

# DEMANDAS DE MULHERES POR CUIDADO À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

## DEMAND OF WOMEN FOR HEALTH CARE: GRANTS FOR CONSTRUCTION OF COMPLETENESS

## DEMANDAS DE LAS MUJERES POR EL CUIDADO A LA SALUD: SUBSIDIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTEGRALIDAD

Edméia de Almeida Cardoso Coelho<sup>1</sup>  
Carla Tatiane Oliveira Silva<sup>2</sup>  
Vanessa Cavalcante de Sena<sup>3</sup>  
Andiara Rodrigues Barros<sup>4</sup>  
Enilda Rosendo do Nascimento<sup>5</sup>  
Mariza Silva Almeida<sup>6</sup>

O modo como serviços e práticas em saúde são organizados reproduz uma rede de poderes que oferece às mulheres respostas fragmentadas e de baixa resolutividade. Este estudo objetivou conhecer a experiência das mulheres na busca pelo cuidado junto ao serviço de rede básica de saúde. Tem caráter qualitativo e integralidade como eixo teórico. Foi desenvolvido em um centro de saúde com 19 mulheres usuárias do serviço. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sendo o material empírico analisado pela técnica de análise de discurso. Constatou-se que o serviço de saúde distancia-se da integralidade, na medida em que apresenta assimetria entre oferta e demanda e nega o exercício da autonomia das mulheres. As estratégias de enfrentamento utilizadas consistem em sucessivos retornos ao serviço, procura por outros serviços, automedicação e atenção na rede privada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado à saúde. Saúde da mulher. Integralidade. Enfermagem.

*The way services and health practices are organized plays a network of power that gives women answers fragmented and poor solutions. This study aimed to understand the experience of women in the search for care by the service primary care network. Is qualitative and completeness as theoretical. Was developed in a health center with 19 women who use the service. Interviews were semi-structured, and the empirical data analyzed by the technique of discourse analysis. It was found that the health service is far from the full to the extent that introduces asymmetry between supply and demand and deny the exercise of women's autonomy. Coping strategies used consist of successive returns to service, demand for other services, self-medication and attention on the private network.*

**KEY WORDS:** Health care. Women's health. Wholeness.

*La forma como se organizan los servicios y prácticas de salud, reproduce una red de poderes la cual ofrece a las mujeres respuestas parciales y de bajos resultados. Este estudio tuvo como objetivo conocer la experiencia de las*

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora do Grupo de Estudos Sobre Saúde da Mulher (GEM). edmeiacolho@gmail.com.

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Intensivista. Enfermeira do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

<sup>3</sup> Graduada em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Riacho Fundo, Distrito Federal.

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFBA. andiarabarro@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem, UFBA. Pesquisadora do GEM. enildarosendo@hotmail.com.

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem, UFBA. Pesquisadora do GEM. marizaal@yahoo.com.br.

*mujeres en la búsqueda por la atención junto al servicio de la red de atención primaria. Estudio con enfoque cualitativo, teniendo como eje teórico la integralidad. Fue desarrollado en un centro de salud con 19 mujeres que utilizan el servicio. Se utilizaron las entrevistas semiestructuradas y los datos empíricos fueron analizados a través de la técnica del análisis del discurso. Se constató que el servicio de salud se distancia de la integralidad, a medida que presenta una asimetría entre la oferta y la demanda y niega el ejercicio de la autonomía de las mujeres. Las estrategias utilizadas para afrontarla consisten en las vueltas sucesivas al servicio, la búsqueda por otros servicios, la automedicación y la atención en la red privada.*

**PALABRAS-CLAVE:** Cuidado a la salud. Salud de la mujer. Integralidad. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A identificação e o atendimento das demandas por cuidado à saúde relacionado às vivências femininas é compromisso das políticas públicas na perspectiva da integralidade. Todavia, o modo como os serviços e as práticas em saúde são organizados reproduz uma rede de poderes que oferece às mulheres atenção fragmentada e de baixa resolutividade, com um cuidado dirigido a queixas clínicas, mantendo na obscuridade suas necessidades mais amplas em saúde (COELHO et al., 2009).

Entendemos que a diversidade de fatores que interagem na produção de necessidades de cuidado à saúde define respostas, não somente pelos serviços, mas também pelas próprias mulheres. Para Camargo Jr. (2005, p. 98), a demanda é estabelecida desde o momento em que há uma solicitação de intervenção e é construída numa interação dinâmica e complexa que envolve “[...] processos biológicos, arsenais técnicos e teóricos, experiências corporais e subjetivas, representações socioculturais sobre saúde e doença, quadros de referência sobre direitos e deveres dos sujeitos com problemas de saúde e dos profissionais encarregados de atendê-los”.

