política social participativa. – 4. ed. – São Paulo: Cortez, 1999.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Cobertura do exame Citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19 (1): 194-197, 2003.

FERREIRA, S.L. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, M.C.P.de; ROCHA, S.M.M. (orgs) **O trabalho de Enfermagem**.– São Paulo: Cortez, 1997.

FERREIRA, S.M.G.; AZEVEDO, P.C.V. Sistema de Informação para a tomada de decisões em saúde – Sintomas – Sintemas de Informação Geográfico para Sistemas Locais de Saúde. In: MENDES, E.V. (org) **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

FOCESI, E. Educação em Saúde e Cidadania. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, 2 (3/4), 2º sem. 1992.

FREITAS, S.L.F.de; ARANTES, S.L.; BARROS, S.M.O.de Atuação da enfermeira obstetra na comunidade Anhanguera, Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, 6 (2): 57-64, abril, l998.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 165-181, 2001.

GAIO, T.C.; FARIA, E.M. Cidadania, Participação e Controle Social **–** Requisitos para efetivar o SUS – Reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 9 (2), pt. 1, p. 264-273, mai./ago., 2000.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo:** na educação e em outras instituições, grupos e movimentos dos campos cultural, social, político, religioso e governamental. 11. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Eqüidade. **Bioética** (5) 27-33 1997.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, 26 (6): 37-61, jan/abr., 2002.

INCA – Normas e Recomendações do. Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 48 (1): 13-15, 2002a.

INCA – Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde <http://www.inca.org.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulher_fasel> Acesso em: 8 mai. 2002b.

____. <http://www.inca.org.br/prevencao/index.html> Acesso em: 17 jul. 2002c.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Públ.,** Rio de janeiro, 10 (4): 481-490, out/dez, 1994.

LEOPARDI, M. T. Introdução In: LEOPARDI, M.T. (org) **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da Pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2000.

LOPES, E.R. et al. Comportamento da população brasileira feminina em relação ao câncer cérvico-uterino. **J. Bras. Ginec.,** 105 (11/12): 505-516, 1995.

LOPES, R.L.M. A mulher vivenciando o Exame Ginecológico na prevenção do Câncer Cérvico Uterino. **R. Enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, 2 (2): 165 – 170, out. 1994.

____. O avesso da prevenção do câncer cérvico-uterino: o ex-sistir feminino sob a ótica da Enfermagem. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 1996. 170f. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem**. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. — Brasília, 2001. 1 CD-ROM.

LOPES, R.L.M.; SOUZA, I.E. de O. Vivência de mulheres. O cotidiano da Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. **Femina,** 23 (7): 663-664, ago., 1995.

MALUHY, M.de A. A percepção da mulher frente ao exame ginecológico: um olhar a partir da profissional da equipe de enfermagem. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermagem, 2001. 140 f. In: CAPES – **Banco de Teses e Dissertações** – [on line]

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Editora Moraes/ EDUC, 1989.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. A rede Básica, como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) **Praxis en Salud: un desafío para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997a.

____. Em busca do tempo perdido: A Micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) **Praxis en Salud: un desafío para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997b.

____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o Modelo Técno-Assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações). In: CECILIO, L.C. de O. (org) **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997c.

____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. Apresentação: o sentido deste livro e seus compromissos. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) **Praxis en Salud: un desafío para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Hucitec, 1997.

MERIGHI, M.A.B.; HOGA, L.A.K.; PRAÇA, N. DE S. Detecção precoce do câncer cérvico-uterino em uma unidade básica de saúde: uma estratégia de ensino. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, 21 (5): 300 – 306, set./out., 1997.

MEZOMO, J.C. **Gestão da Qualidade na Saúde:** Princípios Básicos. São Paulo: J. C. Mezomo: 1995.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOTTA, E.V. da et al. Colpocitologia em Ambulatório de Ginecologia Preventiva. **Revista da Associação Médica Brasileira** 2001;47(4):302-10

MOURA, D. **Saúde não se dá, conquista-se.** São Paulo: Hucitec, 1989.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde**.** In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.) **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. – 2.ed. – São Paulo: Hucitec, 2000. – (Saúde em debate; 96, Série Didática; 3)

OSIS, M.J.M.D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito, e o programa:** história de uma intervenção. Campinas – SP: [s.n.], 1994. Dissertação (Mestrado).

____. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. ***Cad. Saúde Pública*.** 1998, vol.14 suppl.1.

PAULA, A.F. "A gente se sente um pouco constrangida mas é preciso": o exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. Belo Horizonte. Universidade federal de Minas Gerais. Enfermagem, 2001. 144 F. In: CAPES – **Banco de Teses e Dissertações** – [on line]

PETERLE, D.M. **Programa de Saúde da Mulher –** Significados atribuídos por profissionais deste setor em Unidades Básicas de Saúde da Cidade de São Paulo. – São Paulo: s.n., 1998. Dissertação (Mestrado)

PETERSEN, V.B.C. Programas de prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico – estudo preliminar da freqüência à re-consulta. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, l981. 73 p. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem**. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. — Brasília, 2001. 1 CD-ROM

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em Saúde**.** In: LEOPARDI M.T. (Org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

RAMOS, D.D.; LIMA ,M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19 (1): 27-34, jan-fev, 2003.

