

Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO¹

SUS's care in women's perception with cervical cancer lesions in Goiânia-GO

La atención en el SUS al parecer de las mujeres con lesiones de cáncer de cuello uterino em Goiânia-GO

Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque^I, Suelene Brito do Nascimento Tavares^{II}, Edna Joana Claudio Manrique^{III}, Adenícia Custodio Silva e Souza^{IV}, Heliny Carneiro Cunha Neves^V, Janaina Guimarães Valadares^{VI}, Rita Goreti Amaral^{VII}

RESUMO

O câncer de colo do útero é prioridade nas políticas de saúde no Brasil. Apesar da existência do fluxo de atendimento estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fragilidades são observadas na sua operacionalização. Objetivou-se analisar a percepção de mulheres com lesões de colo do útero acerca do atendimento pelo SUS em Goiânia-GO. Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, utilizando-se a técnica de incidente crítico e análise de conteúdo. Na percepção das mulheres, o atendimento é permeado por falhas no acolhimento, comunicação, assistência do profissional de saúde, falta de efetividade e pelo desconhecimento do próprio fluxo de atendimento. Evidenciou-se a necessidade de reorientação do atual modelo assistencial de atendimento, com abordagens conscientizadoras, que permitam aos profissionais e aos gestores desenvolverem habilidades de ouvir, acolher e de se responsabilizar pelo cuidado, a fim de promover a transformação dessa realidade.

Descritores: Neoplasias do colo do útero; Saúde Pública; Percepção; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Cancer of the uterine cervix is priority of health policies in Brazil. Despite of the flow of care established by the Brazilian Health System(SUS), there is weakness in its operations. This study aimed to analyze the perception of women with uterine cervix lesions on the care by the SUS in Goiania-GO. It is a descriptive study, with exploratory qualitative approach. The data were obtained through interviews using the critical incident technique, and the content analysis. In the perception of women, the care is permeated by failures in reception, communication, assistance of health professionals, and also the failure of effectiveness and ignorance of flow. It was evidenced the need for reorientation of care model offered to population through awareness of the approaches, to enable the professional and managers develop listening skills, reception and responsibility for the care, so that this reality may be changed.

Descriptors: Uterine cervical neoplasms; Public Health; Perception; Women's Health.

RESUMEN

El cáncer de cuello de útero es una prioridade en las políticas de salud en el Brasil. A pesar de que el flujo de atendimientos está establecido por el Sistema Único de Salud (SUS), se observa algunas debilidades en su funcionamiento. Estudio descriptivo, exploratorio de abordaje cualitativo, con el objetivo de analizar el parecer que tienen las mujeres con lesiones en el cuello del útero referente a la atención brindada por el SUS en Goiânia - GO. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista con la utilización de la técnica de incidente crítico y análisis del contenido. Al parecer de las mujeres, la atención está rodeada de fallas en la acogida, comunicación y asistencia del profesional de la salud y falta de efectividad y desconocimiento del flujo de personas. Las evidencias apuntan la necesidad de una reorientación del modelo asistencial ofrecido en la atención a través de abordajes concientizadores, que permitan al profesional y a los gestores, desarrollar habilidade de oir, de acogimiento y de responsabilidad por el cuidado, para promover la transformación de esa realidad.

Descritores: Neoplasias del cuello uterino; Salud Pública; Percepción; Salud de la Mujer.

¹ Artigo vinculado a pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, nível Doutorado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG).

^I Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Ciências da Saúde, Professora, Faculdade de Farmácia (FF), UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: zairbene@hotmail.com.

^{II} Biomédica, Mestre em Ciências da Saúde, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: suelenetavares@hotmail.com.

^{III} Biomédica, Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunto, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: ednamanrique@gmail.com.

^{IV} Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Colaboradora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: adenicia@fen.ufg.br.

^V Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente I, Faculdade de Enfermagem, UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: nyne_cunha@yahoo.com.br.

^{VI} Enfermeira, Doutora em Patologia, Professora Adjunto, Faculdade de Enfermagem, UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: valadaresjanaina@gmail.com.

^{VII} Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Ciências Médicas, Professor Adjunto IV, Faculdade de Farmácia, UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: ritagoreti26@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas integram, atualmente, as principais causas de óbito da população mundial. Para o sexo feminino, o câncer de colo do útero (CCU) se apresenta como importante problema de saúde pública devido às elevadas taxas de incidência e mortalidade, principalmente em regiões de menor desenvolvimento econômico⁽¹⁾.

Embora o CCU seja uma doença com enorme potencial de prevenção e cura, estima-se que, nos países em desenvolvimento, apenas 49% das mulheres que o adquirem sobrevivem além de cinco anos⁽²⁾.

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama-VIVA MULHER (PVM) foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998 e, desde então, estratégias para rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer têm adquirido expressão e prioridade nas políticas públicas de saúde⁽³⁻⁵⁾.

O Pacto pela Saúde é uma realidade altamente viável à otimização das práticas nacionais em saúde pública enquanto estratégia para racionalização das ações e serviços desta área, uma vez que norteia suas condutas sobre a equidade social⁽³⁾. Ele visa produzir mudanças significativas nas normativas do SUS e comporta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este Pacto estabelece que uma das seis prioridades a serem pactuadas seja exatamente o controle do CCU através de objetivos operacionais, cujas metas para o mesmo, propõem a cobertura de 80% para o exame preventivo e incentivo para a cirurgia de alta frequência com pagamento diferenciado⁽⁴⁾. Também busca a solidariedade na gestão, avança na regionalização, respeita as peculiaridades de cada região e reforça a territorialização da saúde⁽⁵⁾. Mas está diretamente relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão⁽³⁾.