No tocante à saúde da mulher, ao longo das três últimas décadas, foi ampliada a cobertura no SUS, no entanto os indicadores de saúde denunciam que a parcela mais pobre da população mantém-se exposta a desigualdades sociais que levam a adoecimento e morte por causas evitáveis. Investigações científicas também revelam relações profissionais-usuárias que pouco valorizam o processo saúde-doença em sua dimensão social e a subjetividade das mulheres como geradora de demandas de saúde, além de

conviver-se, cotidianamente, com a descontinuidade da oferta de serviços no nível da atenção básica e especializada e de insumos terapêuticos (COELHO; FONSECA, 2004; GUEDES et al., 2007; SOUSA, 2011). Na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher propõe a integralidade da atenção e a dimensão de gênero como seus eixos norteadores e como caminho para o empoderamento das mulheres. No entanto, mantém-se como desafio compreender e dar respostas às suas demandas mais amplas sob a perspectiva da integralidade, valorizando o contexto de suas vivências no espaço privado e público (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No âmbito da saúde da mulher, a integralidade do cuidado é compreendida como a concretização de práticas de atenção que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas (GUEDES et al., 2007).

Na rede de atenção básica, há problemas no âmbito da organização dos serviços, entre os quais sobressaem a descontinuidade na oferta de métodos contraceptivos, informações fragmentadas, sem valorização das especificidades dos grupos assistidos, demora para agendamento de consultas e recebimento de exames, inclusive na atenção pré-natal, situações que têm comprometido o vínculo das usuárias e gerado o distanciamento do serviço de saúde (COELHO et al., 2009; SOUSA, 2011). Ademais, o período reprodutivo constitui a fase do ciclo vital feminino geradora de maiores demandas oriundas das experiências sexuais e reprodutivas que se apresentam comprometidas pela vulnerabilidade

social e econômica, ambas agravadas pela vulnerabilidade de gênero (SANTOS, 2010).

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, na cidade do Salvador (BA), local que desenvolve atividades no campo da saúde da mulher. Este Distrito foi escolhido devido ao perfil epidemiológico da população, caracterizado pelo baixo poder econômico e por uma complexidade de problemas de saúde.

Em outra pesquisa realizada na mesma área geográfica, com 191 mulheres grávidas cadastradas em 10 USF, 66,5% informaram estar vivenciando uma gravidez não planejada e 62,83% das mulheres não realizavam o planejamento reprodutivo antes da gravidez na USF. A maioria delas eram mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade e baixa renda, com pouco acesso à informação e aos meios de contracepção. A gravidez não planejada foi atribuída a múltiplos fatores, entre eles as mulheres não terem garantido o acesso aos métodos e a informações segundo suas demandas, evidenciando que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) parece não ter sido efetiva na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, o que se soma à ambivalência e à submissão aos desejos do parceiro (COELHO et al., 2012; SOUSA, 2011).

Estudos que dão visibilidade à cobertura da atenção à mulher na ESF ainda são escassos, mas pesquisas recentes em sua área de cobertura em Salvador mostram que características sociodemográficas e reprodutivas influenciam o vínculo que as mulheres estabelecem com os programas oferecidos. Estudos com foco nas ações do planejamento reprodutivo têm revelado que, nas ESFs, há desequilíbrio na utilização dos serviços pelas populações de suas áreas adscritas, havendo necessidade de visibilizar-se a relação entre oferta e demanda, bem como a utilização dos serviços pelas mulheres em toda a atenção básica (COELHO et al., 2012; SANTOS, 2010; SOUSA, 2011).

Para oferecer subsídios à construção de práticas na perspectiva da integralidade, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Na concepção das mulheres, em que medida os

serviços de saúde respondem às suas demandas por cuidado à saúde? Seu objetivo é conhecer a experiência das mulheres na busca pelo cuidado junto ao serviço de rede básica de saúde.

## METODOLOGIA

O estudo tem caráter qualitativo e foi desenvolvido sob a perspectiva teórica da integralidade. Esta é construída no cotidiano dos sujeitos, nas instituições onde diferentes saberes e práticas interagem a todo tempo e se recusa a reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem, valorizando o aspecto em que “[...] a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 25). Nessa perspectiva teórica, articulam-se a qualidade formal e a política do trabalho em saúde, valorizando-se as dimensões instrumental e expressiva do processo de cuidar.

A pesquisa foi realizada com 19 mulheres usuárias de um serviço público de atenção básica que desenvolve atividades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e é campo de práticas para cursos de saúde. A pesquisa foi orientada pelos princípios éticos recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução n. 196/96 (BRASIL, 1996). Participaram do estudo as mulheres que concordaram com seus objetivos e se disponibilizaram a ser entrevistadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de adolescentes, foi solicitada autorização por meio de assinatura do responsável legal no TCLE. As depoentes escolheram nomes fictícios para identificar suas falas e se manter no anonimato.

O material empírico foi produzido em entrevista semiestruturada orientada por um roteiro de questões. As entrevistas foram realizadas no serviço selecionado para o estudo, por ocasião da presença das mulheres para consultas, sendo gravadas em fitas cassete e posteriormente transcritas na íntegra.

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso na perspectiva de Fiorin (2005), para o qual o discurso é uma

posição social e as representações ideológicas são materializadas na linguagem. A análise de discurso tem como princípio básico reconhecer o nível mais abstrato, temático, que dá coerência ao texto. Para o autor, a reiteração, a redundância, a repetição, a recorrência de traços semânticos ao longo do discurso, entre outros fatores, dão coerência ao texto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos, nesta seção, algumas características das mulheres que participaram do estudo, bem como as categorias de análise que emergiram dos discursos, quais sejam: cuidado como confluência entre acolhimento e resolutividade, incertezas da atenção às demandas das mulheres negando a integralidade, estratégias de cuidado adotadas por mulheres revelam a negação da saúde como direito.

### Caracterização das participantes do estudo

A faixa etária das 19 mulheres participantes do estudo variou de 14 a 46 anos, predominando idade entre 20 a 30 anos, sendo 4 adolescentes. A maioria declarou-se de cor parda, seguida da cor preta e da cor amarela, esta correspondendo a 2 mulheres. Quanto ao estado civil, predominou a união consensual, havendo 9 solteiras e 1 casada. A maioria tinha o ensino fundamental incompleto, 6 tinham nível médio incompleto e 3 eram analfabetas. Em relação à renda familiar mensal, 3 mulheres apresentaram renda inferior a um salário mínimo; 6, um salário mínimo; 9, entre 2 e três 3 mínimos; enquanto apenas 1 delas apresentou renda de 4 salários mínimos. A principal ocupação das mulheres entrevistadas foi dona de casa, representando mais da metade do grupo.

As mulheres participantes da pesquisa apresentaram como característica comum terem gestado pelo menos uma vez, excetuando-se 2 delas. De um grupo de 17 que já engravidou pelo menos uma vez, 3 não realizaram o pré-natal e as demais foram acompanhadas durante a

gravidez no serviço em que foi realizado o estudo ou em outro. Embora 9 mulheres não tenham história de abortamento, este, de modo espontâneo e/ou provocado, também esteve presente, o que se torna importante, pelo fato de ambas as formas requererem atenção especial pelo serviço de saúde. Questões de gênero e a situação socioeconômica foram referidas como razões para o abortamento provocado, sendo essas: dificuldade financeira, falta de moradia, medo da mãe, abandono ou falta de apoio do parceiro, “falta de juízo” e gestação indesejada.

No momento da pesquisa, 13 mulheres eram usuárias de contraceptivos hormonais, 2 faziam uso de preservativo masculino, uma delas associando-o a chá de alumã, 2 encontravam-se gestantes e as demais, em número de 4, não faziam uso de nenhum método. A escolha do método contraceptivo, segundo as mulheres, está relacionada à facilidade de acesso. Os contraceptivos hormonais orais foram referidos como de maior possibilidade de aquisição, mesmo quando o serviço não lhes oferece. Já a escolha dos métodos injetáveis é justificada pela praticidade de uso e despreocupação quanto ao esquecimento. Os efeitos colaterais foram citados como motivo de troca de métodos. O não uso ou uso esporádico de preservativo masculino é uma marca das mulheres participantes da pesquisa, na medida em que somente duas delas referiram usar esse método. Assim, a maioria encontrava-se em situação de vulnerabilidade às IST/HIV, havendo referência a corrimentos recorrentes com confirmação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

### Cuidado como confluência entre acolhimento e resolutividade

A concepção de *ser cuidada*, que constituiu um dos objetivos do estudo, foi expressa essencialmente ligada à qualidade das relações entre profissionais e usuárias, acompanhada da garantia de acesso, resolutividade e condições de infraestrutura dos serviços. Nos depoimentos que seguem, lê-se que, para as mulheres sentirem-se cuidadas, se faz necessário o estabelecimento de relação de confiança, escuta de necessidades

e resolução dos problemas: “Um bom cuidado é a gente chegar e o pessoal falar com a gente, se preocupar, perguntar o que está sentindo, vir examinar a gente.” (Amanda). “Se você chega sentindo uma coisa e tem tempo de conversar com o profissional e ele te olha, te escuta e depois passa um remédio ele tá cuidando muito bem. Você passa a ter confiança nele, aí você é bem cuidada.” (Maria da Conceição). “Um bom cuidado em saúde é desde o primeiro atendimento, ou seja, da marcação até chegar ao médico e ele passar um remédio que seja eficiente para aquilo que você deseja, precisa no momento.” (Iolanda). Uma das participantes referiu-se à garantia de acesso como parte dos sentidos do cuidado: “Para mim um bom cuidado em saúde é a gente procurar e achar vaga. O que faz com que eu não me sinta cuidada é justamente a dificuldade de encontrar uma consulta.” (Rebeca).

Motta (2005), investigando a visão de mulheres sobre as relações interpessoais estabelecidas entre elas e os(as) profissionais em um serviço de saúde, aponta menor demora, mais delicadeza e competência por parte dos(das) profissionais como fatores que qualificam essa relação. Nesta pesquisa, o significado do cuidado foi mais fortemente evidente nas atitudes interpessoais dos(as) profissionais no momento do atendimento, especialmente ao realizar um procedimento técnico, pois é quando se aproximam, tocam, olham. As depoentes desta pesquisa esperam que o(a)s profissionais dispensem o cuidado integral, particular, sendo empático(a)s, acolhedore(a)s e compreensivo(a)s. Para Bosi e Uchimura (2007), o cuidar em saúde contempla a competência técnica associada à valorização da subjetividade das relações como aspectos intimamente ligados à noção da integralidade, já que esta requer uma visão holística do ser humano, implicando acolhimento e diálogo, este visto como atitude que requer encontro.

A estrutura física dos serviços é também apontada como condição para o cuidado em saúde, de modo que são citados a preservação da boa higiene, conforto e presença de insumos materiais como aspectos primordiais, conforme pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

“Um bom cuidado em saúde é, em primeiro lugar, você entrar na sala com higiene. Aí já tá cuidando da minha saúde demais. Quando eu chegar aqui e achar o que eu tô precisando, quando tem o remédio, são essas coisas. Eu nem sei direito, mas tendo higiene já tá ótimo.” (Lilian).

“Um bom cuidado em saúde envolve também a questão do ambiente, né? Eu não acho aqui um lugar muito confortável, por exemplo, para vir com criança. Aqui, por ser um posto de saúde, deveria ser mais limpo; aqui é muito sujo, aqui não tem muito asseio.” (Iolanda).

Observa-se, nesses depoimentos, que as usuárias consideram a higiene do serviço precária, reconhecendo sua interferência negativa no desenvolvimento de ações dentro da unidade e seu impacto no estado de saúde das usuárias, deixando-as desconfortáveis e afastando-as do serviço. Este aspecto, somado à incerteza de garantia de acesso aos insumos materiais, torna-se um dificultador da prática do acolhimento nesse serviço, aspecto fundamental para a construção da integralidade.

No tocante à(o)s profissionais que fazem com que as mulheres se sintam cuidadas, há uma diversidade de posições, em que notadamente médicos e enfermeiras são citados. Entre o(a)s médico(s), sobretudo o(a)s pediatras são considerado(a)s acolhedore(a)s. Na medida em que cuidam de seus/suas filho(a)s fazem as mães também se sentirem cuidadas. Predomina, porém, o olhar para esse(a)s profissionais como pessoas cuja relação com as usuárias se dá de modo superficial, sem escuta de suas demandas:

“Aqui mesmo não atende direito. Alguns médicos nem olham na sua cara, só ficam escrevendo, dão o exame e pronto [...] eles nem olham, nem examinam direito o paciente.” (Marilene).

“Tem muita paciente que é vergonhosa, que precisa que a profissional converse, fale alguma palavrinha assim como vai a senhora? [...]

Quando você chega e o médico vai dizendo, oh! Vai tirando a roupa, deite aí, eu não me sinto bem [...] porque quando eles tratam melhor a gente, resolve melhor os problemas.” (Maria da Conceição).

Na fala de Maria da Conceição, constata-se que, frente ao exame ginecológico, as mulheres carregam consigo sentimentos de vergonha e constrangimento que se acentuam, na medida em que o(a)s profissionais não informam ou esclarecem dúvidas e o seu corpo torna-se simples objeto de trabalho, saber e poder. A ação de tirar a roupa diante do(a) profissional de saúde expõe a mulher a constrangimentos, pois, na construção da identidade de gênero, a genitália é vista como o lugar do pecado, do proibido, fatores que influenciam na perda do controle do corpo pela mulher.

Embora exercitado na diversidade profissional, é na enfermagem que o cuidado legitima-se como objeto de trabalho. Na pesquisa de Schimith e Lima (2004), a enfermeira considera também como trabalho da equipe a orientação dos direitos do(a)s usuário(a)s, promovendo cidadania. Quando o trabalho é desenvolvido pelas agentes comunitárias ou pela enfermeira, de fato, existe participação da comunidade no planejamento das atividades. Neste estudo, as enfermeiras sobressaem-se como as profissionais que mais oferecem espaço de escuta e diálogo, de modo que Simone afirma: “As enfermeiras fazem com que a gente se sinta protegida.” Embora haja restrições, as mulheres referem-se a essas profissionais como aquelas que fazem com que se sintam cuidadas:

“No planejamento [reprodutivo], o atendimento é muito bom, me sinto cuidada. Talvez pelo jeito das enfermeiras tratarem a gente, dando os conselhos de como não engravidar, se cuidar, para a gente ter cuidado para não pegar essas doenças aí. O que eu mais gosto mesmo é o planejamento.” (Ana).

“A enfermeira [...] é quem faz o meu preventivo, ela me olha, faz tudo. Quando eu venho para alguns médicos, eles nem olham direito,

eu mostro os meus exames para eles e só dizem que tá tudo ok!” (Roberta).

Para Teixeira (2005), nas relações construídas nas unidades de saúde, é imprescindível a relação de confiança entre usuário(a)s e profissionais, para que se possa estabelecer uma verdadeira relação terapêutica. Os serviços de atenção básica devem incorporar a humanização para um cuidado qualificado em saúde, em que os encontros usuário(a)s/profissionais sejam marcados por afetos e conversas, pois, pelo diálogo, a identificação de demandas e a resolutividade são facilitadas.

### **Incertezas da atenção às demandas das mulheres negando a integralidade**

A concepção das mulheres sobre o cuidado que recebem no serviço de saúde em que foi realizado o estudo foi levantada após a escuta de relatos de experiências. Seus depoimentos revelam insatisfação, sobretudo relacionada às dificuldades de acesso, haja vista os longos espaçamentos entre o momento em que apresentam aos serviços suas demandas e a data agendada para atendimento. Somam-se ao longo tempo de espera questões relacionais que configuram práticas orientadas pelo modelo técnico, comprometendo a escuta das necessidades, o vínculo e a responsabilização do serviço para buscar resolutividade para suas demandas, negando-se o acolhimento como condição necessária ao processo do cuidar.

Neste estudo, concordamos com os princípios do acolhimento apresentados por Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347):

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- e 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

As mulheres participantes deste estudo, embora apresentem ao serviço de saúde, sobretudo, demandas no campo da saúde sexual e reprodutiva, também buscam atendimento em outras especialidades. Nas falas que seguem, vê-se que convivem com a incerteza de ter garantido o acesso aos serviços pela assimetria entre oferta e demanda, de modo que suas dificuldades se iniciam já na marcação de consultas:

“Médico clínico [...] nem sempre acha vaga. Tem vezes que a vaga é daqui a três meses, quatro meses [...] Agora, vê se tá certo para mim, que tenho problema de diabetes? Eu marquei ginecologista para depois de setembro, mas você pensa que eu cheguei aqui e encontrei a médica? Não encontrei não. Ela me marcou para fevereiro. Aí, quando eu cheguei aqui, a mulher entrou de férias. Agora, como é que marca um médico para a gente sabendo que vai entrar de férias, e o pior, que não dá nenhuma satisfação, fica fazendo a gente de cachorro?” (Maria da Conceição).

“Geralmente a minha experiência tem sido desagradável, né? Porque quase nunca a gente consegue. Então, hoje mesmo, eu tentei o oculista e o preventivo, nenhum dos dois eu consegui; só consegui marcar para minha filha, o exame de laboratório.” (Rebeca).

A análise revela que as mulheres constroem com o serviço de saúde uma história de frustrações diante de demandas não atendidas. As falas referentes aos sucessivos retornos ao serviço, bem como as longas esperas por cuidado à saúde como única alternativa para quem depende da rede pública, revela desrespeito do serviço a direitos constitucionais e a negação de pessoas como sujeitos, tornando as mulheres reféns de um sistema que ignora a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da atenção.

Em pesquisa realizada por Coelho et al. (2007) no mesmo serviço, foi constatado que as mulheres não tinham garantido o acesso à atenção, sendo desrespeitados os direitos sexuais e reprodutivos, o que aumenta a vulnerabilidade

feminina às IST/HIV, gravidez planejada e suas consequências, além da cronificação e do agravamento de quadros patológicos. O descaso do serviço de saúde frente às demandas que, não atendidas, implicam em cronificação e agravamento de doenças pode ser constatado no depoimento de Amanda, denunciando não somente a participação do serviço na manutenção de indicadores epidemiológicos preocupantes em relação às patologias mamárias, mas também a violência institucional:

“Eu mesmo tenho problema de caroço no seio e acho que a ginecologista tinha que ter me atendido, porque é urgente, mas, quer dizer, estou ainda tentando para ser atendida, já pensou? Já pensou que essa médica de hoje não tenha a boa vontade de me atender como é que eu vou ficar? Eu simplesmente vou voltar para casa com o meu problema sem saber o que vou fazer.” (Amanda).

Marchi, Gurgel e Fonsechi-Carvasan (2006), pesquisando sobre o rastreamento de câncer de mama nos serviços públicos e privados, constataram que as condições socioeconômicas desprivilegiadas em que as mulheres se encontram dificultam o acesso aos serviços de saúde, ocasionando o surgimento de barreiras prejudiciais à descoberta precoce de doenças ou agravos à saúde.

Na perspectiva da integralidade, a atenção à saúde da mulher busca garantir, por meio de políticas públicas, seus direitos humanos mais abrangentes, tendo o serviço de saúde responsabilidades tanto quando os respeitam como quando os negam ou negligenciam. Costa e Guimarães (2000, p. 36), referindo-se à saúde da mulher de modo ampliado, consideram que uma boa qualidade na atenção é “[...] aquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma”.

Com o predomínio de dificuldades de garantia de acesso, as mulheres apresentam suas demandas ao serviço sob as incertezas que

acompanham os agendamentos. Impõe-se, assim, um direito à atenção à saúde condicionado ao modo arbitrário como o serviço organiza-se e oferece o cuidado, enquanto as mulheres permanecem à mercê de desmandos do sistema público de saúde. Particularizando a situação do “caroço na mama” que, enquanto não investigado, oscila entre a benignidade e a malignidade, as estatísticas apontam para prognóstico sombrio de um câncer em estado avançado, de modo que, no Brasil, o câncer de mama apresenta incidência e mortalidade ascendentes desde a década de 1960.

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) estimou, para os anos de 2008 e 2009, 49.400 novos casos por ano, correspondendo a uma taxa bruta de incidência de 50,7/100 mil habitantes. A estimativa de óbitos foi de aproximadamente 10.883 casos, representando 22% de todos os acometimentos por câncer, correspondendo à principal causa de morte por este agravo na população feminina. Considera-se que o diagnóstico da doença em fase avançada seja o principal responsável pela manutenção elevada das taxas de mortalidade (BRASIL, 2009).

### **Estratégias de cuidado adotadas por mulheres revelam a negação da saúde como direito**

As estratégias utilizadas pelas mulheres para solucionar problemas de saúde para os quais o serviço de sua referência na atenção básica não dá resolutividade foram investigadas após conhecermos suas experiências. Estas têm gerado insatisfação, sobretudo relacionadas às dificuldades de acesso, haja vista os longos espaçamentos entre o momento em que as mulheres apresentam ao serviço suas demandas e a data agendada para atendimento, conforme constatamos com a análise dos depoimentos. Somam-se ao longo tempo de espera questões relacionais que configuram práticas orientadas pelo modelo técnico e comprometem a escuta das necessidades, o vínculo e a responsabilização do serviço para buscar resolutividade para as demandas das mulheres. Estas são relacionadas, principalmente, ao campo da saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto as mulheres também buscam o serviço de saúde para atendimento em outras especialidades e queixam-se das dificuldades de acesso e de um cuidado qualificado também nos aspectos relacionais. Na fala que segue, vê-se que convivem com a incerteza de terem garantido o acesso aos serviços pela assimetria entre oferta e demanda, de modo que suas dificuldades iniciam-se já na marcação de consultas: “Quando eu não consigo atendimento, eu vou tentar outras vezes. Eu venho de novo e de novo até conseguir. Os problemas maiores são os de não achar vaga [...]” (Rebeca).

Dificuldades financeiras constituem obstáculo à busca de outros serviços, embora esta seja relatada por algumas mulheres como possibilidade de resolutividade para seus problemas. Entre espera, procura por serviços do mesmo nível de atenção ou de maior complexidade, automedicação e atenção na rede privada mantém-se uma relação instituições sociais/usuárias em que, além de oferecer materialmente o mínimo para sobrevivência negam-lhes cidadania no cuidado à saúde, reafirmando um modelo de atenção excludente que contraria os princípios do SUS. Tais afirmações podem ser constadas a seguir:

“Quando eu não consigo resolver aqui algum problema, eu fico esperando conseguir. Porque às vezes eu até quero ir para outro lugar, mas tem a questão do transporte, né? Mas aí eu espero o atendimento aqui. Eu mesmo fico esperando aqui o preventivo e o dentista.” (Solange).

“Eu procuro outro serviço quando não resolve aqui, mas não é sempre que eu encontro no outro também e aí eu desisto [...] Teve alguns exames mesmo que precisei, aqui mesmo, preventivo demora muito para dá o resultado aí as vezes eu vou para outro bairro e é muito mais rápido [...] Você marca a consulta e tem que esperar trinta dias, [...] até lá você já foi na farmácia já comprou algum remédio para aliviar [...] no meu caso acontece isso, as vezes eu marco uma consulta, passa



um mês ou mês e pouco para conseguir, aí eu prefiro procurar outro serviço.” (Marilene).

A análise dos discursos revela que as mulheres ficam à mercê do pouco que lhes é oferecido pelos serviços pelos quais peregrinam, percorrendo um árduo caminho que impõe criar condições para realizar a consulta e são vencidas pela dificuldade de acesso ao sistema público de saúde. O desprivilégio na inserção social retarda a construção de mecanismos que potencializem a capacidade reivindicatória das mulheres, distanciando-as da construção do empoderamento. Este busca remover barreiras que limitam a vida social e “[...] indica processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida” (CARVALHO, 2004, p. 1093).

Os depoimentos a seguir revelam não somente o distanciamento das mulheres do serviço de atenção básica, mas, sobretudo, uma inversão da noção de cuidado à saúde imposta pela limitada oferta de serviços e pela baixa resolutividade. Isto se confirma quando mulheres passam a classificar as demandas a serem levadas ao serviço segundo a complexidade, considerando-o como o lugar ao qual se leva a doença cujas soluções não podem mais ser adiadas. Assim, as experiências vivenciadas expressam a piora da qualidade da atenção ao longo do tempo, culminando com a seleção das demandas que levarão ao serviço de saúde:

“Eu venho para o serviço de saúde quando eu vejo que tá no limite, quando eu tô sentindo alguma coisa, uma dor de cabeça muito forte [...] Agora eu venho por causa do pré-natal, por causa da criança, fazer exames de fezes e urina [...] Hoje em dia eu não trago nenhum problema, porque eu não gosto de médico. Eu mesmo me automedico. E também por que demora.” (Kícia).

“Eu venho muito pegar remédio para o meu marido, sabe? Antes aqui era muito bom, eu fiz o pré-natal aqui da minha filha [...] Eu vim aqui esta semana, que foi um caso de urgên-

cia, que a gente soube que ele estava com o açúcar muito alto, e eu vim saber de uma solução para ele, uma orientação, porque a gente não sabia o que era, ficamos assim em pânico.” (Maria da Conceição).

Ao considerar o pré-natal, exames laboratoriais de rotina e cuidados à criança como aspectos que necessariamente não se caracterizam como problemas, Kícia os mantém como possibilidade de cuidado no serviço de atenção básica. Todavia, distancia-se desse serviço automedicando-se, diante de queixas clínicas como forma de se poupar de desgastes até que seja extrapolado o limite individual de resolutividade. Neste sentido, o serviço de saúde descaracteriza-se como protetor da saúde da população, na medida em que nega as condições de vínculo e de confiabilidade na atenção que oferece, expondo pessoas a adotar condutas de risco frente a manifestações clínicas sem esclarecimentos diagnósticos. Haak (1989) afirma que a falta de recursos financeiros, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o desconhecimento sobre os perigos associados aos medicamentos constituem algumas das causas da automedicação.

Na perspectiva da integralidade, a atenção à saúde da mulher busca garantir seus direitos humanos mais abrangentes por meio de políticas públicas, tendo o serviço de saúde responsabilidades tanto quando os respeitam como quando os negam ou negligenciam.

A descontinuidade na oferta de insumos constitui também um obstáculo à resolutividade dos serviços frente às demandas das mulheres. Considerando a provisão de medicamentos como da responsabilidade de instância administrativa única, a sua falta em um serviço de saúde é comumente acompanhada pelos demais serviços da rede básica, de modo que as mulheres procuram manter a continuidade do uso ou garantir os tratamentos por meio de farmácias populares, conforme se lê nos depoimentos a seguir:

“Quando eu não acho o remédio aqui, eu pego a receita e compro na farmácia mais barata que tiver possível e sempre genérico.” (Émily).

“Eu fiz uns exames ginecológicos e deu fungos ou foram bactérias. Aí a enfermeira passou um remédio, um creme vaginal e um comprimido para tomar eu e meu parceiro, um de dose única [...] a dificuldade que eu tive foi de não achar o remédio aqui, aí eu tive que comprar.” (Fernanda).

Em síntese, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres revelam a negação do direito à saúde a um grupo populacional cujo perfil socioeconômico nega-lhes outras oportunidades, inclusive a liberdade de opções na rede complementar de saúde. Diante dessa realidade, adotam estratégias individuais que fortalecem a concepção de saúde vinculada à ausência de doença e o serviço de atenção básica perde a referência de lugar em que se prestam cuidados que promovem saúde e previnem agravos, passando a representar a alternativa para situações de maior gravidade.

Essa dinâmica que transforma o direito em sua negação, o serviço de saúde em lugar de desconfiança e incertezas, nega as possibilidades de se concretizar a integralidade da atenção, estando comprometidos o acolhimento, o vínculo e a responsabilização dos serviços pela saúde como bem comum a ser zelado pelas instituições sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações apresentadas evidenciam que serviços da rede básica de saúde distanciam-se da integralidade, à medida que mantêm a assimetria entre oferta e demanda e negam o direito das mulheres à atenção, o que contribui para a baixa resolutividade das práticas. Nas experiências das usuárias que participaram da pesquisa, somam-se ao longo tempo de espera para o atendimento questões relacionais que configuram práticas orientadas pelo modelo técnico, comprometendo a escuta das necessidades, o vínculo e a responsabilização do serviço para buscar resolutividade para suas demandas. Como noção de cuidado foram valorizados garantia de acesso e de resolutividade, aspectos relacionais e condições de infraestrutura dos serviços, predominando uma noção de

cuidado essencialmente associada à qualidade das relações entre profissionais e usuárias.

Foi constatado ainda que as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres para suprir necessidades de saúde não atendidas consistem em: sucessivos retornos ao serviço, procura por outros serviços do mesmo nível de atenção ou de maior complexidade, automedicação e atenção na rede privada, restringindo-se a iniciativas individuais que não criam possibilidades para que o serviço repense o modo de organizar suas práticas. Alheias ao seu papel de sujeitos políticos que participam da vida institucional e quase sempre sem instrumentos capazes de fomentar uma consciência crítico-reflexiva, as mulheres têm dificuldade de mobilização para reivindicar atenção qualificada e exercer o controle social.

O estudo aponta aspectos do cuidado na visão das usuárias dos serviços da rede básica cuja concepção de *ser cuidada* aproxima-se do que é defendido para a atenção na perspectiva da integralidade. Há convergência dos resultados desta pesquisa com estudos realizados com profissionais do mesmo serviço, o que consolida um conhecimento que abre possibilidades a estudos futuros e projetos de intervenção.

Este trabalho contribui para a construção do conhecimento na perspectiva da integralidade, cujos estudos merecem ser ampliados na defesa da democratização do conhecimento e da reorganização da atenção na rede pública de saúde. Isto requer engajamento profissional, abrindo espaços para a consciência política que culmine com o empoderamento das mulheres e o consequente exercício do controle social.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) pela concessão da bolsa de iniciação científica para a realização desta pesquisa. Agradecemos ainda a todas as mulheres participantes deste estudo e ao Serviço de Saúde que colaborou para a sua realização.

## REFERÊNCIAS

- BOSI, Maria Lúcia M.; UCHIMURA, Kátia Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.1, p.150-153, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos 1996. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>. Acesso em: 20 set. 2012.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2009.
- CAMARGO JR., Kenneth R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação espaços públicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ; Abrasco, 2005. p.91-105.
- CARVALHO, Sérgio R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.4. p.1088-1095, 2004.
- COELHO, Edméia A.C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v.25, n.3. p. 415-422, 2012.
- COELHO, Edméia A.C. et al. *Integralidade no cuidado à saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica*, 2007. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007. (Relatório técnico CNPq).
- COELHO, Edméia A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.154-160, 2009.
- COELHO, Edméia A.C.; FONSECA, Rosa Maria G. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.38, n.1. p.37-45, 2004.
- COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo L. *Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.
- FIORIN, José Luiz. *Linguagem e ideologia*. 8. ed. São Paulo: Ática, 2005.
- FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Elias E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr. 1999.
- GUEDES, Rebeca et al. Woman life and health: arguing the problems of the reality with professionals of the care. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói (RJ), v.6, n.2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.712/200>. Acesso em: 18 out. 2012.
- HAACK, Hildebrando. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.2, p.143-151, abr. 1989.
- MARCHI, Ailton A.; GURGEL, Maria Salete C.; FONSECHI-CARVASAN, Gislaiane A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online], São Paulo, v.28, n.4. p.214-219, 2006.
- MOTTA, Ilse S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v.5, n.2, p.219-228, 2005.
- PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003. p.7-34.
- SANTOS, Ana Paula V. *Associação entre fatores socio-demográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família*. 2010. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.
- SERRUYA, Suzanne J.; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-9, set./out. 2004.
- SOUSA, Jussilene J. *Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família*. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- TEIXEIRA, Ricardo R. Humanização e atenção primária à saúde. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3. p.585-97, 2005.

Submetido: 5/1/2013

Aceito: 7/5/2013