RIVOIRE, W.A.; MONEGO, H.I.; REIS, R.dos Neoplasia Intra-Epitelial Cervical. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia.** 3.ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RIZZOTTO, M.L.F. As políticas da saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, 55(2): 196-199, mar./abr., 2002.

SALA, A. A avaliação de Programas de Saúde**.** In: SCHRAIBER, Lilia B. (org) **Programação em Saúde Hoje.** São Paulo: Hucitec, 1993.

SAMAJA, J. **A Reprodução Social e a Saúde:** elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade editora, 2000.

SES/RS (SECRETARIA da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul) **Boletim Informativo da Secretaria da Saúde / RS**: Saúde Informa. Especial Saúde da Mulher. Número 6 junho de 2002.

SSMA/RS – Estado do Rio Grande do Sul – Secretaria da saúde e do meio ambiente Departamento de ações em saúde – Seção de saúde da mulher – Programa de assistência pré-natal – Detecção e controle da gravidez de alto risco – **Normas técnicas e operacionais,** 1997.

SMS/RG SECRETARIA Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Saúde. Coordenação Municipal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Relatório 2001 PAISM**.

SEPÚLVEDA, M.A.C., Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas> Acesso em: 29 ago. 2002.

SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, Í.E.de O. A mulher e a de-cisão no cuidar da própria saúde: um estudo compreensivo sob a ótica da enfermagem. **R.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 7 (2): 123-128, jul/dez.1999.

TELLES, V.da S. Sociedade civil e a construção de espaços públicos**.** In: DAGINO, E. (org.) **Anos 90:** política e sociedade no Brasil – São Paulo: Brasiliense, 1994.

TENÓRIO, I.M. Representações sociais de mulheres (usuárias e profissionais de saúde) sobre a prevenção do câncer ginecológico. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, 1996. 162 f. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem**. Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. — Brasília, 2001. 1 CD-ROM.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem:** Uma Modalidade Convergente-Assistencial – Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A.N. **Bases Teórico-Metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**: Idéias gerais para a elaboração de Um projeto de Pesquisa. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

VALLA, V.V. A cidadania e a saúde na América Latina. **Medicina y Sociedad** 14 (2) Abrio-Junio 1991.

____. Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8 (1): 30-40, jan./mar, 1992.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos serviços de saúde.** 3. ed. ampliada: São Paulo: Hucitec, 1997.

ZIEGEL E.E; CRANLEY ,M.S. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, l985

Apêndice A – Autorização para a realização do estudo

Às Enfermeiras da Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande
Centro de Saúde

Vimos comunicá-las, através deste, que a pós-graduanda **Alexandra Bittencourt Madureira,** do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG realizará sua coleta de dados junto às clientes dessa Unidade de Saúde, sendo necessário fornecer-lhe o nome, o telefone e o endereço das mulheres que agendam o Exame Preventivo de Câncer Cérvico Uterino e não comparecem para a sua realização. Comunicamos, também, que o contato com as mulheres se dará preferencialmente em suas casas, mas podendo acontecer nas dependências do Posto de Saúde.

Atenciosamente.

Ari Mossi Féris *Secretário Municipal da Saúde*	Denise Duarte Grafulha da Costa *Coordenação Municipal do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher*

Rio Grande, 28 de março de 2003

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuária

Prezada _____

Esta pesquisa tem como objetivo **conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um Exame Preventivo de Câncer de Colo de Útero e não comparecerem para sua realização.** Este trabalho destina-se à elaboração de uma Dissertação pela mestranda Alexandra Bittencourt Madureira, a qual obterá o título de Mestre em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande, sendo orientada pela Profª Drª Valéria Lerch Lunardi.

A coleta de dados será através de entrevista semi-estruturada, sendo esta gravada.

Cabe, ainda, esclarecer que a participante terá garantia:

- de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;

- de liberdade em recusar-se a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, em retirar seu consentimento e optar por deixar de participar do referido trabalho, sem qualquer prejuízo a sua pessoa;

- o anonimato e o caráter confidencial das informações relatadas. As participantes serão identificadas por codinomes;

- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

Mestranda: Alexandra Bittencourt Madureira Telefones: (53) 232-7933 ou (53) 99619700

Orientadora da pesquisa: Profª Valéria Lerch Lunardi Telefone: (53) 235-1448

Local e Data:

_____ _____

Assinatura Pesquisadora Assinatura Participante

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional

Prezada Enfermeira: _____

Esta pesquisa, intitulada "**A SAÚDE COMO UM DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA"**, tem como objetivos:

- conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um Exame Preventivo de Câncer de Colo de Útero e não comparecerem para sua realização; e

- elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo do câncer de colo uterino, agendado nas Unidades Básicas de Saúde.