Ainda em 2006 o MS, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), publicou as recomendações para a classificação de laudos citopatológicos e para condutas clínicas a serem observadas frente aos resultados desses exames - a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Nessa nomenclatura se encontra o desenho dos possíveis resultados citopatológicos e das possibilidades de encaminhamentos para os diferentes níveis de complexidade. O objetivo é auxiliar os profissionais de saúde, gerentes e gestores, nas condutas a serem aplicadas⁽⁶⁾.

As ações do Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Goiânia desenvolvidas através do SUS estruturaram-se nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) da Estratégia da Saúde da Família e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia credenciados ou institucionais. Os resultados dos exames citopatológicos liberados pelos laboratórios são encaminhados para as respectivas UABS as quais devem fazer os encaminhamentos para as Unidades de Média Complexidade do Município (UMC) de acordo com as recomendações específicas do Ministério da Saúde para avaliação colposcópica e confirmação histológica. À UMC compete o encaminhamento das pacientes para Unidades de Alta Complexidade (UAC) nos casos confirmados de câncer⁽⁶⁾.

Mas, para que um programa de detecção precoce do câncer de colo do útero obtenha êxito, é fundamental que seja garantido o tratamento de 100% das mulheres que tiveram os resultados alterados no exame citopatológico⁽¹⁻²⁾.

Além disso, o seguimento das mulheres rastreadas nos programas de prevenção constitui um elemento fundamental para a efetividade das ações⁽⁷⁾. Este seguimento sistematizado requer procedimentos que conduzam a um diagnóstico completo, tratamento adequado e permita a observação de desfechos favoráveis esperados e desejados como o tratamento e a cura, ou desfavoráveis como a recidiva, a progressão ou mesmo o óbito⁽⁸⁾.

Nesse contexto, o CCU ainda permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres brasileiras e, de acordo com dados do MS, para 2011, foram previstos 18.680 casos novos para o Brasil (taxa bruta de incidência de 18,47). Destes 1410 foram previstos para a Região Centro Oeste (taxa bruta de incidência: 19,85), sendo 540 para o Estado de Goiás (taxa bruta de incidência: 17,85) e 160 para Goiânia com taxa bruta de 22,41, significativamente mais alta do que a do Estado de Goiás. A Região Centro Oeste juntamente com o Nordeste ocupa a segunda posição mais frequente no Brasil⁽²⁾.

Pesquisadores brasileiros têm demonstrado que as causas que mais contribuem para esse cenário dizem respeito não só aos aspectos epidemiológicos relacionados ao agente etiológico, mas também às condições socio-demográficas, etnográficas e culturais das mulheres, ao método de rastreamento e principalmente às limitações dos serviços de saúde⁽⁹⁻¹¹⁾.

Apesar do município de Goiânia-GO apresentar um fluxograma de atendimento bem estabelecido para a

detecção precoce do CCU, observa-se na prática, que a sua operacionalização ainda não é uma realidade satisfatória devido a inúmeros problemas estruturais e gerenciais. Observação confirmada pelos dados do MS⁽²⁾ revela uma alta incidência de câncer de colo do útero em Goiás e, em especial, no município de Goiânia. Questiona-se porque isso ocorre. Há problemas nos protocolos clínicos de atendimento? Há problemas na hierarquização do atendimento? Qual a importância do atendimento na evasão das mulheres e nas taxas de incidência?

Responder a essas indagações e compreender os fatores que impactam esse atendimento poderá contribuir para avaliar a implementação do programa Viva Mulher e subsidiar a operacionalização do serviço de atendimento à mulher na detecção e tratamento do CCU. Poderá ainda evidenciar lacunas na formação profissional contribuindo para a reordenação da formação tanto nas academias quanto nos programas de educação permanente nos serviços e, por fim, contribuir para o objetivo maior que é a adesão à confirmação diagnóstica e tratamento por parte das mulheres.

Portanto, com vistas à importância da atenção profissional como força transformadora capaz de promover mudanças positivas para prevenção de doenças e, ao mesmo tempo contribuir para a promoção da saúde, este estudo teve por objetivo analisar o atendimento no SUS na percepção de mulheres com lesões precursoras e invasivas do colo do útero acompanhadas pelo programa Viva Mulher em Goiânia.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com mulheres portadoras de lesões precursoras e invasivas de colo do útero, que foram atendidas pelo SUS, na Unidade de Média Complexidade (UMC) do município de Goiânia, no período de 2005 a 2006.

Foram acessados os registros de 1109 prontuários de mulheres atendidas na UMC referência para diagnóstico e tratamento. As mulheres foram contactadas por telefone utilizando a ordem de aparecimento na listagem e contemplando aquelas residentes em diferentes setores do município de Goiânia portadoras de diferentes graus de lesões.

À medida que se conseguia contato telefônico com cada mulher e após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e o seu consentimento em participar, agendava-se a entrevista no local e horário escolhido: suas próprias residências. As entrevistas ocorreram no

período de março a dezembro de 2008 de forma sucessiva conforme a disponibilidade das mulheres.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual para a qual se utilizou a técnica do incidente crítico (TIC)⁽¹²⁾ que objetivou captar a experiência dessas mulheres na busca pelo diagnóstico e tratamento. A entrevista foi desencadeada por duas questões norteadoras, uma com polaridade negativa:

"Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou negativa ou muito ruim" - e outra positiva: *"Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou positiva ou muito boa"*.

As entrevistas foram iniciadas após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e aquiescência pela assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Foi solicitado às mulheres que tentassem lembrar, a partir da experiência vivenciada, desde o recebimento do exame de prevenção, passando pelos demais exames e tratamentos realizados, todas as situações vivenciadas dentro desse percurso. Foram informadas de que poderiam fazer quantos relatos desejassem e que, por outro lado, detinham total liberdade para não relatar qualquer informação que não quisessem.

As entrevistas foram registradas por uma das pesquisadoras, na presença da entrevistada, à medida do desenvolvimento do diálogo. Ao terminar cada entrevista, fazia-se a leitura dos relatos registrados, para que fosse confirmado ou não pela entrevistada, momento no qual tinham a liberdade de alterar ou acrescentar informações. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos e ao término de cada uma, estabelecia-se o acordo de continuar contando com a participação das mesmas, caso fosse necessário complementar ou esclarecer algum dado.

Os conteúdos de cada entrevista foram transcritos no mesmo dia e correspondeu a uma análise prévia quanto a sua caracterização como incidente crítico, uma vez que foram digitados locando as falas em cada um dos três elementos que o compõem: situação, comportamento e consequência e de conformidade com a polaridade, negativa ou positiva, indicada pelo sujeito.

Após as entrevistas de 15 mulheres e a verificação da repetição do conteúdo das experiências relatadas, os dados foram submetidos à apreciação de três

pesquisadores com experiência na TIC com o objetivo de validar se cada relato caracterizou-se num incidente crítico e se as falas estavam ordenadas conforme os três elementos que o constituem. Duas entrevistas foram excluídas por não caracterizarem incidente crítico. A leitura criteriosa e coletiva executada por esse grupo e as discussões para a fidedignidade dos incidentes críticos conduziu os avaliadores à compreensão de que havia saturação no conteúdo dos relatos. Nesse momento a percepção de que não havia acréscimos de dados novos e que os existentes eram suficientes para uma análise que levaria ao alcance dos objetivos propostos, as entrevistas foram encerradas. Constituíram, portanto, dados para a análise, o relato de experiências de 13 mulheres entrevistadas.

A interpretação e análise dos dados foram realizadas por meio de várias leituras atentas dos incidentes críticos agrupando os relatos por similaridade⁽¹²⁻¹³⁾. O critério de análise foi ancorado na própria definição do incidente crítico, nos elementos contidos nessa definição e considerando os objetivos da investigação⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A atenção, portanto concentrou-se não apenas no comportamento das mulheres, mas também nos comportamentos dos profissionais durante o atendimento, que foram revelados pelas entrevistadas e caracterizaram as situações dos incidentes críticos. Nessa perspectiva, um incidente crítico referente a uma situação de atendimento, representou a resposta do profissional a uma demanda de atendimento requerida pela mulher ou a resposta da mulher a uma situação criada pelo atendimento, que somada às consequências relatadas caracterizaram os níveis de exigência crítica para esse atendimento.

Diante disso e considerando os objetivos propostos determinou-se fazer a análise dos incidentes críticos na sua totalidade com uma análise conjunta dos elementos que o compõe: situação, comportamento e consequência.

Para maior compreensão utilizou-se as falas dos sujeitos que representassem melhor a idéia discutida. Essas falas foram ajustadas quanto à regência verbal e ortográfica e identificadas com a letra "S" de sujeito, seguida do número correspondente à sequência das entrevistas.

As 13 mulheres entrevistadas relataram 15 incidentes críticos sendo três incidentes positivos e 12 negativos, numa proporção de um incidente positivo para quatro negativos.

O projeto que deu origem a esta pesquisa atendeu as exigências da Resolução nº 196 do Conselho Nacional

de Saúde⁽¹⁵⁾ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob protocolo nº 071/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as leituras atentas das entrevistas e a separação dos relatos por similaridade identificou-se a categoria de análise: O atendimento no SUS da qual emergiram duas subcategorias: Atendimento profissional e fluxo de atendimento.

O atendimento no SUS

Os incidentes críticos revelaram lacunas expressas pelas usuárias quanto ao atendimento profissional e ao fluxo de atendimento que representam fragilidades as quais dificultam o atendimento hierarquizado e humanizado às mulheres.

O SUS tem buscado se estruturar, tanto do ponto de vista organizacional, quanto de recursos humanos⁽³⁻⁶⁾. Um dos grandes desafios é encontrar profissionais com perfil para atuação nesse novo modelo de assistência à saúde. Muitos profissionais que atuam no setor de saúde, certamente passaram (ou não) pela chamada Educação Continuada, na qual a pouca articulação de diversas gerências por um mesmo programa e a compartimentalização por categorias profissionais, não possibilitava a estes, a participação no planejamento dos cursos, o que os transformava muitas vezes em meros expectadores, muitas vezes descomprometidos com o projeto de capacitação, ou mesmo em situação de oposição⁽¹⁶⁾.

O atendimento profissional

Receber o diagnóstico de câncer ou de suas lesões precursoras é um fator que impacta a vida de quem o recebe.

A forma como este diagnóstico é emitido pelo profissional e recebido pela usuária, depende da formação de cada uma e também dos valores e crenças intrínsecos a cada parte e pode determinar o seguimento e acompanhamento do tratamento até a sua resolutividade.

O profissional ao comunicar o diagnóstico deve estar desprovido de qualquer emissão de julgamentos sobre o que determinou o desencadeamento da doença, uma vez que esse comportamento cria barreiras na comunicação que podem interferir na adesão ao tratamento como expresso na fala abaixo:

O jeito que o médico falou sobre o resultado me chocou profundamente. Ele disse que eu tinha uma lesão que podia ser um câncer, e que ele não entendia porque as jovens de hoje se relacionam com "qualquer um" depois eu fiquei pensando no meu problema e achei também que o jeito do médico falar comigo foi muito grosseiro (S1).

A questão da comunicação adquire relevância uma vez que pode interferir no processo diagnóstico-tratamento de várias formas, trazendo conseqüências variadas, como a potencialização do impacto emocional frente ao diagnóstico, a não participação da usuária no tratamento e dificuldades na relação médico-paciente durante o processo terapêutico. Além disso, a natureza da comunicação pode trazer implicações éticas determinadas pelas ações dos profissionais de saúde em não reconhecer a sua co-responsabilidade em perceber o sujeito e suas necessidades⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O impacto emocional também está relacionado com a forma como o profissional comunica o diagnóstico.

A médica me pediu para sentar e disse: Dona M a senhora está com câncer de colo de útero elevado e precisamos correr contra o tempo (S2).

E quando eu fui para a consulta olha só o que o médico me disse: lesão grave. Eu já sabia que tinha alguma coisa porque eu sentia muita dor e tinha sangramento (S9).

É importante que o profissional esteja atento para o fato de que a usuária está com toda a atenção voltada para qualquer tipo de comunicação, seja ela verbal ou não. A atitude não verbalizada tem uma importância muito significativa, uma vez que esse tipo de atitude não é ouvido, mas é sentido e percebido, de tal forma, que também interfere fortemente na relação médico-paciente:

E ele (o médico) nem me examinou (S9).

O médico que me atendeu nem olhou para mim (S10).

Quando ele (o médico) examinou meu resultado eu vi que ele ficou muito sério (S4).

Estudo⁽⁸⁾ sobre o atendimento a mulheres portadoras de lesões cervicouterinas revelou que a preocupação dessas mulheres girava em torno da atenção do profissional, da comunicação médico-paciente e do anseio por um melhor atendimento.

Também é importante o profissional levar em consideração que, por suas próprias características, o diagnóstico do câncer bem como de suas lesões precursoras requerem exames necessários para a confirmação do laudo citopatológico, e isso gera expectativas, incertezas e inseguranças para a mulher. Esse momento requer habilidade e humanismo na comunicação.

Então ela (a médica) me disse que só por aquele exame não poderia confirmar. Por isso eu precisava fazer, o mais rápido possível, os exames que ela estava pedindo (S3).

Ela (a médica) disse que poderia ser um câncer, mas só os novos exames poderiam confirmar ou não (S6).

Neste estudo, observou-se que além das dificuldades ou embaraços ocorridos em função de falhas na comunicação, na maioria das vezes, o profissional não envolveu a usuária como sujeito ativo no processo do seu tratamento e nem mesmo a informa sobre a terapia escolhida:

Quando eu consultei para levar os resultados, o médico disse que os meus exames estavam muito ruins...Quando esse exame ficou pronto eu voltei no médico e ele fez outro tratamento que eu não sei o nome (S7).

Esses dados corroboram com estudos de outros pesquisadores⁽⁸⁻⁹⁾, os quais relatam, principalmente, a falta de interação profissional-usuário, falhas na comunicação e na orientação.

O momento em que a mulher encontra o profissional é de singular importância, pois, representa as possibilidades de obter informações relevantes à prevenção e ao tratamento e, é fundamental que a mulher compreenda todo o processo que envolve a terapêutica. Quando esse processo ocorre, tem-se maior adesão ao tratamento⁽⁹⁾.

Observa-se nesses atendimentos que a usuária não é considerada como sujeito ativo e autônomo que tem a oportunidade de falar, questionar ou mesmo expressar uma opinião. Por outro lado, quando a atenção e o comprometimento profissional estão presentes, outras falhas relacionadas ao sistema são minimizadas e até relevadas pelas mulheres:

Aí pra gente compreender melhor, ele (o médico) desenhou pra nós o grau que estava o meu caso. Eu

achei esse médico uma pessoa muito atenciosa. Ele disse então que eu precisava fazer uma cirurgia simples (S5). Agora toda vez que vou fazer a prevenção eu me lembro da enfermeira que fez o meu primeiro exame. Ela não está mais neste CAIS. Mas eu penso nela como um anjo bom que salvou a minha vida. E peço a Deus que ela seja muito feliz (S6).

Mas o médico foi muito cuidadoso. Ele me disse que ia me examinar e que só depois do exame poderia conversar comigo. Ele me pediu para ficar calma porque mesmo que confirmasse, eu poderia tratar e ficar curada (S10).

A análise da construção social, política e institucional do SUS faz com que o mesmo seja compreendido como um movimento ambíguo, ou seja, apresentando-se ao mesmo tempo, como avanço na universalização e qualificação do acesso, e como conservação de contradições que marcaram o sistema de saúde brasileiro como um dos mais injustos do planeta. O SUS, a um só tempo, é mudança e conservação⁽¹⁶⁾.

A relação entre as políticas públicas estabelecidas, e as mortes de mulheres por câncer de colo do útero, os altos índices de mortalidade por um tipo de câncer que, reconhecidamente, apresenta elevado potencial de prevenção e cura, e com prevenção acessível nos serviços de Atenção Básica em Saúde, fala em favor da persistência dessa situação⁽¹⁷⁾.

Este estudo, por sua vez, também revela traços persistentes dessa ambiguidade, uma vez que o mesmo revelou fragilidades do sistema de saúde marcadas pela relação profissional-usuária no processo de acolhimento e humanização do atendimento, comunicação profissional-usuária e hegemonia médica no diagnóstico e tratamento. Entende-se que aqueles que direta ou indiretamente oferecem atendimento devem ser encorajados à constante reavaliação e reorganização do seu desempenho.

Fluxo de atendimento

Nesta categoria as mulheres revelaram os níveis de exigência crítica necessários para um bom atendimento no SUS relacionados a acessibilidade, formas de encaminhamento, qualidade de informações, estruturação do serviço, tratamento, resolutividade das ações, disponibilidade de medicamentos e credibilidade do sistema de saúde.

O acesso ao sistema deve ser efetivado através das unidades básicas, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), respeitando a área de adscrição

da mulher ou, na ausência da ESF na sua região, o agendamento deve ser feito por telefone. Há necessidade de informações corretas para que as mulheres não se locomovam para grandes distâncias. Os relatos abaixo evidenciam aspectos referentes à acessibilidade vivenciada pelas mulheres deste estudo:

Eu fiz o exame de prevenção na Maternidade aqui perto de casa....., Mas tive que esperar o dia que tinha a vaga(S1).

Aí eu consegui uma consulta na Maternidade A, mas para ir até lá eu tive muita dificuldade porque eu moro longe e os ônibus também demoram muito (S13).

Ainda em relação à questão da acessibilidade as mulheres revelaram a existência do atendimento mais rápido mediante pagamento:

Marquei uma consulta no Hospital (conveniado com SUS), pois meu filho mandou o dinheiro para eu pagar a consulta. ... e a minha sobrinha pagou o meu exame(S2).

Mas o hospital só tinha vaga pelo SUS para daí 60 dias (dois meses). Mas se fizesse particular era mais rápido. Quando foi na 2ª feira eu fui de novo ao hospital para saber o preço da cirurgia (60 mil reais). Meus filhos me ajudaram a pagar.

Autores⁽⁹⁻¹⁰⁾ têm demonstrado as dificuldades de acesso apontadas pelas mulheres brasileiras: problemas como a distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho, dificuldades financeiras, pouca eficiência do sistema de comunicação entre os serviços de prevenção e as mulheres, além das questões de natureza histórica e cultural, especialmente crenças e valores. Somam-se a isso tudo as deficiências dos serviços prestados.

A regionalização dos serviços prevê as pactuações para o atendimento e isso, inclui a rede particular enquanto conveniada do SUS⁽⁴⁾.

Contudo, por se tratar de um sistema novo e com dificuldades de gestão para articular um fluxo que facilite o seguimento no tratamento dessas mulheres, abre-se uma brecha para os esquemas paralelos de atendimento profissional e institucional que, aproveitam do momento de fragilidade da usuária para propor outras formas de acesso rápido e resolutivo. Isso ocorre de duas formas: pagamento complementar para viabilizar o atendimento rápido e a migração para a rede particular, só que à margem do SUS envolvendo pagamento total.

Neste estudo, as usuárias S2, S3, S6 e S8 relataram pagamento para a rede conveniada. A usuária S9 teve como porta de entrada o SUS, mas devido à morosidade do sistema foi induzida a completar o seu tratamento na rede particular e o fez mediante o pagamento.

Foram observadas neste estudo as mesmas situações descritas pela literatura⁽⁹⁻¹⁰⁾, quanto à acessibilidade, com exceção da questão de pagamento de exames e do próprio tratamento.

Ressalta-se que o encaminhamento de uma usuária a outro serviço ou profissional não deve encerrar a responsabilidade e o comprometimento do profissional. Esse deve acompanhar o caso por meio do serviço de referência e contra-referência até a sua resolutividade final. Assim, é necessária a interligação de toda a rede de apoio, responsável por esse atendimento.

Durante o seguimento do tratamento destas usuárias, foram relatadas divergências e dificuldades em relação ao processo de agendamento, encaminhamento e acompanhamento:

No dia agendado, quando eu cheguei, o meu nome não estava na lista. Aí eu fiquei "butina"... Então a enfermeira me colocou para ser atendida... (S10).

As falhas no processo burocrático do atendimento não devem ocorrer além das causas justificáveis. Todavia, ocorrem e ainda são potencializadas pelo atendimento desumanizado dos profissionais e contribuem para a desmotivação das mulheres no processo de resolução da sua doença. Os sentimentos que emergem em relação à organização dos serviços, tais como descontentamento e indignação, pela demora do atendimento, tanto no agendamento, quanto na falta de material para realização dos exames, geram desconfiança e descrédito, como descrito nos relatos que se seguem:

Eu que acreditava no SUS, perdi a confiança (S3).

Quando conseguimos a autorização fomos para o Hospital B, mas ficamos perplexos. As pessoas que estavam na porta disseram que o hospital estava sendo processado e que o atendimento estava suspenso pelo Ministério Público. Meu marido e eu não acreditamos. Entramos e conversamos com o guarda e ele confirmou (S5).

Quando chegou o dia da consulta não tinha material para fazer os exames. Aí a recepcionista remarcou para daí dois meses. Então meu marido disse: procura um hospital particular. Vamos dar um jeito de pagar.... Eu

fiquei muito decepcionada com o SUS. Quando precisamos é isso aí. O SUS não cumpre o seu papel (S9).

No outro dia cedo eu peguei o papel que a médica me deu, e fui para a unidade de referência como ela indicou.....mas quando cheguei lá a recepcionista disse que eu precisava primeiro ter telefonado porque só estava marcando no final daquele mês, para ser atendida no mês seguinte. Por isso eu não voltei mais lá (S3).

O respeito pelo ser humano requer, além do oferecimento de informações objetivas e corretas, a garantia de que elas sejam compreendidas ou assimiladas pelo usuário. O fluxo bem definido, a capacidade instalada de serviços de acordo com a demanda, o acolhimento e a acessibilidade são fatores essenciais para que o processo de atendimento possibilite ao indivíduo e à coletividade não só a sua entrada no sistema mas também, a finalização de cada uma das ações necessárias para a solução do problema de saúde envolvido.

O desconhecimento, por parte do profissional, sobre o fluxo de atendimento pode ocasionar intercorrências que às vezes retardam o processo do tratamento como no caso de duas usuárias, encaminhadas diretamente para a unidade de alta complexidade, sem confirmação histológica de lesões pela UMC:

Quando ela telefonou e agendou a consulta para a semana seguinte eu compareci no dia marcado. Aí ele (o médico) fez o encaminhamento direto para o Hospital B (UAC) e disse que lá seria mais rápido (S4).

O medico me atendeu no CAIS e disse que ia me encaminhar para o hospital A (UAC) e me deu um papel prá levar o mais rápido possível..... Na UAC, o médico fez o pedido de internação e disse que poderíamos encaminhar tudo no atendimento. A enfermeira disse que eu precisava de autorização do SUS. Já era noite e deixamos para pegar a autorização no dia seguinte. Eu só consegui fazer a cirurgia quatro meses depois (S5).

Observou-se ainda nestes relatos que quando, por alguma razão, o médico não cumpre as etapas previstas pela hierarquização dos serviços, além do fato de sobrecarregar a UAC, com casos previstos para solução na UMC, nem sempre a usuária é atendida mais rapidamente. A usuária (S5) que aguardou quatro meses para ser atendida na UAC, certamente teria um atendimento mais rápido na UMC.

Caracteriza-se assim a importância de se estabelecer e utilizar os protocolos clínicos que normatizam o atendimento e evitam ações desencontradas que dificultam e ou retardam a resolutividade do cuidado. Contudo, não foi possível observar a existência e funcionalidade desses protocolos. Considera-se que outros estudos devem ser desenvolvidos no sentido de avaliar a sua funcionalidade para a melhoria do atendimento e a resolução dos problemas de saúde da mulher.

Outra percepção evidenciada pelas usuárias foi em relação à morosidade do sistema que gerou situações de angústia, preocupações e tristeza durante a espera pelos atendimentos:

Os exames eu consegui pelo SUS, mas tive que esperar o dia que tinha a vaga. Esses exames demoraram muito (S1).

Essa demora no atendimento me trouxe muita angústia e preocupação para a minha família (S3).

Quando eu cheguei lá eles marcaram para o começo do outro mês. Esperei mais de vinte dias. No dia da consulta foi feito só um exame. Eles estavam com problema de material. Então o médico me encaminhou para outro Hospital (S11).

Quando eu fiz o exame de prevenção a enfermeira marcou meu retorno para quando o exame ficasse pronto. Isso levou mais ou menos um mês... Depois da cirurgia ela me pediu pra voltar daí três meses. Quando eu voltei, ela colheu novamente o exame de prevenção e o resultado foi marcado para 30 dias depois (S4).

Apesar da evolução das lesões precursoras serem lentas e, portanto não demandar atendimento urgente, na maioria das vezes, o fato de estar relacionado com a possibilidade de evolução para um câncer, deixa as mulheres em grande ansiedade pelo atendimento e resolutividade do seu problema de saúde. Mesmo quando viabilizado dentro de um tempo razoável de 30 dias, como ocorreu na maioria dos relatos, foi percebido por essas usuárias como morosidade do serviço.

Essa ansiedade poderia ser minimizada com um atendimento humanizado, que envolvesse a compreensão dos sentimentos destas mulheres e por meio de informações consistentes sobre a doença, fluxo de atendimento e duração do tratamento em todas as suas fases.

O MS/INCA⁽⁶⁾ recomenda que mulheres com Atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e Lesão intraepitelial de baixo grau

(LSIL) devem repetir o exame citopatológico após seis meses. Se dois resultados subsequentes de dois exames citopatológicos na UBS forem negativos, a paciente deverá retornar para a rotina de rastreamento citológico. Mas se o resultado de repetição confirmar o laudo citopatológico ou for superior ao mesmo, a paciente deverá ser encaminhada para a UMC para colposcopia imediata. Se o exame colposcópico apresentar lesão é recomendada a biopsia e condutas específicas a partir do laudo histopatológico.

Os casos de Atipias de significado indeterminado não podendo excluir lesão de alto grau (ASC H), os sugestivos de carcinoma e adenocarcinoma invasor devem ser encaminhados à UMC para realização de colposcopia e confirmação histológica. As Lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL) deverão ser tratadas na UMC através de métodos específicos (excisionais ou não). Os carcinomas e adenocarcinomas deverão ser encaminhados para a UAC⁽⁶⁾.

O Quadro 1 demonstra o fluxo de atendimento e a resolutividade para as mulheres desse estudo.

Quadro 1: Atendimento das usuárias segundo os serviços de atenção, resultados citopatológicos e resolatividade. Goiânia, GO, 2008.

Sujeitos	Serviços de atenção a saúde		
	Unidade de baixa complexidade (Consulta, diagnóstico e encaminhamento)	Unidade de média complexidade (Confirmação diagnóstica, tratamento e/ou encaminhamento)	Unidade de alta complexidade (Tratamento)
S1	LSIL	COA, BP: NIC II -	Excisão
S2	Ca invasor	-	Histerectomia
S3	HSIL	Saiu do sistema	
S4	HSIL	-	COA, BP: NIC II. Excisão
S5	ASC- H	-	COA, BP: NIC II. Excisão
S6	HSIL	COA, BP: Ca invasor	Excisão
S7	ASC US	COA: BP: NIC II. Excisão	
S8	LSIL	Saiu do sistema	
S9	HSIL	Saiu do sistema	
S10	HSIL	COA, BP: NICII Tratamento: Excisão	
S11	Atipias de células glandulares	CON, RUO	
S12	HSIL	CON, RUO	
S13	HSIL	CON, RUO	

COA: Colposcopia anormal; CON: Colposcopia normal; BP: Biópsia; RUO: Retorno à Unidade de origem; LSIL: Lesão intraepitelial de baixo grau; HSIL: Lesão intraepitelial de alto grau; NIC II: Neoplasia intraepitelial cervical grau II; ASC- H: Atipia de significado indeterminado não podendo excluir lesão de alto grau.

As mulheres receberam os resultados do exame citopatológico nas Unidades de Atenção Básica e tiveram os seguintes encaminhamentos: S1 após repetir o exame citopatológico foi encaminhada para a UMC onde recebeu tratamento adequado. S2 com resultado citopatológico de carcinoma invasor recebeu encaminhamento direto para a UAC o que é previsto pelo MS após confirmação histológica na UMC (salvo melhor juízo clínico)⁽⁶⁾.

As pacientes S3, S8 e S9: deixaram o sistema em virtude das dificuldades encontradas. S4 com laudo citopatológico de lesão de alto grau foi encaminhada diretamente para a UAC. Entretanto, de acordo com as recomendações do MS deveria ter esse resultado confirmado e tratado na UMC. A usuária S5 com resultado de atipia de significado indeterminado, não sendo possível excluir lesão de alto grau, foi também encaminhada diretamente para a UAC. De acordo com as recomendações do MS⁽⁶⁾ deveria ser encaminhada para a UMC para colposcopia e confirmação histológica, e só encaminhada para a UAC caso o resultado histológico confirmasse uma lesão mais grave. As usuárias S1, S2, S6, S7, S10, S11, S12 e S13 receberam tratamento em consonância com as condutas recomendadas pelo MS.

Embora o tratamento das lesões seja predominantemente cirúrgico, envolve uso de medicação auxiliar e/ou complementar. A assistência farmacêutica no SUS é destinada a disponibilizar medicamentos para

apoiar as ações da saúde que demanda a comunidade, e que devem ser efetivados através da entrega hábil e oportuna dos medicamentos na rede hierarquizada, garantindo os critérios de qualidade na farmacoterapia e o acesso do usuário⁽¹⁹⁾.

Conforme os relatos, as mulheres deste estudo não tiveram acesso aos medicamentos pelo SUS:

Os remédios, eu sempre tive que pagar porque nunca encontrei nas farmácias do SUS. E esses remédios são muito caros (S1).

Precisava comprar os remédios. Mas não tinha o dinheiro. Minha mãe comprava para mim (S4).

A internação e a cirurgia foram feitas pelo SUS, mas os remédios eu tive que comprar todos (S5).

Depois que eu fui atendida e que fiz os exames nesse hospital eu precisei comprar os remédios porque nas farmácias do SUS não encontrei (S11).

As normas vigentes⁽¹⁹⁾ estabelecem que todos os medicamentos para o tratamento de câncer, inclusive aqueles de uso oral, devem ser fornecidos pelo estabelecimento de Saúde (Clínica ou Hospital) público ou privado, cadastrado no SUS para atendimento deste tipo de doença.

É importante salientar que embora a Resolução Nº 338 do Conselho Nacional de Saúde que aprovou a mais

recente Política Nacional de Assistência Farmacêutica tenha entrado em vigor em maio de 2004, somente a partir do segundo semestre de 2005 é que se iniciou a implantação da assistência farmacêutica pelo SUS⁽²⁰⁾, que certamente, não contemplou as mulheres deste estudo.

As normas e diretrizes elaboradas e aprovadas pelo MS e representadas por importantes movimentos de gestão, principalmente, pelo Pacto de Gestão⁽⁵⁾ e seus desdobramentos trouxeram novas perspectivas para a questão dos medicamentos no Brasil.

Contudo, a assistência farmacêutica tem enfrentado desafios e obstáculos a serem vencidos para que sejam assegurados não só a equidade, mas também o direito à saúde e o acesso aos medicamentos no sistema de saúde.

No âmbito do SUS, a questão do medicamento tem sido alvo de inúmeras polêmicas nos últimos anos, tendo em vista as demandas judiciais por medicamentos não relacionados nos protocolos farmacológicos nacionais e estaduais, bem como medicamentos sem registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Apesar das usuárias não conseguirem os medicamentos pelo SUS, as que tiveram acesso aos serviços e superaram as dificuldades vivenciadas durante o tratamento tiveram seus casos resolvidos e são, atualmente, acompanhadas pelas Unidades Básicas.

Após 120 dias da cirurgia, fui ao médico e ele deu o resultado do exame do material que tinha tirado durante a cirurgia e disse: Isso só pode ser milagre de Deus porque seus exames estão tudo ok. Não deram nada (S2).

O resultado do exame de prevenção deu negativo. Eu fiz de seis em seis meses e agora estou fazendo de ano em ano (S4).

Quando eu voltei, o médico disse que o meu colo estava bom. E que eu precisava fazer o exame de seis em seis meses. E eu já estou fazendo agora de ano em ano (S13).

Os resultados desta pesquisa, representados pela percepção das mulheres estudadas, revela que as mesmas encontraram dificuldades para o acesso ao atendimento. Enfrentaram problemas em virtude de falhas na comunicação no momento do agendamento, no momento da consulta, e durante todo o tratamento, ou seja, em todos os níveis do atendimento. Aquelas que conseguiram suportar as dificuldades durante o atendimento tiveram seus casos resolvidos.

Mas por outro lado, as falhas de comunicação entre o programa de prevenção e as usuárias, assim como intercorrências no decorrer de atendimento, dificultaram a utilização dos serviços e originaram tensões cujas conseqüências levaram três mulheres a abandonarem o sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de mulheres com lesões precursoras e invasivas do colo do útero sobre o atendimento que receberam no SUS, evidenciada pelos relatos, mostrou que apesar do programa de prevenção de câncer de colo do útero em Goiânia-GO estar estruturado quanto ao fluxo de atendimento, ainda representa grandes desafios no sentido de proporcionar maior efetividade. As falhas explicitadas foram relacionadas ao atendimento profissional e à efetividade do atendimento.

O atendimento profissional evidenciou que a relação profissional/usuária ainda é centrado no modelo biomédico que desconsidera o contexto de vida das mulheres, suas necessidades e fragilidades. Mostra que competências sobre acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado precisam ser construídas, juntamente com o desenvolvimento da habilidade de ouvir e conferir voz e maior autonomia à usuária.

Os resultados mostram ainda um atendimento permeado por desencontros de informações e desconhecimento da dinâmica do trabalho. Essa situação é agravada pela inadequada gestão do sistema em planejar uma rede de serviços compatível com a demanda, em estabelecer protocolos gerenciais e clínicos operacionais e em prover recursos materiais necessários ao diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

Os dados apontam para a necessidade de um atendimento mais pró-ativo dos profissionais e do serviço que seja potencializado com o protagonismo das mulheres e de suas famílias num contexto biopsicossocial.

O enfrentamento desses desafios perpassa pelas questões organizacionais, gerenciais e de recursos humanos que requerem qualificação. Esta deve ser empreendida no sentido da reorientação do modelo assistencial e com abordagens inovadoras que levem a conscientização profissional e a transformação da realidade desse SUS que tem dado certo, mas que ainda apresenta nós críticos que precisam ser resolvidos para chegarmos ao SUS que sonhamos e que cotidianamente vem sendo construído por aqueles que nele acreditam.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 2007.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010/2011: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.
3. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração Pública: o pacto pela saúde como nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Rev. Adm. Pública [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];43(2):445-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>.
4. Ministério da Saúde. Portaria N 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2011 jun 30]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
5. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga ABM. Entendendo o Pacto pela saúde na gestão do SUS e sua implementação. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];11(1):181-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>.
6. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2006 [cited 2011 jun 30];28(8):486-504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/08.pdf>.
7. Zola P, Brown ML, Riley GF, Scusler N, Etizione R. Follow-up Strategies in Gynecological Oncology: Searching Appropriateness. Int J Gynecol Cancer. 2007;17(6):1186-93.
8. Zapka JG, Taplin SH, Solberg LI, Manos MM. A framework for improving the quality of cancer care: the case of breast and cervical cancer screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003;12(1):4-13.
9. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolau. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2011 jun 30];14(4):503-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a06.pdf>.
10. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. Saude soc. [Internet]. 2008 [cited 2011 jun 30];17(2):120-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/12.pdf>.
11. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. Rev Saude Publica. 2009;43(2):318-325.
12. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. Arq. Bras. Psicol. Apl. 1973;25(2):99-141.
13. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. A Técnica dos Incidentes Críticos: 30 anos de Utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação. São Paulo: Cabral Editoria e Livraria Universitária, 2004.
14. Estrela MT, Estrela A. A técnica dos incidentes críticos no ensino. Lisboa: Editorial Estampa, 1994.
15. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
16. Vincent SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. Rev. bras. cancerol;53(1):79-85.
17. Pasche DF. Paradoxos das políticas de descentralização da saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2006;20(6):416-22.
18. Villa MCE, Pereira WR. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado do Mato Grosso – uma abordagem crítica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];11(4):1037-42. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a31.pdf>.
19. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS. Orientações Básicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
20. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Artigo recebido em 24.05.2010.

Aprovado para publicação em 21.06.2011.

Artigo publicado em 30.06.2011.