Este trabalho destina-se à elaboração de uma Dissertação pela mestranda Alexandra Bittencourt Madureira, a qual obterá o título de Mestre em Enfermagem

pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande, sendo orientada pela professora Drª. Valéria Lerch Lunardi.

A coleta de dados se dará em dois momentos distintos: o primeiro, entrevista semi-estruturada com usuárias dos Postos de Saúde que agendam o exame preventivo de câncer de colo uterino e não comparecem para realizá-lo e o segundo, encontros com os profissionais de enfermagem envolvidos no processo de agendamento e coleta do exame preventivo de câncer de colo das Unidades Básicas de Saúde para juntamente com a autora e a partir dos achados do primeiro momento, elaborar estratégias para contribuir com a organização dos serviços. Os encontros serão gravados em fita cassete.

Cabe, ainda, esclarecer que os participantes terão garantida:
- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade em recusar-se a participar do estudo;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relatadas.
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

Mestranda: Alexandra Bittencourt Madureira Telefones: (53) 232-7933 / 99619700
Orientadora da pesquisa: Profª Valéria Lerch Lunardi Telefone: (53) 235-1448

Local e Data:

_____ _____

Enfermeira **Pesquisadora**

Apêndice D – Apresentação Posto A

A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA

Introduzindo o Tema:

Uma das questões de maior importância na área da saúde da mulher é a que se refere à prevenção de Câncer de Colo Uterino, sendo o exame citopatológico de Papanicolaou o mais utilizado como estratégia para a sua detecção precoce. Apesar desse exame ser oferecido gratuitamente em postos de saúde, ainda existe um grande número de mulheres que até agenda a sua coleta, mas não comparece para sua execução.

Objetivos:

- conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino e não comparecem para a sua realização; e
- elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo do câncer de colo uterino, agendado nas Unidades Básicas de Saúde.

Caminho Percorrido:

O estudo se dará em duas etapas:

→ a primeira, exploratória, onde foram realizadas 25 entrevistas semi-estruturadas, com mulheres que agendaram o exame Papanicolaou, mas não compareceram para a sua coleta; para captar estas mulheres foram escolhidos dois Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande;

→ na segunda etapa, a partir da análise dos dados, serão realizados encontros com os trabalhadores de enfermagem envolvidos no processo de agendamento e realização do exame a fim de construir estratégias de enfrentamento

Resultados:

Posto A

64 exames agendados no mês de Abril

29 mulheres não compareceram = 45%

Entrevistas: 19 = 65% das faltosas

Motivos apontados pelas mulheres para não comparecerem ao exame na data agendada:

Menstruação: 8

Motivos Pessoais: (Não ter com quem deixar os filhos (2); Doente (3); Trabalho (1); Poderia estar grávida (1)

Esquecimento: 2

“Troca da Data pela Unidade”: menstruação, esquecimento, já ter realizado o exame em outro local, doença, poderia estar grávida e não ter podido ir.

→ Estratégias:

Apêndice E – Apresentação Posto B

A SAÚDE COMO DIREITO: O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO SOB O OLHAR DA FALTOSA

Introduzindo o Tema:

Uma das questões de maior importância na área da saúde da mulher é a que se refere à prevenção de Câncer de Colo Uterino, sendo o exame citopatológico de Papanicolaou o mais utilizado como estratégia para a sua detecção precoce. Apesar desse exame ser oferecido gratuitamente em postos de saúde, ainda existe um grande número de mulheres que até agenda a sua coleta, mas não comparece para sua execução.

Objetivos:

- conhecer os motivos apresentados pelas mulheres para agendarem um Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino e não comparecem para a sua realização; e
- elaborar estratégias para a redução do não comparecimento de usuárias ao exame preventivo do câncer de colo uterino, agendado nas Unidades Básicas de Saúde.

Caminho Percorrido:

O estudo se dará em duas etapas:

→ a primeira, exploratória, onde foram realizadas 25 entrevistas semi-estruturadas, com mulheres que agendaram o exame Papanicolaou, mas não compareceram para a sua coleta; para captar estas mulheres foram escolhidos dois Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande;

→ na segunda etapa, a partir da análise dos dados, serão realizados encontros com os trabalhadores de enfermagem envolvidos no processo de agendamento e realização do exame a fim de construir estratégias de enfrentamento.

Resultados:

Posto B

58 exames agendados no mês de Abril

11 mulheres não compareceram = 19%

Entrevistas: 6 = 54% das faltosas

Motivos apontados pelas mulheres para não comparecerem ao exame na data agendada:

Menstruação: 3

Trocou a Data: 1

Estava com pomada: 1

Constrangimento por conhecer a Enfermeira: 1

→ Estratégias: