

MARIA CONCEIÇÃO DA ENCARNAÇÃO VILLA

**AS PRÁTICAS E O DIREITO À SAÚDE: A VIVÊNCIA
DE UMA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO Ú-
TERO**

**CUIABÁ
2008**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIA CONCEIÇÃO DA ENCARNAÇÃO VILLA

**AS PRÁTICAS E O DIREITO À SAÚDE: A VIVÊNCIA
DE UMA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO Ú-
TERO**

CUIABÁ - MT
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

V712p Villa, Maria Conceição da Encarnação
As práticas e o direito à saúde: a vivência de uma
mulher com câncer do colo do útero / Maria Conceição
da Encarnação Villa. Cuiabá/MT – 2008.
153p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de
Pós-graduação em Enfermagem, Área de concentração:
Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem, 2008.

“Orientação: Prof.^a Dr.^a Wilza Rocha Pereira”.

CDU –614:618.146-006.6

Índice para Catálogo Sistemático

1. Câncer – Colo uterino
2. Mulheres – Câncer – Colo uterino – Assistência
3. Saúde da mulher
4. Saúde Pública – Mato Grosso
5. Mulheres – Câncer – Direito à saúde
6. Mato Grosso – Práticas de saúde

MARIA CONCEIÇÃO DA ENCARNAÇÃO VILLA

**AS PRÁTICAS E O DIREITO À SAÚDE: A VIVÊNCIA DE
UMA MULHER COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Wilza Rocha Pereira

CUIABÁ - MT
2008

DEDICATÓRIA

*Ao JOÃO e aos nossos
filhos HENRIQUE e
BRENO: amores da
minha vida*

AGRADECIMENTOS

- A Deus pela vida, pela oportunidade de ter vivenciado os dois anos de mestrado e por mais esta conquista em minha vida;*
- Aos meus pais, Januário e Conceição, pelo exemplo de sabedoria, humildade, fé e simplicidade;*
- A minha admirada orientadora Prof^a Dr^a Wilza Rocha Pereira pela sua compreensão, motivação, incentivo, ensinamentos e amizade;*
- A D. Esperança e sua filha por terem me confiado uma parte de suas vidas para compor este estudo;*
- Aos amigos inesquecíveis do CERMAC, em especial Norma Carolina K. Silveira e Nice Ramira Siqueira que souberam, com competência, suprir minha ausência do serviço, nos períodos de aula do Mestrado;*
- A Marize Silva Lima, amiga incondicional, pela paciência em me escutar nos momentos de angústia;*
- Aos companheiros da SUVSA, em especial ao Benedito Oscar Campos pelo apoio num período difícil em que assumi a Superintendência;*
- As colegas mestrandas pela gratificante e feliz convivência: Ana Paula, Patrícia, Débora, Lurdinha, Rosângela, Andresa, Inês, Náudia, Cida Milhomem, Cida Silva, Isabela, Beth, Fabiana e Valdete. Onde quer que estejamos, estaremos sempre ligadas pelo compromisso com a saúde pública ;*
- A Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tao Maruyama , Prof^a Dr^a Magda Rojas Yoshioca e Prof^a Dr^a Lucia Helena Garcia Penna pelas valiosas contribuições para a finalização deste trabalho;*
- Aos professores do mestrado e membros do GEPESC e GEPLUS pela edificação do aprendizado;*
- Ao CNPq pelo apoio financeiro à pesquisa;*
- Ao Secretário de Estado de Saúde Augustinho Moro, ao Secretário Adjunto de Saúde Victor Rodrigues e ao ex Secretário Adjunto de Saúde Antonio Augusto de Carvalho pela permissão à minha participação no mestrado e confiança no meu trabalho;*

A todos que de alguma forma contribuíram para o resultado deste trabalho;

Aos que sonham e lutam para construir um Sistema Único de Saúde igualitário, integral, resolutivo e com o direito à saúde garantido a toda população.

“São devagar, não liga com nada, quero dizer que fica pela última hora, né.”

(D. Esperança)

“Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o Método, o resto são ferramentas”

(Emerson Elias Merhy)

VILLA, M. C. E. **As práticas e o direito à saúde: a vivência de uma mulher com câncer do colo do útero**, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 153 p.

Orientadora: Prof^a Dr^a Wilza Rocha Pereira.

RESUMO

Esta pesquisa objetivou compreender como uma mulher vivenciou o processo de adoecimento e tratamento do evento sentinela câncer do colo do útero, no SUS do Estado de Mato Grosso, e também compreender o funcionamento dos serviços e as práticas de saúde. A composição do objeto da pesquisa se baseou nos aspectos sócio-culturais do câncer, nos aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos do câncer do colo do útero e no arcabouço teórico que embasa o SUS. A pesquisa foi do tipo exploratório e descritivo e a metodologia foi um Estudo de Caso de cunho qualitativo. O sujeito da pesquisa foi uma mulher, que transitou durante três anos pelos serviços de saúde em busca de atenção ao seu problema de saúde. A coleta de dados foi realizada através da História de Vida Focal, utilizando entrevistas não estruturadas e em profundidade, a análise documental de prontuários e um diário de campo. A análise foi fundamentada nas teorias de gênero, direito à saúde, direitos humanos, políticas públicas de saúde e integralidade. As categorias empíricas que emergiram desse estudo foram: a vivência subjetiva do adoecimento e tratamento por câncer do colo do útero, as formas de organização e a qualidade das práticas de saúde dos serviços de saúde. Tomando o direito à saúde e a integralidade como princípios norteadores, pode-se evidenciar no caso estudado que mais que as formas de organização dos serviços, as práticas de saúde desenvolvidas pelos diferentes profissionais que atenderam esta usuária, foram responsáveis pelo diagnóstico tardio e pela evolução da doença, trazendo grande sofrimento individual à usuária, além do aumento desnecessário nos custos para o SUS. Percebe-se que são os agentes das práticas cotidianas nos serviços de saúde que parecem não considerar o usuário dos serviços públicos como cidadãos e sujeitos de direito. E ele próprio como um trabalhador do SUS, não se percebe como um sujeito de deveres e obrigações para com a preservação da saúde das pessoas que os têm como a referência para o cuidado à sua saúde. Assim, utilizando o raciocínio analógico, intrínseco à metodologia do estudo de caso, percebe-se a disparidade entre o que está estabelecido como mínimo para a atenção à pessoa com câncer do colo do útero e a prática concreta estudada, na qual várias questões de cunho ético, técnico, moral e legal puderam ser identificadas. O desenho do Itinerário Terapêutico se mostrou como importante ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e o estudo ancorado no evento sentinela permitiu avaliar as práticas de saúde, possibilitando detectar e corrigir falhas nas formas de organização dos serviços. O estudo aponta para a necessidade de se incrementar a participação social dos usuários para diminuir a relação assimétrica e hierárquica entre estes e profissionais de saúde. Concluímos que se torna imperativo pensar meios jurídicos rápidos para a não permissão legal da materialização de práticas de saúde negligentes, a-éticas e não resolutivas, com a co-responsabilização dos profissionais pelas suas ações ou omissões e que resultem em danos à saúde de outrem. É um dos caminhos para melhorar a qualidade da atenção à saúde, reforçando os princípios constitucionais e estimulando a cidadania ativa da população.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero; Práticas de saúde; Direito à saúde.

VILLA, M. C. E. **Las prácticas y el derecho a la salud: la vivencia de una mujer con cáncer en el cuello del útero**, 2008. Disertación (Máster en la enfermería) – Curso del título de másteres en la enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Facultad de Enfermería, Cuiabá, 153 p.
Orientadora: Prof^a Dr^a Wilza Rocha Pereira

RESUMEN

Esta pesquisa se objetiva a comprender como una mujer vivenció el proceso de enfermedad y tratamiento del evento centinela cáncer del cuello del útero, en el SUS del Estado de Mato Grosso, y también, comprender el funcionamiento de los servicios y las prácticas de salud. La composición del objeto de la pesquisa se basó en los aspectos socio-culturales del cáncer, en los aspectos fisiopatológicos y epidemiológicos del cáncer del útero y en la estructura teórica que se basa en el SUS. La pesquisa fue exploratoria y descriptiva y la metodología fue un estudio de caso de cuño cualitativo. El sujeto de la pesquisa fue una mujer, que transitó por tres meses por los servicios de salud en búsqueda de atención a su enfermedad. Los datos fueron colectados a través de la Historia de Vida Focal, utilizando entrevistas no estructuradas y en profundidad, el análisis documental de prontuarios y un diario de campo. El análisis se fundamentó en las teorías de género, derecho a la salud, derechos humanos, políticas públicas de salud e integralidad. Las categorías empíricas de ese estudio fueron: la vivencia subjetiva de la enfermedad y tratamiento por cáncer del cuello del útero, las formas de organización y la calidad de las prácticas de salud de los servicios de salud. Tomando el derecho a la salud y la integridad como principios orientadores, se puede evidenciar en el estudio, que más que las formas de organización de los servicios, las prácticas de salud desarrolladas por los distintos profesionales que atendieron la usuaria, fueron responsables por el diagnóstico tardío y por la evolución de la enfermedad, con esto, trayendo a la usuaria gran sufrimiento y aumento desnecesario en los custos para el SUS. Se percibe que son los agentes de las prácticas del cotidiano en los servicios de salud que parecen no considerar el usuario de los servicios públicos como ciudadanos y sujetos de derecho. Y él propio, como trabajador del SUS, no se percibe como sujeto de deberes y obligaciones para la preservación de la salud de las personas que se los tienen como referencia para el ciudadano a su salud. Así, utilizando el raciocinio analógico, intrínseco a la metodología del estudio de caso, se percibe la disparidad entre lo que está establecido como el mínimo para la atención a la persona con cáncer del cuello del útero y la práctica concreta estudiada, en la cual variadas cuestiones: éticas, técnicas, moral y legal pudieron identificarse. El dibujo del itinerario terapéutico se mostró como importante herramienta para evaluar la cualidad de los servicios de salud y el estudio basado en el evento centinela permitió evaluar las prácticas de salud, posibilitando detectar y corregir fallas en las formas de organización de los servicios. El estudio apunta para la necesidad de la participación social de los usuarios, para disminuir la relación asimétrica y jerárquica entre estos, y los profesionales de salud. Se concluye que tornarse imperativo pensar medios jurídicos rápidos para la no permisión legal de la materialización de prácticas de salud negligentes, a-éticas y no resolutivas, con la co-responsabilización de los profesionales por sus acciones u omisiones y que resulten daños a la salud del otro. Es uno de los caminos para mejorar la calidad de la atención a la salud, reforzando los principios constitucionales y estimular la ciudadanía activa de la población.

Palabras-clave: Cáncer del cuello del útero; Práctico de salud; Derecho a la salud.

VILLA, M. C. E. **The practices and the right to health: the experience of a woman on cancer of the col of the uterus**, 2008. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Post Graduated in Nursing, University Federal of Mato Grosso, College of Nursing, Cuiabá, 153 p.

Advisor: Wilza Rocha Pereira, Prof Dr

ABSTRACT

This research had as objective to understand how a woman passed through the process of sickness and treatment of the sentinel event cancer of the col of the uterus, in SUS (Sistema Único de Saúde) in the State of Mato Grosso, and also understand the working process of the health services and practices. The composition of the research object was based on the cultural and social aspects of the cancer, on the physical pathological and epidemiological of the cancer of the col of the uterus and on the theoretical reference on which SUS is based. The research was exploratory and descriptive and the methodology was a case study of qualitative matrix. The subject of the research was the woman, who transited for three years through the health services in search of attention to her health problem. The datum collection was made through the History of Focal Life, using non structured and deep interviews, documentary handbook analysis and a field diary. The analysis was based on genre theory, right to health, human rights, public politics of health and completeness. The empiricist categories which poured out of this study were: the subjective experience of sickness and treatment for cancer of the col of the uterus, the organization ways and the quality of the health procedures in the health services. Taking the right to health and the completeness as north principles, we can evidence on the studied case that more than organization ways of the service, the health procedures developed by the different professionals who took care of this user, were held responsible for the late diagnosis and evolution of the sickness, which brought great individual suffering to the user, and also the unnecessary increase on the expenses for the SUS. We can notice that the agents of current procedures in the health services don't seem to consider the user of the public services as citizens and subjects of right. And him as a worker for the SUS, can't perceive himself as a subject of duties and obligations with the health preservation of the people who have them as reference for the care of their health. Thus using the analogical reasoning, intrinsic to the methodology of the case study, we can notice the disparity between what is established as the minimum for the care of the person on cancer of the col of the uterus and the concrete practice studied, on which several ethical, technical, moral and legal issues could be identified. The drawing of the therapeutical itinerary has showed itself as an important tool to evaluate the quality of the health services, and the study anchored on the sentinel event has allowed the evaluation of the health practices, which made possible to detect and correct failures on the organization ways of the services. The study points to the necessity of developing the social participation of the users in order to decrease the anti-symmetrical and hierarchic between these health professionals. We conclude that it becomes imperative to think of legal fast means for the non permission of the materialization of the the health practices neglected, non ethic and not resolute, with the co-responsabilization of the professionals for their actions or omissions and which results on damages to other people's health. It is one of the ways to develop the quality of health care, reenforcing the constitutional principles and stimulating the active citizenship of the people.

Key words: Cancer of the Col of the Uterus; Health Practices; Right to Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa padronizada de mortalidade por câncer do colo do útero no ano de 2003.....	29
Tabela 2 – Proporção de óbitos por câncer do colo do útero nos anos de 1996 e 2003.....	30
Tabela 3 – Taxas ajustadas de mortalidade por câncer do colo do útero nos anos de 1980 e 2000.....	31
Tabela 4 – Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, nos anos de 2002 a 2005.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Itinerário Terapêutico percorrido por uma mulher com câncer do colo do útero em Mato Grosso.....	84
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCO	Colpocitologia Oncótica
CERMAC	Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade
COC	Centro de Oncologia de Cuiabá
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAEn	Faculdade de Enfermagem
GPESC	Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HUJM	Hospital Universitário Julio Muller
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intra-epitelial Cervical
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa Saúde da Família
PSMC	Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO

RESUMEN

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	17
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3. COMPOSIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	24
3.1. Aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e sócio-culturais do câncer do colo do útero.....	24
3.2 Organização dos serviços de saúde na atenção ao câncer em Mato Grosso.....	38
4. METODOLOGIA E CENÁRIO.....	41
4.1 Caminho Metodológico.....	41
4.1.1 Tipo de pesquisa.....	41
4.1.2 O sujeito da pesquisa.....	43
4.1.3 Coleta de dados.....	44
4.2 O Estado de Mato Grosso e a BR-163: regiões de saúde e su- as características.....	48
4.3 Análise dos dados.....	54
4.3.1 Organização dos dados.....	54
4.3.2 Análise dos dados: um diálogo entre o empírico e o teóri- co.....	57
5. AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AS PRÁTI- CAS DE SAÚDE NELES DESENVOLVIDAS.....	59
6. A VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO POR CÂNCER DO COLO DO	

ÚTERO.....	91
7. O DIREITO À SAÚDE E A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO	
NORTEADOR DAS PRÁTICAS.....	115
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS.....	138
ANEXOS.....	147

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A pesquisa¹ que originou o projeto do qual este estudo faz parte, tem como objetivo apreender os desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) em responder à atenção à saúde da população residente nos municípios da área de abrangência da BR-163, no Estado de Mato Grosso. Esta apreensão vem sendo feita tanto sob a perspectiva do processo de implementação do Programa Saúde da Família (PSF) como da materialidade das práticas profissionais, assim como da lógica de pessoas que buscaram por atendimento no SUS nestes municípios, já com importantes agravos à sua saúde.

Esses agravos denominados eventos sentinela são definidos como “algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente” e a sua identificação possibilita a investigação para a detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando sua correção para garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde (PENNA, 2006, p. 126).

O evento sentinela é utilizado pelo Ministério da Saúde como indicador para monitoramento da atenção básica à saúde, avaliando o resultado das ações realizadas pela identificação de situações evitáveis, como doenças complicações, incapacidades e mortes (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a identificação da ocorrência do evento sentinela serve como um sinal de alerta de que a atenção à saúde deve ser questionada, pois são problemas de saúde que poderiam ter sido evitados ou minimizados através da atenção qualificada, de um acolhimento mais cuidadoso e responsável aos usuários no PSF, considerado como a porta de entrada do sistema de saúde. O acolhimento somado a uma escuta profissional atenta e que se preocupe em definir ações, encaminhamentos e prestar esclarecimentos ao usuário logo no início do aparecimento do seu problema de saúde, pode evitar muitos sofrimentos pessoais e, também, o aumento desnecessário – e irresponsável – de custos para o SUS.

¹ Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq denominado: “Os desafios e perspectivas do SUS na Atenção à Saúde em municípios da área de abrangência da BR-163 no Estado de Mato Grosso” realizado em parceria pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFMT) e Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEn/UFMT), que desenvolve o Projeto II denominado: “O atendimento aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde no contexto do SUS na área de abrangência da BR-163, no Estado de Mato Grosso”, inserido no Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde do Hospital Universitário Julio Muller, através do ofício 235/CEP/HUJM/05.

A pesquisa que desenvolvemos apresenta o cruzamento de duas grandes problemáticas, uma relacionada às formas como os serviços de saúde e as práticas profissionais são organizadas e se materializam no cotidiano desses serviços e a outra mais afeita à como o usuário do SUS é compreendido – ou não – como um sujeito de direitos pelos profissionais que atuam no contexto do SUS. O direito à saúde está assegurado constitucionalmente, mas não se observa o respeito pleno a esse direito nas práticas cotidianas de muitos dos profissionais que atuam no SUS.

Os princípios do SUS mais enfocados na pesquisa de base foram aqueles que se referem à integralidade e à resolutividade das ações de saúde em todos os níveis de atenção e, neste sentido, o Subprojeto II por meio do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC) e Grupo de Estudo e Pesquisa em Consolidação, Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde (GEPLUS) da FAEn, vem analisando vários eventos sentinela tomando estes princípios como referência. Para melhor visualizar as articulações entre os grupos de pesquisa e os pesquisadores da FAEn em relação à pesquisa de base, os eventos sentinela escolhidos para compor o Subprojeto II foram alguns dos definidos como tal pelo Ministério da Saúde:

a) crianças menores de cinco anos hospitalizadas pelos eventos sentinela: desidratação, pneumonia e meningite tuberculosa;

b) mulheres hospitalizadas ou em tratamento por câncer do colo do útero, detectadas a partir do evento sentinela citologia oncótica Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) III;

c) adultos hospitalizados pelos eventos sentinela: insuficiência cardíaca congestiva descompensada; complicações evitáveis do diabetes mellitus; acidente vascular cerebral decorrente de hipertensão arterial sistêmica; pessoas com hanseníase já apresentando grau de incapacidade II ou III.

A partir desta definição, o Subprojeto II originou vários recortes de pesquisa que estão sendo executados em conjunto por diferentes pesquisadores, mestrandos e bolsistas de iniciação científica e do programa de bolsas de voluntários de pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e Fundação de Amparo à Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT). Esta experiência vem mostrando a importância de se criar espaços conjuntos e a ambiência necessária para que a pesquisa se torne uma atividade cotidiana e prazerosa no contexto do trabalho em saúde e também na academia.

A minha inserção no mestrado possibilitou-me participar do GEPESC e do Subprojeto II e, conseqüentemente, a definição para realizar o estudo sobre mulheres hospitalizadas ou em tratamento por câncer do colo do útero, detectadas a partir do evento sentinela citologia oncótica NIC III. Nesse sentido, o recorte desta pesquisa teve como foco compreender, a partir da perspectiva organizacional do SUS, como os profissionais de saúde de municípios de Mato Grosso, atenderam às necessidades de saúde de uma usuária com câncer do colo do útero, que transitou pelo SUS nestes municípios já com sinais indicativos de câncer do colo do útero, durante mais de três anos, para ter seu problema diagnosticado e tratado.

A partir desse evento, foi configurado o pressuposto desta pesquisa, de que os princípios da integralidade e da resolutividade, neste caso, não foram atendidos durante o longo processo de busca por atenção. Nesse sentido, se torna importante compreender como essa mulher redesenhou a configuração e a hierarquia pensada nos diferentes níveis de atenção do SUS ao buscar a resolução para seu problema de saúde. Ainda, ao longo desta procura, cada pessoa se revela como um sujeito que se reconstrói, faz enfrentamentos e cria novos dispositivos para poder sobreviver às angústias decorrentes do adoecimento e da busca por tratamento.

O câncer do colo do útero se constitui como um problema de saúde evitável em aproximadamente 100% dos casos, se detectado precocemente. A sua evolução é lenta e, na maioria dos casos, se dá ao longo de dez ou mais anos, passando por fases facilmente detectáveis por medidas que são rotineiras nos serviços de saúde. Por ser uma patologia evitável e por ter o seu rastreamento facilmente estabelecido através do exame colpocitológico, e o tratamento ser eficaz quando detectado precocemente, o câncer do colo do útero deveria ter altos índices de detecção precoce e tratamento com índices baixos de mortalidade.

Mas não foi o que percebi durante os anos em que atuei na função de gestora no Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade (CERMAC) que é referência secundária no Estado de Mato Grosso para diagnóstico do câncer. Tive a oportunidade de observar que para este serviço eram encaminhadas para confirmação do diagnóstico e planejamento terapêutico do câncer, mulheres oriundas de municípios do interior do Estado, muitas já em estadió avançado de câncer do colo do útero, às quais restava um doloroso tratamento além de um prognóstico restrito, pois às vezes já não havia mais condições de cura.

Além disso, minha atuação há vinte e cinco anos no Sistema Público de Saúde de Mato Grosso e agora na Superintendência de Vigilância em Saúde, pos-

sibilitou conhecer a capacidade das Unidades Básicas de Saúde do Estado, as quais, em sua maioria, têm estrutura mínima para proceder a coleta do exame colpocitológico que permita rastrear o câncer do colo do útero, e ainda contam com uma rede de referência organizada e regionalizada para encaminhamento dos casos em que há necessidade de realização de biópsia, colposcopia, tratamento e ainda com referência laboratorial para a realização dos exames. Em relação à capacitação técnica para este trabalho, inúmeros cursos de atualização foram realizados para capacitação profissional, conforme as orientações do Ministério da Saúde (MS), para esta modalidade de assistência.

Ao analisar os indicadores de morbimortalidade por câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso, deparei-me com índices não compatíveis com o desejado, contrariando o fato de que a condição para a sua detecção precoce parece estar relativamente bem estruturada nos serviços de saúde do Estado.

Diante deste cenário, o objeto de estudo escolhido foi a compreensão da vivência de uma mulher com câncer do colo do útero, residente em Marcelândia, município ao Norte do Estado e dentro da área de abrangência da BR-163, ao percorrer os serviços de saúde em busca por atendimento às suas necessidades de saúde. Procurei entender também como os profissionais e os serviços de saúde em que ela foi atendida, responderam ou não à sua necessidade de atenção à saúde, buscando apreender os motivos pelo qual o seu câncer não foi detectado precocemente.

Para compreender as vivências da usuária, bem como as práticas dos serviços de saúde, realizei uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, de cunho qualitativo, do tipo Estudo de Caso. Este desenho metodológico visa responder à finalidade primeira da pesquisa, ou seja, compreender a vivência e a trajetória de uma mulher com câncer do colo do útero no contexto do SUS de Mato Grosso, pois embora haja o estabelecimento de políticas de atenção nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS, muito claramente definidas através de Leis e Decretos governamentais, nem sempre os resultados encontrados através dos índices de morbimortalidade por câncer do colo do útero, no Estado de Mato Grosso, são satisfatórios.

No decorrer do estudo procurei ainda fazer um paralelo entre a necessidade auto-referida de atenção à saúde e a observação de como as políticas públicas de atenção ao câncer estão sendo, ou não, colocadas na prática profissional cotidiana em nosso Estado, visualizando que são preponderantemente as práticas, por serem realizadas por sujeitos e, portanto, movidos pelas intencionalidades, que

podem contribuir para que os serviços de saúde sejam mais permeáveis, acessíveis e respeitosos com os direitos à vida e à saúde dos usuários do SUS.

O trabalho está estruturado procurando entender as políticas públicas de saúde existentes tais como são claramente expressas pela Lei N° 8.080/90, que define os princípios e diretrizes do SUS, enfocando, em especial, as formas idealizadas de funcionamento dos serviços de saúde, e as formas de efetivação destes na rede pública de saúde do Estado de Mato Grosso. A partir desse entendimento, busquei compreender como essas mesmas políticas de atenção ao câncer são hoje, de fato concretizadas no cotidiano das práticas e serviços de saúde da região estudada.

Para compor o objeto deste estudo, procurei entender alguns dos aspectos sócio-culturais que envolvem a compreensão do câncer pelas pessoas que adoecem desta patologia e também os aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos do câncer do colo do útero, me aprofundando nos mecanismos de evolução da doença e a sua distribuição populacional e geográfica, levantando as mais recentes estatísticas sobre a mortalidade, para assim poder compreender melhor o caso estudado.

No capítulo seguinte detalhei o caminho metodológico definido para este estudo com identificação do tipo de pesquisa, o sujeito, as técnicas e estratégias da coleta de dados. Caracterizei a região abrangida pela BR-163 no Estado de Mato Grosso, dando ênfase para os municípios percorridos pela usuária, descrevendo como neles estão organizados os serviços de atenção ao câncer no Estado de Mato Grosso.

O referencial teórico pensado para analisar os dados foi fundamentado, inicialmente, em uma compreensão mais crítica sobre as políticas públicas de saúde vistas sob o ângulo dos direitos humanos e dos compromissos éticos dos profissionais que atuam na rede SUS, bem como nos princípios da integralidade e resolutividade deste sistema. Mas ao avançar na análise dos dados, percebi a necessidade de outros referenciais que pudessem me ajudar a compreender como a mulher com câncer do colo do útero, sujeito deste estudo, vivenciou subjetivamente o processo de adoecimento e como isso repercutiu na sua família, nela própria e nos seus planos e projetos de vida. Assim, me apoiei também em alguns estudos que me ajudaram a interpretar os aspectos socio-culturais e as relações de gênero que apareceram de forma marcante ao longo da pesquisa, nas falas da mulher, sujeito deste estudo.

Três categorias empíricas emergiram dos dados, e a primeira foi a forma de organização dos serviços de saúde e a prática neles desenvolvida. A segunda categoria empírica que trabalhei recaiu sobre a própria vivência do processo de adoecimento e do tratamento por câncer do colo do útero, por envolver importantes

aspectos relacionados ao processo subjetivo do adoecimento por câncer, e a terceira foi analisar o direito à saúde legalmente constituído, comparando as formas como deveriam ser minimamente estruturadas na atenção às pessoas com câncer do colo do útero e como estas ocorrem no cotidiano do SUS.

A investigação proposta aponta que uma das possíveis contribuições da pesquisa é a possibilidade de que o estudo de eventos sentinela possa se configurar como uma estratégia valiosa para avaliar a qualidade da atenção à saúde da população pelo SUS, pois permite detectar diferentes tipos de problemas ocorridos ao longo do processo de atendimento. É uma estratégia que permite tanto detectar falhas nas formas de organização dos serviços como implementar medidas corretivas e direcionadas para o problema. Permite, ainda, identificar a qualidade das práticas de atenção dos profissionais que atuam no sistema, evidenciando tudo aquilo que *não deve* ocorrer se os profissionais que atuam nos serviços de saúde atenderem aos usuários do SUS utilizando de maneira interessada tanto os seus conhecimentos científicos como do funcionamento do próprio sistema, melhorando assim a qualidade da atenção em saúde no nosso país (PENNA, 2006).

Outra possibilidade que esta pesquisa indica é a utilização do Itinerário Terapêutico como técnica para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, podendo abrir caminhos para o seu emprego por profissionais de saúde e gestores, levando a mudança nas formas de planejar e agir em saúde.

Devido ao significativo hiato entre o pensado e o realizado, entendo ainda que esta pesquisa possa contribuir para os estudos sobre o SUS e seu funcionamento, na compreensão de que o direito constitucional à saúde só será efetivamente viabilizado no momento em que nós, profissionais e usuários do SUS, nos envolvemos na criação e acionamento de todos os instrumentos legais disponíveis para a punição de todas as práticas negligentes no âmbito dos serviços públicos de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender como uma mulher residente no município de Marcellândia/ MT vivenciou o processo de adoecimento e tratamento de câncer do colo do útero para, através dessa vivência e a partir dos princípios da integralidade e resolutividade, apreender as formas de funcionamento dos serviços de saúde e do desenvolvimento de práticas profissionais, no contexto do SUS do Estado de Mato Grosso.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender como uma mulher com câncer do colo do útero redesenhou a configuração e a hierarquia nos diferentes níveis de atenção ao buscar atendimento à sua necessidade em saúde no SUS do Estado de Mato Grosso;
- Compreender o funcionamento dos serviços de saúde e como se desenvolvem as práticas, a partir dos princípios da integralidade e resolutividade, na atenção à saúde da mulher com câncer do colo do útero;
- Apontar algumas das potencialidades metodológicas do estudo de caso desenvolvido através de um evento sentinela, para avaliar e intervir, tanto nas formas de organização dos serviços como nas práticas de saúde neles efetivadas.

3. COMPOSIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Para compor o objeto deste estudo, na compreensão da vivência de uma mulher em seu processo de adoecimento e tratamento por câncer do colo do útero, e também do funcionamento dos serviços de saúde na atenção a este câncer, esse capítulo enfocará os aspectos fisiopatológicos e epidemiológicos do câncer do colo do útero, os aspectos sócio-culturais e a organização dos serviços de atenção ao câncer no Estado.

O entendimento de como as neoplasias intra-epiteliais cervicais, consideradas lesões precursoras do câncer do colo do útero, se desenvolvem, e como se dá a evolução do câncer do colo do útero, além de seus fatores de risco, permite compreender o funcionamento dos serviços de atenção ao câncer em todos os níveis. Além disso, o conhecimento da distribuição da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso e no país, evidencia a importância de buscar compreender a resolutividade destes serviços.

Os aspectos sócio-culturais que envolvem o câncer são muito marcantes e o seu conhecimento é fundamental para poder compreender a vivência de uma mulher com câncer, os significados que a doença pode ter e a forma como ela a enfrenta.

3.1 Aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e sócio-culturais do câncer do colo do útero

As tecnologias de cura e cuidado na área de oncologia vêm avançando consideravelmente a cada ano que passa, mas o câncer em suas mais variadas formas de manifestação ainda é responsável por grande parte das causas de morte no mundo (WHO, 2006).

De acordo com a World Health Organization (WHO), 13% da mortalidade mundial é atribuída ao câncer, morrendo anualmente mais de sete milhões de pessoas desta doença. Em 1990, as regiões da América Central, América do Sul, Sudeste Asiático e Leste Europeu foram aquelas com maior incidência de câncer. Pró-

ximo do ano 2020, estima-se que existirá mais de 15 milhões de casos novos de câncer por ano. Atualmente, dos 11 milhões de casos novos anuais, 6 milhões, irremediavelmente, resultarão em óbito (WHO, 2006).

As estimativas para os anos de 2008 e 2009 no Brasil, indicam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, sendo que os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino (BRASIL, 2008).

No Brasil, as taxas anuais de mortalidade por diferentes tipos de câncer têm se mantido estáveis desde 1985, porém ainda estão muito elevadas em comparação às estatísticas dos países desenvolvidos e com políticas de prevenção e detecção semelhantes às nossas. Essa diferença é especialmente evidente para alguns tipos específicos de câncer, dentre eles o do colo do útero, foco deste estudo, principalmente pelo fato de que este tipo de câncer tem uma evolução lenta e, se detectado precocemente, apresenta percentuais próximos de 100% de cura.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde (MS) em suas estimativas de Incidência e Mortalidade /2003 aponta o câncer do colo do útero como o terceiro mais comum entre as mulheres e como a quarta causa de óbitos por câncer na população feminina. Dentre todos os tipos de câncer, o câncer do colo do útero – vale ressaltar - é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, quando diagnosticado e tratado precocemente. Seu maior risco de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos (BRASIL, 2006 b).

Este tipo de câncer apresenta maior incidência nos países menos desenvolvidos, pois os programas de prevenção realizados nos países desenvolvidos têm resultado em uma diminuição na ocorrência de casos novos (BRASIL, 2006 a). O Estado de Mato Grosso, local de nosso estudo, possui um perfil semelhante na distribuição de casos e nas formas de prevenção em relação à média brasileira.

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos se dá de forma lenta, passando por algumas fases detectáveis e curáveis, iniciando com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos, somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto 30 a 70% terão evoluído decorridos dez a doze anos, caso não seja oferecido tratamento (BRASIL, 2006 b).

A sobrevida média estimada em cinco anos em países desenvolvidos, varia de 59 a 69%. Já nos países em desenvolvimento, os casos de câncer do colo do útero são encontrados em estádios relativamente avançados e, em consequência, após cinco anos a sobrevida média é de cerca de 49%, equivalente à média mundial que é de 49% (BRASIL, 2008).

Considerando ser essa doença de crescimento lento e silencioso, a detecção precoce do câncer ou de lesões precursoras é fundamental, pois a curabilidade pode chegar a 100%, tendo sua resolução em nível ambulatorial em grande número de vezes (BRASIL, 2002).

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram, ainda, que o vírus do Papiloma Humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2006 b).

Em situações de imunossupressão, tais como tabagismo, corticoterapia, Diabetes, Lupus e AIDS, a incidência do câncer do colo do útero está aumentada. Isto também ocorre em situações onde há ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico, comumente associadas com baixas condições socioeconômicas (BRASIL, 2002).

A prevalência do HPV na população em geral é alta (5 a 20% das mulheres sexualmente ativas mostram positividade em testes moleculares) e este aumento coincide com o aumento do uso de contraceptivos orais, a partir de 1960, com conseqüente diminuição do uso de outros métodos de barreira, e avanço tecnológico nos métodos diagnósticos. São conhecidos atualmente, mais de 200 subtipos diferentes de HPV e cerca de 20 destes possuem tropismo pelo epitélio escamoso do trato genital inferior (colo, vulva, períneo, região perianal e anal) (BRASIL, 2002).

Os HPVs são classificados em tipos de baixo e de alto risco de câncer. Assim, os HPVs de tipo 6 e 11 encontrados na maioria das verrugas genitais (ou condilomas genitais) e papilomas laríngeos, parecem não oferecer nenhum

risco de progressão para malignidade, apesar de serem encontrados em pequena proporção de tumores malignos.

No ano de 1996, foram identificados os tipos 16 e 18 como os principais agentes etiológicos do câncer do colo do útero, firmando-se cientificamente, pela primeira vez, a indução de um tumor sólido por um vírus. Os vírus de alto risco (HPV tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros) têm probabilidade maior de persistirem e estarem associados a lesões malignas. A relação entre o HPV e o câncer do colo do útero é cerca de 10 a 20 vezes maior do que a relação entre o tabagismo e o câncer de pulmão (BRASIL, 2002).

Dentre as vacinas em desenvolvimento para prevenir a infecção por HPV, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, a única liberada para comercialização nos Estados Unidos é quadrivalente, prevenindo contra os tipos 6 e 11 presentes em 90% dos casos de verrugas genitais, e contra os tipos 16 e 18, de alto risco de câncer do colo do útero e presentes em 70% dos casos (BRASIL, 2007 b).

O Brasil poderá incorporar a nova vacina ao calendário anual de vacinação, implicando um processo de negociação com os laboratórios e a possibilidade de desenvolvimento de métodos de produção da vacina, para que sua incorporação no SUS possa se dar na melhor relação custo-benefício, considerando seu alto custo, a duração de seis meses para o tratamento completo, e o fato de continuar indeterminada a duração da imunidade conferida pela vacina. Assim, para que a vacinação seja de fato eficaz, em termos de Saúde Pública, deveria conferir proteção às meninas e adolescentes por várias décadas, mas, até o momento, o tempo de proteção conferido pela vacina, de cinco anos apenas, torna preciso delimitar o seu real alcance sobre a incidência e a mortalidade da doença (BRASIL, 2007 b).

Por outro lado, a adoção da vacina não substituirá a realização rotineira do exame Colpocitologia oncótica (CCO), configurando-se em mais uma estratégia possível para o enfrentamento do câncer do colo do útero, sendo indispensável que o Ministério da Saúde realize estudos multidisciplinares para avaliação dos impactos técnicos, financeiros e comportamentais (BRASIL, 2007 b).

Segundo o Ministério da Saúde, as principais beneficiadas pela vacina serão as meninas antes da fase sexualmente ativa; as mulheres deverão manter a rotina de realização do exame CCO. Mesmo comprovada a eficácia da vacina e que sua vacinação ocorra em larga escala, a redução significativa dos indicadores da doença pode demorar algumas décadas, embora seja considerada a

mais importante novidade surgida no combate ao câncer do colo do útero (BRASIL, 2007 b).

Para entendermos como ocorre o desenvolvimento do câncer do colo do útero, é preciso rever como se dá esse processo. O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada. Quando a desordem ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, denomina-se displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I), sendo que 60% das mulheres com NIC I apresentarão regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão inicial, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, com estimativa de progressão para o câncer invasor em cerca de 1% dos casos (BRASIL, 2002).

Na displasia moderada ou NIC II a desordem avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, está caracterizado o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau ou NIC III, são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero (BRASIL, 2002).

O tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero deve considerar cada caso, variando desde o simples acompanhamento cuidadoso, a diversas técnicas, incluindo a crioterapia, a conização e a biópsia com laser, a histerectomia e também a radioterapia. Dependendo do resultado do exame citopatológico diversas condutas são possíveis, desde a simples repetição citopatológica em 6 meses até um tratamento cirúrgico, passando pela possibilidade de resolução por meio de um tratamento clínico (BRASIL, 2002).

Para avaliar a resolutividade da Atenção ao Câncer, o conhecimento da distribuição da incidência e mortalidade é de fundamental importância. Na Análise de Situação de Saúde publicada pelo Ministério da Saúde em 2005, foi realizado um estudo comparativo no período de 1980 a 2003, e a seguir são mostrados os resultados do Estado de Mato Grosso, tendo como referência os resultados encontrados no país (BRASIL, 2005 b).

No Brasil, a taxa padronizada de mortalidade por câncer do colo do útero apresenta um comportamento variável ao longo do período de 1980 a 2003, oscilando de 4,2 a 4,9 óbitos por 100.000 mulheres. Mato Grosso apresenta crescimento da taxa padronizada, ao longo desse período, com 5,4 óbitos por 100.000 mulheres no ano de 2003 (Tabela 1), sendo essa taxa 14, 8% superior à taxa nacional.

Tabela 1 – Taxa padronizada de mortalidade por câncer do colo do útero no ano de 2003

Local de Ocorrência	Taxa Padronizada
MT	5,4
Brasil	4,6

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS e IBGE) Ministério da Saúde – 2005

Analisando a proporção de óbitos por câncer do colo do útero em Mato Grosso, nos anos de 1996 e 2003, observa-se uma diminuição de 4,9% com a proporção de 68,6% em 1996, e 63,7% em 2003. No Brasil a proporção de óbitos aumentou no mesmo período em 5,4%, variando de 54,3% em 1996 a 59,7% em 2003 (Tabela 2). Isto não significa, necessariamente, que houve melhorias nas condições de atenção à saúde da mulher, pode ser decorrente da melhoria do sistema de informação. Os dados mostram, ainda, que no ano de 1996 a proporção de óbitos por câncer do colo do útero em Mato Grosso foi 14,3% superior à nacional, diminuindo essa diferença para 4% em 2003.

Tabela 2 – Proporção de óbitos por câncer do colo do útero nos anos de 1996 e 2003

Local de Ocorrência	Câncer do Colo do Útero %	
	1996	2003
MT	68,6	63,7
Brasil	54,3	59,7

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Esses dois indicadores de mortalidade por câncer do colo do útero, mostram o Estado de Mato Grosso em situação desfavorável em relação aos indicadores apresentados no total do país, embora tenha havido diminuição da proporção de óbitos por câncer do colo do útero de 1996 a 2003, como mostra a tabela 2.

Analisando a Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, por faixa etária, no período de 1980 a 2003 (Tabela 3), observa-se que no país essa taxa se mantém estável para as mulheres com 30 a 59 anos e cresce de modo estatisticamente significativo entre as mulheres com 60 anos ou mais, considerando os óbitos totais do país neste período.

No Estado de Mato Grosso há variação com aumento significativo na taxa de mortalidade para mulheres com 30 a 59 anos.

Tabela 3 – Taxas ajustadas de mortalidade por câncer do colo do útero nos anos de 1980 e 2003

Faixa Etária	Taxa Ajustada		
	Local de Ocorrência	1980	2003
30 a 49	MT	5,5	7,8
	Brasil	6,1	6,0
50 a 59	MT	12,5	22,3
	Brasil	14,5	14,5
60 a 69	MT	15,6	19,3
	Brasil	16,8	17,7
70 e +	MT	24,4	30,1
	Brasil	21,9	23,1

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e IBGE

A análise realizada pelo Ministério da Saúde, ressalta que as taxas de mortalidade apresentam crescimento em Mato Grosso, durante todo o período avaliado e, em 2003, mostram valores semelhantes aos dos outros Estados da região Centro Oeste, ocorrendo esse comportamento também para outras causas de morte, devendo-se principalmente a uma melhora no registro de óbitos no Estado (BRASIL, 2005 b).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2006 a) utilizar apenas as informações sobre óbito para o conhecimento da ocorrência de neoplasias malignas não permite o entendimento real da magnitude do problema, considerando que existem diferenças entre os vários tipos de câncer em função da letalidade e sobrevida. Para os tumores de maior letalidade, a mortalidade permite uma aproximação do que seria a incidência, o que não acontece com aqueles de melhor prognóstico.

Com base nesta afirmação, a informação sobre a incidência define o papel de fatores de risco e estabelece prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde utiliza métodos que permitem obter a estimativa de casos novos a partir das informações sobre incidência e mortalidade, oferecendo um quadro geral sobre o padrão de distribuição do câncer para o país e suas regiões.

O número de casos novos de câncer do colo do útero para o Brasil, em 2008, foi estimado em 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não-melanomas, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) representa o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste é o terceiro mais freqüente (18/100.000) (BRASIL, 2008).

As estimativas para o ano de 2008 de número de casos novos por câncer do colo do útero, segundo localização primária em Mato Grosso, foram de 260 casos novos, segundo o INCA/MS.

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos se dá de forma lenta, passando por algumas fases detectáveis e curáveis, iniciando com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos.

O exame citopatológico (CCO) é o mais empregado na detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas, e por ser uma técnica de alta eficácia, baixo custo, embora cause desconforto na introdução do espécuro, é bem aceita pela população e é considerada ideal para o rastreamento deste tipo de câncer. É importante ressaltar que o diagnóstico citopatológico não é de certeza, tendo que ser confirmado pelo exame histopatológico, coletado através de biópsia preferencialmente sob visualização colposcópica (BRASIL, 2002).

A periodicidade do exame CCO nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero adotada pelo Ministério da Saúde é a cada três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.

O Ministério da Saúde realizou, nos anos de 2002 e 2003, um inquérito domiciliar, que mostrou que para as 15 capitais analisadas e o Distrito Federal, a cobertura estimada do exame CCO variou de 74% a 93%, no entanto, o percentual de realização desse exame pelo SUS variou de 33% a 64% do total, o que,

em parte, explica o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil (BRASIL, 2006 a).

Embora o acesso ao exame preventivo tenha aumentado no país, isto não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade por câncer do colo do útero, e em muitas regiões, o diagnóstico ainda é feito nos estádios mais avançados da doença. Dentre as possíveis causas para o diagnóstico tardio, os fatores sócio-culturais exercem grande influência, pois o câncer é uma doença carregada de significação, sendo visto como algo muito além da sua condição de doença grave.

Sontag, 1984, define as metáforas de algumas doenças, dentre elas o câncer, que trazem uma série de associações simbólicas, podendo afetar na maneira como as pessoas realizam os cuidados preventivos do câncer, como os doentes enfrentam a doença e também o comportamento de outras pessoas em relação aos doentes.

Dentre as inúmeras representações associadas ao câncer, há aquela que o associa a um ser agressivo, pois segundo Sontag, 1984, a mais antiga definição literal de câncer é um tumor, uma inchação ou uma protuberância, e o nome da doença que em grego se diz *karkinos*, e em latim se diz *câncer*, ambos com o significado de caranguejo, foi inspirado pela semelhança entre as veias intumescidas de um tumor externo e as pernas de um caranguejo. Sontag, 1984, p.17, relata, que “somente com o microscópio foi possível distinguir o câncer como um tipo de atividade celular e compreender que a doença nem sempre tomava a forma de um tumor externo ou mesmo palpável”.

O tratamento do câncer propõe terapias agressivas para o corpo, com indesejáveis efeitos colaterais, numa tentativa de contra-ataque à invasão das células em franca multiplicação.

Outra imagem associada ao câncer é a de punição. Para Sontag, 1984, p.75, “as noções punitivas da doença têm uma longa história e são particularmente atuantes em relação ao câncer. Existe uma “luta” ou “cruzada” contra o câncer. O câncer é a doença “assassina”. As pessoas que têm câncer são “vítimas do câncer”, considerando aparentemente a doença como sendo o réu, cabendo ao doente também a culpa.

Além da punição, a vergonha também é outro atributo moral associado ao câncer. O câncer também é visto como uma doença vergonhosa, além de uma enfermidade letal, e muitas vezes tratada como um inimigo satânico, princi-

palmente em decorrência de geralmente não ser conhecida a sua causa e por ter seu tratamento apoiado em noções muito diferentes e confessadamente brutais. A expressão “o tratamento é pior do que a doença” é bastante comum em serviços de tratamento do câncer (SONTAG, 1984).

Qualquer doença encarada como um mistério, temida e estigmatizada pelo seu prognóstico muitas vezes negativo e pelo tratamento agressivo, assim como o câncer, é tida como moralmente contagiosa, sendo carregada de significação. Nesse sentido, diz Sontag:

Não é pejorativo ou execrável o fato de estar doente, mas o é o nome “câncer”. Enquanto uma doença for tratada como uma maldição, e considerada um destruidor invencível, e não simplesmente uma doença, os cancerosos, em sua maioria, se sentirão de fato duramente discriminados ao saber de que enfermidade são portadores. A solução não está em sonegar a verdade aos cancerosos, mas em retificar a concepção da doença, em desmistificá-la (SONTAG, 1984, p.11).

O câncer poderá perder esse estigma de doença misteriosa, muitas vezes nem dita pelo nome, tratada como “doença ruim”, a partir do momento em que suas causas sejam conhecidas e que seu tratamento seja eficaz.

A doença é considerada o lado sombrio da vida, como se todas as pessoas tivessem dupla cidadania, uma relacionada à saúde e outra relacionada à doença, e em qualquer momento da vida, cada pessoa será obrigada, pelo menos por um curto período, a identificar-se com o lado da doença, embora todos prefiram ter saúde.

Nesse sentido, Sontag, 1984, se refere às fantasias inspiradas pela tuberculose no passado, e pelo câncer na atualidade, que constituem reflexos da idéia de que a doença é inevitável e caprichosa, a despeito de que todas as doenças podem ser curadas, levando em conta a premissa básica da medicina atual. O câncer se torna misterioso por definição, desempenhando o papel de enfermidade cruel e furtiva, até que sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento se torne tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose.

Ainda nos dias atuais, o câncer é carregado de significação, e em muitos casos o diagnóstico é ocultado ao doente, principalmente pela família, numa tentativa de poupa-lo de mais sofrimento, sendo considerada uma doença sinônimo de morte e que deve ser escondida. Essa tentativa de esconder a verdade dos do-

entes com câncer, reflete o pensamento de que para as pessoas que estão morrendo, é melhor ser poupada, e a melhor de todas as mortes é a que ocorre quando estamos inconscientes ou adormecidos (SONTAG, 1984).

As metáforas dos problemas de saúde para Sontag, 1984, trazem uma série de associações simbólicas, podendo afetar profundamente a maneira como as pessoas percebem a sua doença e também o comportamento de outras pessoas, a exemplo do câncer que as fantasias o tornam algo muito além da sua condição de doença possivelmente fatal. Tais representações se associam aos contextos sócio econômicos e, portanto, são compartilhadas entre as pessoas de determinada sociedade.

Neste contexto, a compreensão do processo saúde-doença vai além da compreensão da doença e seus efeitos sobre o corpo, pois vivenciar a experiência do adoecimento é também desafiar as representações, valores e crenças compartilhadas entre o grupo. Portanto, a experiência do adoecimento é permeada pelos significados construídos sócio-culturalmente, e envolve as relações entre os comportamentos e as crenças com as situações sociais vivenciadas pela pessoa. Assim, para entender a vivência do adoecimento de uma mulher com câncer do colo do útero é preciso entender também os significados culturais da doença.

Geertz, 1989, em sua definição de cultura, a assume como as teias de significados e a sua análise como uma ciência interpretativa à procura do significado, denotando um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, expresso em formas simbólicas, por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.

Para Helman, 1994, a cultura é um conjunto de princípios que mostram a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se em relação às outras pessoas e ao meio ambiente natural, transmitido para a geração seguinte por meio de símbolos como a linguagem, rituais, e artes. Pode ser considerada a forma como as pessoas percebem e compreendem o mundo, aprendendo a viver dentro dele.

Para compreensão da maneira como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem a eles, a doença deve ser considerada como parte integrante de uma cultura em particular, podendo ser considerada a resposta subjetiva ou a maneira como a pessoa interpreta a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas,

e os caminhos percorridos por ela para resolver a situação. A definição de doença é estabelecida pelo significado que a pessoa confere a ela, além da experiência pessoal do problema de saúde. Tanto o significado conferido aos sintomas quanto a resposta emocional a estes sintomas, sofrem influência do conhecimento adquirido e experiências vividas da pessoa doente e sua personalidade, assim como pelo contexto cultural, social e econômico em que aparecem (HELMAN, 1994).

Nesse sentido, a mesma doença ou sintoma, pode ser interpretado de maneiras diferentes por duas pessoas provenientes de culturas e contextos distintos, podendo essas diferenças influenciar também seu comportamento posterior e os tipos de tratamento e serviços procurados para resolver o seu problema de saúde. Assim, cada pessoa vivencia a experiência do adoecimento e se comporta frente às ações de prevenção de maneira particular.

Entendendo a influência dos fatores sócio-culturais em relação à adesão da mulher à realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero, e analisando os dados de cobertura deste exame em Mato Grosso, torna-se importante também considerar os aspectos relacionados aos serviços de saúde e à forma como os profissionais de saúde buscam informar e conscientizar as mulheres sobre a necessidade de realizar tal prevenção.

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica realizado desde o ano de 2002 pelos municípios de Mato Grosso, em seu indicador que avalia a cobertura do exame CCO em mulheres de 25 a 59 anos, conforme a Tabela 4, mostra que houve diminuição do número de exames coletados de 2002 a 2006, e ainda com o resultado abaixo da meta esperada:

Tabela 4 – Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, nos anos de 2002 a 2005

Ano	Meta Proposta	Resultado
2002	≥ 0,15	0,18
2003	≥ 0,23	0,12
2004	≥ 0,23	0,15
2005	≥ 0,25	0,17

Fonte: DATASUS/MS

O Ministério da Saúde recomenda que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade (BRASIL, 2006 b). Os índices da Tabela 4 mostram que a realização da prevenção do câncer do colo do útero, em Mato Grosso, não abrange mulheres na faixa etária prioritária, não atendendo a recomendação proposta pelo Ministério da Saúde, contribuindo, assim, para a elevação dos indicadores de mortalidade por câncer do colo do útero.

O conhecimento da finalidade do exame CCO influencia as mulheres a realizá-lo, resultando em maior e mais consciente procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a mulher na procura pelos cuidados preventivos (CHUBACI, 2005). Os fatores sócio-culturais e econômicos, além da desinformação sobre a doença e sua prevenção, somam-se ainda aos fatores relacionados à organização dos serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o diagnóstico tardio pode estar relacionado à dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica especialmente em municípios de médio e pequeno porte, capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde, e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial orientado por critérios de hierarquização dos diferentes

níveis de atenção, que facultem o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema (BRASIL, 2006 b).

3.2 A organização dos serviços de saúde na atenção ao câncer em Mato Grosso

No Estado de Mato Grosso há organização dos serviços em todos os níveis de atenção, sendo as ações de saúde da mulher uma das responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica em que, além do pré-natal e do planejamento familiar, a prevenção do câncer do colo do útero prevê atividades de rastreamento, coleta de material para exames de citopatologia e alimentação dos sistemas de informação. Todos os 141 municípios do Estado têm a responsabilidade de realizar a atenção básica e possuem profissionais treinados para essas ações.

A Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso é responsável pela estruturação da Rede Estadual de Atenção Oncológica, onde estão inseridos os programas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer e os sistemas de vigilância do câncer e SISCOLO - Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero. É responsável também pela condução da Política Estadual de Atenção ao Câncer, planejando, coordenando e avaliando as ações realizadas no Estado.

Em Resolução aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado de Mato Grosso em 15 de fevereiro de 2007, foi aprovada a constituição da Rede Estadual de Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2007 b).

As ações de Atenção Básica que compreendem a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero estão estruturadas no Estado, e são realizadas pelas equipes de Saúde da Família, Postos de Saúde, Centros de Saúde e Policlínicas. Todos os municípios do Estado têm profissionais treinados para coleta do exame CCO com um fluxo estabelecido para encaminhamento do material coletado para realização do exame no laboratório de referência do Estado em Cuiabá, o MT Laboratório, quando não há o serviço disponível na região de abrangên-

cia do município. Há 24 laboratórios credenciados ao SUS que realizam a citologia, distribuídos em todas as regiões do Estado.

As ações de Média Complexidade que envolvem consultas especializadas e exames diagnósticos mais complexos são realizadas nos municípios de maior porte e que possuem uma rede de serviços mais estruturada, geralmente referências regionais. No Estado há 28 ambulatórios de referência que realizam colposcopia, sendo 18 com realização de Cirurgia de Alta Frequência.

A Unidade que oferece maior resolutividade está localizada na capital do Estado, no CERMAC, onde há uma equipe de oncologistas clínicos, ginecologistas, mastologistas, urologistas e outras especialidades voltadas para a confirmação do diagnóstico, estadiamento e encaminhamento para tratamento.

Para as ações de Alta Complexidade há as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), na capital do Estado, Cuiabá, sendo 2 UNACONS com Radioterapia, Quimioterapia e cirurgia oncológica, 1 UNACON com Quimioterapia e cirurgia oncológica e 1 Unidade isolada de Quimioterapia; no município de Rondonópolis, referência da região Sul, 1 UNACON com Quimioterapia e cirurgia oncológica e no município de Sinop, referência da região Norte, 1 UNACON com quimioterapia e cirurgia oncológica.

De acordo com a Lei Estadual N°8.461 de 10 de março de 2006, que estabelece diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle do Câncer e dá outras providências, em seu artigo 11º, o credenciamento dos serviços para a prestação de assistência ao paciente oncológico deve abranger sete modalidades integradas em estrutura hospitalar que compreende: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e quimioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos (MATO GROSSO, 2006).

É importante ressaltar que todos os UNACONS são privados, conveniados ao SUS, não oferecendo todas as modalidades de tratamento, levando a usuária a ser encaminhada a vários serviços para completar o tratamento.

Para facilitar e agilizar o acesso da usuária à rede de atenção ao câncer, há na Central de Regulação Estadual uma Central de Regulação Oncológica, que regula o acesso da população aos serviços, articulando com as Centrais Regionais de Regulação quando não há serviço especializado na Região de origem. Esta central funciona desde outubro de 2001 e ainda enfrenta dificuldades para exercer seu papel de reguladora da assistência, pois ainda existem atendimentos não regulados, seja pela procura espontânea da usuária ao serviço hospita-

lar ou pela captação da usuária pelo serviço, fato observado por mim no decorrer de minhas atividades profissionais no CERMAC no período de julho de 2004 a fevereiro de 2007.

A Central de Regulação Oncológica tem o objetivo de garantir o acesso de todo cidadão mato-grossense ao nível de atenção que necessita, estabelecer fluxos, otimizar a capacidade instalada no Estado, autorizar os procedimentos necessários ao tratamento do câncer, fornecer subsídios ao controle e avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade da assistência à saúde.

Embora haja fragmentação da Rede de Atenção ao Câncer no Estado, há através da Central de Regulação Oncológica facilidade de acesso para diagnóstico e tratamento, pois esta regulação é diferenciada em relação aos outros agravos e doenças, tendo uma equipe específica que regula para diagnóstico e tratamento do câncer, considerando a necessidade de agilidade na maioria dos casos, pelo desenvolvimento insidioso e agressivo da doença.

Na organização da rede de serviços de atenção ao câncer em Mato Grosso, pode-se observar que há fragmentação em vários níveis e em serviços de alta complexidade que não oferecem todas as modalidades de tratamento, seguramente remetendo a mulher à dificuldade em receber integralmente essa atenção.

4. METODOLOGIA E CENÁRIO

4.1 Caminho metodológico

Para Minayo (2004, p. 22) a metodologia é o caminho e o instrumental utilizados para abordagem da realidade, incluindo as “concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

4.1.1 Tipo de pesquisa

Realizei um estudo exploratório descritivo, de caráter qualitativo, buscando compreender a lógica utilizada pela mulher com diagnóstico de câncer do colo do útero, na busca da atenção à sua necessidade de tratamento com o enfoque na sua percepção sobre a resolutividade e integralidade das ações de saúde, e também compreender a lógica da organização da atenção à saúde e das práticas profissionais de saúde.

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2004), propicia a busca dos significados da ação humana na construção da história. Demo (2000) enfatiza algumas características da pesquisa qualitativa: essencialidade, perfectibilidade, intensidade, politicidade e dialética.

Para Demo (2000), a essencialidade deriva da etimologia de *qualitas* que, em latim, significa essência, sinalizando horizontes significativos ou substanciais, mesmo que difíceis de serem mensurados. A perfectibilidade ganha sentido quando se fala de qualidade, considerando os conceitos de participação, democracia, cidadania em que a sociedade será tanto mais perfeita, quanto mais participativa, sendo a conquista da democracia um ganho quantitativo, nunca perfeita, mas sempre perfectível. Nesse sentido, considera participação, sinônimo de qualidade.

A qualidade aponta também para a dimensão da intensidade, numa perspectiva mais verticalizada do que horizontalizada, “para o melhor e não para o maior”, com marcas de profundidade, plenitude e realização (DEMO, 2000, p.147).

Quando se refere à politicidade, Demo caracteriza a qualidade se referindo ao “sujeito capaz de fazer história própria, sugerindo o horizonte fundamental da capacidade de “se fazer”, dentro das circunstâncias dadas” (DEMO, 2000, p.148).

Por fim, Demo, 2000, ressalta a dialética da qualidade, em que o conhecimento visivelmente limitado entende-se como rompedor de limites, agindo dialeticamente pelo conflito, onde a realidade é desconstruída para depois ser reconstruída.

Para Demo, 2000, p.151, “toda proposta de captação da realidade (metodologia), está sempre a reboque de teoria na qual se definem os contornos mais relevantes da realidade” colocando ao pesquisador o desafio de buscar modos de captação que sejam congruentes com as marcas da qualidade, como exemplo de sua dinâmica flexível, subjetiva, profunda, intensa e também sendo ideológica e provisória.

“A pesquisa qualitativa quer fazer jus à complexidade da realidade, curvando-se diante dela, não o contrário, como ocorre com a ditadura do método ou a demissão teórica que imagina dados evidentes” (DEMO, 2000, p. 152).

Compreendo que a pesquisa qualitativa possibilita desvendar a realidade de uma forma criativa e, ao mesmo tempo, baseada na verdade encontrada no sujeito. Como pesquisadora, posso perceber dados evidentes de morbimortalidade que me obrigam a curvar diante da complexidade do sujeito, pois só ele dar-me-á a resposta para compreensão desse panorama negativo com o qual me deparei.

Escolhi o Estudo de Caso, como desenho metodológico para responder ao objetivo da pesquisa, procurando detalhar o caso de uma mulher com câncer do colo do útero, e assim compreender a sua vivência do processo de adoecimento, a organização dos serviços de atenção ao câncer, as práticas profissionais de atenção ao câncer, e o alcance da integralidade e resolutividade desta atenção.

Para Bourdieu, 2005, p.32, trata-se de “abordar um caso empírico com a intenção de construir um modelo (...) trata-se de interrogar sistematicamente o caso particular”, utilizando o raciocínio analógico, “que permite mergulharmos

completamente na particularidade do caso estudado sem que nela nos afoguemos”, realizando a intenção de generalização, pela maneira particular de pensar o caso. Para Bourdieu, 2005, o método comparativo irá permitir pensar relacionalmente o caso particular, tomando como base de apoio as homologias estruturais entre campos diferentes.

Deslandes, 2004, p.106, afirma que “cada estudo é, em última instância, uma aproximação da realidade do caso”, e ao compreender o foco do estudo, estamos caracterizando, estabelecendo relações e identificando modelos que estruturam as principais marcas do caso e as suas relações com o contexto onde está inserido.

Goldenberg, 2004, p.34, vem corroborar com essa afirmação ao dizer que “através de um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida pela análise estatística”.

Sendo assim, o estudo de um caso em especial e a apreensão de seus significados proporcionarão através da analogia, a compreensão da realidade do contexto onde ele se insere.

4.1.2 O sujeito da pesquisa

Realizei busca ativa por mulheres em tratamento ambulatorial hospedadas em Casas de Apoio ao interior do Estado, mulheres cadastradas pela Central de Regulação Oncológica e já em tratamento, identificando e selecionando as mulheres moradoras na área de abrangência da BR-163, procedentes dos municípios de Sinop, Sorriso, Diamantino, Alta Floresta e região, sem limitação de idade.

A Casa de Apoio é o local onde os usuários do interior do Estado em tratamento ambulatorial do câncer na cidade de Cuiabá, ficam hospedados, por não haver serviço de referência para tratamento do câncer na região estudada.

Inicialmente fiz uma busca no Centro de Referência de Média e Alta Complexidade (CERMAC), e por estar trabalhando naquela unidade de saúde tive acesso à relação de mulheres, que nos últimos três meses, foram atendidas no Ambulatório de Oncologia para diagnóstico do câncer do colo do útero, selecionando aquelas moradoras nos municípios da região a ser estudada. Anotei o nome de

três mulheres, entrei em contato com a Central de Regulação Oncológica e solicitei uma relação das mulheres em tratamento do câncer do colo do útero, acesso que me foi facilitado por trabalhar no CERMAC e estar sempre em contato com os profissionais da Central de Regulação. Recebi por e-mail, uma relação com os nomes de doze mulheres, onde constavam também o município de origem, telefone, endereço do câncer e nome do serviço onde estavam fazendo tratamento.

Selecionei as mulheres moradoras nos municípios da área de abrangência da BR-163 e telefonei para os serviços de tratamento em Oncologia para saber quais mulheres estavam, efetivamente, realizando tratamento. Dentre sete mulheres moradoras na área de abrangência da BR-163, três já tinham recebido alta, e quatro se encontravam em tratamento nos diversos serviços. Assim, no Centro de Oncologia de Cuiabá (COC) encontrei a D. Esperança, inicialmente já identificada no CERMAC, confirmando que ela ainda se encontrava em Cuiabá realizando tratamento e hospedada em uma Casa de Apoio.

D. Esperança, moradora do município de Marcelândia, nascida em 12 de dezembro de 1964, quando iniciou tratamento do câncer em Cuiabá tinha 42 anos. Estudou até a quarta série do ensino fundamental, não exerce outra atividade fora do lar, é casada, seu esposo tem 38 anos, estudou até a sexta série do ensino fundamental e exerce a profissão de serrador em madeireira.

Tem quatro filhos, com idades de 17, 13, 8 e 7 anos, sendo que a filha mais velha já concluiu o ensino médio. Os três filhos menores cursam o ensino fundamental em Marcelândia. A única renda familiar de dois salários mínimos é a do marido.

4.1.3 Coleta de dados

a) Técnicas

A coleta de dados foi realizada através da **História de Vida Focal** da mulher selecionada, traçando a retrospectiva da evolução do câncer do colo do útero e busca por assistência nos serviços de saúde, para o entendimento da lógica que direcionou este trajeto.

A História de Vida apresenta as experiências e as definições vividas por uma pessoa, um grupo, uma organização, como esta pessoa, esta organização ou este grupo interpreta sua experiência. A História de Vida Focal enfatiza determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização, que no caso específico, será a vivência de ser portadora de câncer do colo do útero e ter buscado tratamento no serviço público de saúde.

Para Minayo, 2006, a História de Vida nunca será uma verdade sobre os fatos vividos, mas sim uma versão atribuída pela pessoa que vivenciou os fatos, contada a partir de sua experiência, conhecimento, visão de futuro e dados de sua biografia. Pode ser a melhor abordagem para se compreender o cotidiano, as vivências de um grupo, pessoa ou relações sociais.

No âmbito da pesquisa qualitativa, a História de Vida é considerada um poderoso instrumento “para a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual ao seu contexto social, interpretam-na e dão-lhes significado, a partir do momento presente” (MINAYO, 2006, p. 158).

Para a apreensão da História de Vida Focal, utilizei a *entrevista não estruturada*, que propõe uma interação entre a pesquisadora e a entrevistada, buscando obter as informações necessárias para compreensão do atendimento aos princípios da integralidade e resolutividade no percurso empreendido pela usuária na busca por atendimento às suas necessidades de atenção à saúde.

Minhas impressões durante as entrevistas e também as visitas realizadas foram anotadas em um Diário de Campo, onde foram relatados todos os contatos feitos com a entrevistada, a forma como ela se comportou durante as entrevistas e visitas e a dinâmica da Casa de Apoio onde estas eram realizadas.

Também utilizei na **análise documental** dados coletados dos prontuários de D. Esperança, encontrados nos serviços de saúde onde ela foi atendida, observando os resultados de exames e outros documentos referentes ao seu tratamento encontrados nos prontuários ou por ela guardados. As cópias dos prontuários foram solicitadas aos responsáveis pelos respectivos serviços, considerando a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller e também a assinatura de D. Esperança no Termo de Consentimento após informação.

A apreensão da História de Vida Focal foi iniciada a partir da questão norteadora: *Como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde, desde o seu aparecimento até a definição do seu tratamento.*

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, após autorização e consentimento da D. Esperança. O caráter de profundidade que exige a técnica da história de vida focal foi atendido através do retorno à entrevistada para aprofundamento da coleta de dados, com a realização de entrevistas e encontros em que também foram registrados dados de observação.

As entrevistas e observações foram realizadas em uma Casa de Apoio, num total de sete encontros durante o período de quatro meses, considerando que D. Esperança estava no segundo mês de tratamento para o qual permaneceu em Cuiabá três meses, retornou ao seu município de origem e, após três meses, retornou a Cuiabá para acompanhamento clínico.

b) Estratégias

Para Minayo, 2006, a entrada em campo para a pesquisa qualitativa deve ser precedida do preparo da forma como descrevê-la ao entrevistado, como o pesquisador deve se apresentar, merecendo cuidado o estabelecimento do primeiro contato que possibilita o início de uma rede de relações, produção de uma agenda e cronograma de atividades posteriores.

Com o número do telefone de D. Esperança anotado no prontuário do CERMAC, telefonei para o primeiro contato, e quem atendeu foi sua filha, que se mostrou muito receptiva, e me disse que estavam hospedadas em uma Casa de Apoio. Identifiquei-me, disse que gostaria de conversar com D. Esperança, ela prontamente me informou o endereço, e marcamos a primeira entrevista para o dia 10 de fevereiro de 2007, sábado de manhã, pois o seu tratamento era realizado durante a semana.

Ao chegar à Casa de Apoio, entrei pelo portão principal que se abre para um corredor onde estão os quartos. No terceiro quarto do lado esquerdo a filha estava na janela e ouviu quando perguntei pela D. Esperança. Ela sorriu e me chamou para entrar no quarto, e ao entrar no quarto D. Esperança e a filha estavam sentadas em uma cama de solteiro, que era a cama de D. Esperança, na qual eu também me sentei após as apresentações iniciais, pois no quarto não havia cadei-

ras, somente uma cama, dois beliches e uma estante de aço com os pertences pessoais das hóspedes.

Naquele primeiro dia encontravam-se no quarto mais duas hóspedes, uma em tratamento para coluna, moradora do mesmo município, e outra estava acompanhando o filho em tratamento de câncer, que saíram do quarto ao iniciarmos a entrevista. Expliquei o objetivo do meu trabalho, e porque eu estava lá para fazer a entrevista. Li para elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando os itens, e após todas as informações, perguntei se ela concordava em ser entrevistada.

D. Esperança aceitou prontamente e assinou o Termo de Consentimento, dando a cópia para a filha guardar em sua bolsa. Expliquei que a entrevista seria gravada no MP3, mostrei a ela como funcionava, embora bastante preocupada, por ser a primeira vez que utilizaria tal tecnologia. Da mesma forma ocorreram as demais entrevistas e visitas na Casa de Apoio, onde tive a oportunidade de conhecer a rotina da casa e dos hóspedes, e a realidade vivida por eles.

A partir da transcrição e digitação das entrevistas e de sua leitura, identifiquei as categorias de análise dos aspectos narrados por D. Esperança. Tracei o mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento de D. Esperança até o seu tratamento, pela sua ótica e as principais dificuldades encontradas na resolução de suas necessidades, na perspectiva do atendimento à integralidade da atenção, procurando compreender qual a sua interpretação sobre o que seja integralidade e confrontando, posteriormente, esta visão com aquela dada pela literatura levantada sobre o tema.

c) Preceitos éticos

De acordo com os preceitos éticos e legais da Resolução 196/CNS/96 a pesquisa maior: “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR-163 no Estado de Mato Grosso” teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde do Hospital Universitário Júlio Muller, através do Termo de Aprovação Ética de Projeto de Pesquisa de 06 de fevereiro de 2006, sob protocolo N° 235/CEP-HUJM/05.

4.2 O Estado de Mato Grosso e a BR-163: regiões de saúde e suas características

O cenário é composto pelos serviços de saúde de todos os municípios por onde D. Esperança transitou no SUS de Mato Grosso, desde Marcelândia, o município onde mora, Sorriso, o município de referência, até Cuiabá, a capital do Estado, e onde entram em cena também os profissionais de saúde, gestores e D. Esperança, sujeito deste estudo.

O Estado de Mato Grosso, situado a Oeste da região Centro-Oeste do país, com a maior parte do seu território fazendo parte da Amazônia Legal, ocupa uma área de 903.357.908 Km², possuindo uma população estimada, no ano de 2005, de 2.803.274 habitantes, distribuída por 141 municípios (IBGE, 2007).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Mato Grosso é de 0,773 e o coloca entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano, ocupando a nona posição em relação aos outros Estados do Brasil (PNUD, 2007).

O Estado destaca-se pela grande extensão territorial, e também pela diversidade étnica e cultural e diversidade biológica com riquezas naturais da flora, fauna, recursos hídricos e minerais compondo três ecossistemas; o pantanal, o cerrado e a floresta amazônica. A população do Estado também inclui povos indígenas sob variadas denominações e diferentes etnias.

A região Centro-Norte do Estado onde está localizada a Rodovia Cuiabá-Santarém (BR-163), abriga um dos pólos agrícolas mais produtivos do país, com destaque para a produção de soja. A área de abrangência da BR-163 no Estado de Mato Grosso, priorizada pelo Plano de Desenvolvimento Sustentável do Governo Federal, é composta por 35 municípios, cuja ocupação seguiu-se à abertura da Rodovia no início dos anos setenta, consolidando-se com os projetos privados de colonização nos anos oitenta (BRASIL, 2005 a).

A Rodovia BR-163 está asfaltada na maioria de sua extensão no Estado, faltando um pequeno trecho próximo ao Pará. Há 35 municípios localizados em seu entorno, os quais se beneficiam desta para o escoamento dos seus produtos e para o atendimento de suas demandas básicas, e ainda, a BR-163 dá acesso à capital do Estado e também às regiões ao sul do país, configurando-se no elemento estrutural que conecta o Norte ao Sul do Brasil, cortando praticamente todo o Estado de Mato Grosso.

O processo de ocupação da fronteira Oeste teve início no país na década de quarenta, sendo que até a década de setenta, Mato Grosso apresentava na região Centro Norte apenas os municípios de Nobres, Diamantino e Chapada dos Guimarães, os dois últimos com seus limites setentrionais fazendo divisa com o Pará, num imenso vazio demográfico, ocupado somente pela economia do extrativismo e da auto-suficiência das populações locais (BRASIL, 2005 a).

O Estado de Mato Grosso foi contemplado com recursos de programas governamentais, constituindo-se em área preferencial para implantação de projetos de colonização privada, formando a região Centro-Norte como uma região tipicamente caracterizada pela presença de grandes projetos agropecuários, por áreas de posseiros, por projetos privados de colonização e pela presença expressiva de terras indígenas (BRASIL, 2005 a).

O processo histórico de ocupação do Estado também passou pelo ouro e pelo diamante, quando boa parte dos colonos deixou a agricultura em busca da fortuna no garimpo, além da indústria madeireira que também se cruza com a ocupação agropecuária da região.

Na década de oitenta, ganha forte impulso a colonização, resultado da transformação da agricultura brasileira, quando quase todas as terras do Norte do Estado foram entregues aos grupos privados que desenvolveram seus projetos de colonização, originando o crescimento de várias das principais cidades, como Sinop e Alta Floresta, frutos de investimentos empresariais. Em pouco mais de vinte anos, nasceram mais de cinquenta novas cidades, numa corrida para a expansão da fronteira agrícola nacional (BRASIL, 2005 a).

Na década de noventa, destaca-se a expansão do agronegócio no cerrado, com grandes grupos econômicos explorando em grande escala a produção da soja, gerando uma nova configuração territorial no Estado.

Nesse contexto, a cidade de Marcelândia teve início a partir de um projeto de colonização, tendo sido oficialmente fundada como patrimônio em 07/12/1980, tornando-se distrito em 10/05/1982 e, posteriormente, município em 13/05/1986, sendo o seu nome dado pelo proprietário da colonizadora em homenagem ao filho chamado Marcelo (MARCELÂNDIA, 2007).

Marcelândia está localizada a aproximadamente 712 Km² da capital Cuiabá, está distante de Sinop a 200 Km² pela BR-163, com 110 km² pavimentados, tem como economia a pecuária, agricultura e o extrativismo vegetal, este último bastante importante na economia do município. Tem uma extensão territorial

de 13.043 km² (MARCELÂNDIA, 2007), com uma população estimada, em 2007, de 19.264 habitantes (IBGE, 2007).

O IDH de Marcelândia é de 0,771, considerado como de médio desenvolvimento humano, ocupando o 28º lugar dentre os municípios do Estado de Mato Grosso (PNUD, 2007).

A rede de serviços de saúde de Marcelândia, considerada de pequeno porte e em gestão plena da atenção básica, possui: 1 Hospital Municipal de pequeno porte, 4 Unidades de Saúde da Família cobrindo em torno de 60% da população, 1 Centro de Reabilitação, 1 Centro de Saúde e 1 Policlínica.

No Estado de Mato Grosso, nos últimos anos tem se intensificado a regionalização dos serviços de saúde, através da criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, da implantação dos Hospitais Regionais e de ações visando à implantação de serviços com maior resolutividade nos municípios considerados referência regional. O Consórcios Intermunicipais de Saúde são formados a partir da junção de um grupo de municípios de uma mesma região que, através da criação de uma diretoria formada pelos prefeitos e uma secretaria executiva por eles indicada, realizam a gestão de alguns serviços de saúde no sentido de complementar a rede de saúde existente na região, principalmente nas ações ambulatoriais de média complexidade com a oferta de consultas e exames especializados. Os custos são divididos entre as Prefeituras com uma contrapartida financeira da Secretaria Estadual de Saúde.

Os Hospitais Regionais situados em municípios sede de microrregiões e gerenciados pela Secretaria Estadual de Saúde são hospitais gerais de médio porte em média com 100 leitos e funcionam como referência para os serviços de saúde da região com serviços de maior complexidade.

Mesmo com a descentralização desses serviços para o interior do Estado, ainda há um número significativo de usuários que se deslocam para a capital à procura de tratamento à saúde, especialmente os portadores de câncer, considerando que os serviços especializados de alta complexidade para tratamento com todas as modalidades estão concentrados em Cuiabá, e recentemente em Rondonópolis (Região Sul) e Sinop (Região Norte).

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso em seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) baseado no conceito de ser um “Instrumento que se fundamenta na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da organização do ordenamento do Processo de Regionalização no

Estado em Regiões e Microrregiões”, tem por objetivo garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (MATO GROSSO, 2007 a).

O PDR define a **Região de Saúde** como a base territorial de planejamento da atenção à saúde de acordo com as especificidades de cada Estado considerando características demográficas, sócio-econômicas, geográficas e epidemiológicas, ofertas de serviços, relações políticas, podendo conter uma ou um conjunto de Microrregiões. E em Mato Grosso estão definidas cinco regiões de saúde: Leste, Centro-Norte, Norte, Oeste e Sul.

Microrregião é um espaço territorial, geograficamente delimitado, que contém um conjunto de municípios e um Escritório Regional de Saúde, atendendo os requisitos de contigüidade entre os municípios, garantia de acesso geográfico, de transporte, sócio-cultural, capacidade instalada da rede de atenção à saúde, capacidade de gestão, capacidade de pactuação e articulação na região e um município Pólo que concentra ações e serviços de maior complexidade, representando papel de referência para os outros municípios.

Módulo Assistencial é o espaço de organização da assistência à saúde capaz de garantir, além da atenção básica, o acesso com qualidade aos procedimentos e serviços no primeiro nível de referência (cirurgia ambulatorial, laboratório, RX, Fisioterapia, Ultra-Som, Internação em Clínica Médica, Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia – Parto Normal). Considera-se **Município Sede de Módulo**, o município com capacidade de oferta da totalidade de serviços com suficiência para atender sua população e a de outros municípios a ele adstritos (MATO GROSSO, 2007 a).

De acordo com o PDR de Mato Grosso, o município de Marcelândia está configurado como Módulo Assistencial, pela capacidade de sua rede de serviços em saúde, e tem como referência o município de Colíder como Sede de Módulo, juntamente com os municípios de Itaúba, Nova Canaã do Norte, Nova Guarita e Nova Santa Helena, compõem a Microrregião Norte pertencente à Região Norte (MATO GROSSO, 2007 a).

Na Região Norte, além da Microrregião Norte, há as Microrregiões Alto Tapajós, Teles Pires e Vale do Peixoto. Antes da última atualização do PDR, ocorrida em 2006, o município de Marcelândia pertencia à Microrregião Teles Pires, tendo sido feita a alteração através da Pactuação Programada Integrada realizada em fóruns regionais entre as Secretarias Municipais de Saúde, Escritórios Regio-

nais de Saúde, Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde.

O Hospital Regional de Colíder é a primeira referência para o município de Marcelândia, garantindo os serviços de média complexidade e alguns procedimentos de alta complexidade, e algumas referências são encaminhadas para Sorriso ou Cuiabá, como foi o caso de D. Esperança, pois o serviço de referência secundária para o câncer ainda não está estruturado em Colíder (MATO GROSSO, 2007 a).

A distância de Marcelândia a Sorriso é de aproximadamente 350 Km², com um grande trecho de estrada não pavimentada, e de Marcelândia a Colíder a distância é de aproximadamente 170 Km², também com um trecho de estrada não pavimentada, o que mostra ser mais fácil e perto o acesso para referência de Marcelândia a Colíder.

O município de Sorriso, onde D. Esperança também foi atendida, foi igualmente originado através de projeto de colonização privada, com a maioria de sua população migrante dos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, tendo sido transformado em Distrito em 26/12/1980, em Sub Prefeitura em 20/03/1982 e em município em 13/05/1986 (SORRISO, 2007), na mesma data que Marcelândia.

Sorriso possui uma área de 10.480 Km², população estimada para 2007 em 55.121 habitantes (IBGE, 2007), e está distante da capital Cuiabá aproximadamente 412 Km². É o maior produtor de grãos do Brasil, sendo responsável por 17% da produção do Estado (SORRISO, 2007). É a cidade do Estado com o maior IDH, que é de 0,824, classificado como de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2007).

Considerada uma cidade de médio porte, com uma rede de serviços em saúde melhor desenvolvida que Marcelândia, possui 14 Unidades de Saúde da Família, Centro de Especialidades, um Hospital Municipal de pequeno porte e, além de outros serviços, possui um Hospital Regional Estadual, referência para a região em serviços de média e alta complexidade.

Devido à expansão e o crescimento recente da região Centro-Norte do Estado de Mato Grosso, com muitos municípios novos e de pequeno porte e a dificuldade de fixação de profissionais de saúde especializados causada pela grande distância da capital, ainda falta a ampliação, estruturação e qualificação da

rede de serviços em atenção à saúde, o que contribui para o grande afluxo da população para o município de Cuiabá em busca dessa atenção.

O município de Cuiabá, diferente de Marcelândia e Sorriso, foi fundado em 1719, pelos bandeirantes, devido à descoberta do ouro. Foi elevado a cidade em 17/09/1818, em capital da província, em agosto de 1835, e em 1909, teve o reconhecimento como Centro Geodésico da América do Sul. Possui uma área de 3.984 km², e sua economia está centralizada no comércio e na indústria, com destaque para a agroindústria (CUIABÁ, 2007).

O IDH de Cuiabá é 0,821, ocupando a segunda posição no Estado, depois de Sorriso, considerado de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2007), com uma população estimada, para o ano de 2007, em 527.113 habitantes (IBGE, 2007).

Após a década de setenta, com a divisão territorial do Estado de Mato Grosso, Cuiabá teve acelerado o seu desenvolvimento com grande ampliação da urbanização, estando sediado nesta capital o Centro Político Administrativo Estadual.

A rede de serviços de saúde conta com uma rede Hospitalar e Ambulatorial, que além de atender a população do município, é referência para os municípios que compõem a Microrregião da Baixada Cuiabana nos serviços de média complexidade, e referência para todos os municípios do Estado nos serviços de alta complexidade, alguns exames de apoio diagnóstico, a exemplo da ressonância magnética, e também consultas ambulatoriais em algumas especialidades, a exemplo da oncologia.

Embora tenha uma rede de serviços estruturada, ela não consegue dar conta da demanda, e convive com a baixa resolutividade dos serviços de atenção básica, assim como outros municípios do Estado, além de receber um grande aporte de pessoas oriundas do interior para atenção à saúde.

Todo o fluxo de referência para consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico, internações hospitalares e encaminhamento para tratamento fora do domicílio (TFD), é regulado pela Central de Regulação, que em Cuiabá é gerida pela Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, e também pelas Centrais Regionais de Regulação geridas pelos Escritórios Regionais de Saúde, que são instâncias estaduais presentes nas diversas regiões do Estado.

Embora haja um sistema de informação que procura organizar toda a demanda por atenção à saúde, a Central de Regulação não consegue ser permeável a todas as necessidades da população, seja pela baixa capacidade de oferta de serviços, ou seja, pela pouca resolutividade da atenção prestada nos diversos níveis. Além desse sistema formal de regulação, ainda há atendimentos por demanda espontânea ambulatorial no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, que teoricamente deveria atender somente casos de urgência e emergência.

4.3 Análise dos dados

4.3.1 Organização dos dados

Seguindo a metodologia descrita por Minayo, 2007, procedi a ordenação dos dados coletados, separando-os em diário de campo, entrevistas e documentos referentes ao atendimento nos serviços de saúde. Após a leitura flutuante, por várias vezes, dos textos, procurei encontrar aspectos relevantes, levantando vários questionamentos e as idéias centrais transmitidas pelos dados e falas de D. Esperança. No segundo momento, realizei a leitura transversal, recortando as entrevistas e o Diário de Campo em unidades de sentido agrupadas pela semelhança ou aproximação.

Inicialmente as unidades de sentido que resultaram da leitura transversal das observações relatadas no Diário de Campo foram:

- Relação mãe-filha
- Vivência na Casa de Apoio
- Itinerário Terapêutico
- Tratamento do câncer e seus efeitos colaterais
- Saudade de Casa e distância da família

As unidades de sentido que surgiram da leitura transversal das entrevistas buscando perceber ligações entre si e também com relação às minhas observações, foram assim agrupadas:

- Percepção da doença
- Manifestação do corpo
- Prevenção do câncer
- Funcionamento e resolutividade do Serviço de Saúde
- Contexto social e familiar
- Diagnóstico e tratamento do câncer
- Regulação e acesso à atenção ao câncer
- Crença em Deus e expectativa de cura
- Itinerário Terapêutico
- Relacionamento com outros doentes e vivência na Casa de Apoio
- Preocupação e temor com a doença
- Sofrimento com a doença e tratamento

A análise documental através dos prontuários também foi minuciosamente elaborada, buscando ligações com essas unidades de sentido para maior compreensão e interpretação dos dados e construção das categorias empíricas.

Fiz um detalhamento da atenção à saúde dispensada a D. Esperança nos serviços de Atenção Básica, de Média e de Alta Complexidade, identificada nas entrevistas e na análise documental dos prontuários e resultados de exames, tecendo questionamentos à luz dos preceitos teóricos sobre gênero, câncer, cultura, direito à saúde, integralidade e resolutividade da atenção, de tal forma que pudesse compreender como a organização da rede de serviços de saúde na área de abrangência da BR-163, no município selecionado, respondeu às demandas de atenção ao câncer do colo do útero de um sujeito concreto.

O material empírico composto pelas entrevistas, diário de campo e documentos deve ser considerado o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação, provocando um movimento circular entre o empírico e o teórico, o concreto e o abstrato, o particular e o geral (MINAYO, 2007).

Partindo deste movimento circular entre o empírico e o teórico, os dados foram organizados considerando os aspectos mais relevantes e significativos, finalizando assim a construção e definição das categorias empíricas que são consideradas conceitos classificatórios através dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada, na busca de encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações, constituindo termos carregados de significação (MINAYO, 2007).

Nesse sentido, as categorias podem ser separadas em categorias analíticas e categorias empíricas. As categorias analíticas retêm historicamente as relações sociais fundamentais como classe social, gênero, etnia, faixa etária e outras, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto, comportando vários graus de generalização e aproximação. As categorias empíricas são construídas a partir da compreensão do ponto de vista dos sujeitos da pesquisa que possibilitam desvendar relações específicas destes sujeitos, emergem da realidade e, ao mesmo tempo, da sensibilidade e acuidade do pesquisador que as compreende e valoriza à medida que desvenda a lógica interna do objeto pesquisado, e ainda descobre e explora expressões, criando outros conceitos (MINAYO, 2007).

Ao construir as categorias empíricas busquei compreender e apreender a realidade de D. Esperança, e de acordo com Minayo, 2007, p. 179, perceber “que elas são saturadas de sentido e chaves para compreensão teórica da realidade em sua especificidade histórica e em sua diferenciação interna”.

Para Demo, 2001, p.47 b, os conceitos teóricos são utilizados como um instrumento para realizar a análise e para propiciar o encontro meticuloso com a realidade, pois “o contato absolutamente necessário com a realidade concreta se faz ainda melhor, quando devidamente cercado pelos devidos cuidados teóricos”.

Partindo dessa concepção, e fundamentada nas categorias teóricas de gênero, câncer e aspectos sócio-culturais, direito à saúde, direitos humanos e dos usuários do SUS, resolutividade e integralidade da atenção à saúde, busquei compreender a realidade vivida por D. Esperança através dos dados coletados, traçando e interpretando as categorias empíricas que foram emergindo dos dados.

4.3.2 Análise dos dados: um diálogo entre o empírico e o teórico

Por atuar no Serviço Público de Saúde há muitos anos e por conhecer profundamente a lógica da organização destes serviços, a análise pode ter sido contaminada pela “ilusão da transparência” assim denominada por Bourdieu, pela minha familiaridade com o objeto como se a realidade encontrada fosse bastante óbvia. Foi muito importante o aprofundamento nas teorias que deram sustentação a essa análise, para procurar entender os significados da vivência de D. Esperança e seu processo de adoecimento, e também lançar um novo olhar sobre o funcionamento dos serviços de saúde já tão conhecidos.

Considerando que há uma rede de atenção ao câncer estruturada no Estado, onde todas as Unidades Básicas de Saúde estão preparadas para fazer a detecção precoce do câncer do colo do útero através do exame Colpocitologia Oncótica (CCO), conforme informação da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, depois da coleta de dados para a pesquisa fiz alguns questionamentos: O que aconteceu de errado? Quem foi negligente? Onde está o problema central para que o câncer de D. Esperança não tivesse sido diagnosticado precocemente e tratado sem que ela tivesse que enfrentar o doloroso tratamento com Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia, além do sofrimento por ter ficado longe da família?

Desses questionamentos e da análise dos dados emergiram três categorias empíricas:

a) os serviços de saúde e seu funcionamento, analisando o ideal e o real, o pensado idealmente e concretizado através da vivência de D. Esperança e dos documentos que relatavam a sua passagem pelos serviços, quando procurou por resolutividade ao seu problema de saúde e também do detalhamento do seu Itinerário Terapêutico;

b) a vivência do adoecimento por câncer do colo do útero, onde foram exteriorizadas as vivências subjetivas do sofrimento, as reações, resistências e negações ao processo de adoecer, ter sido traída pelo marido, ser amparada pela filha adolescente, perder as próprias referências fora da sua cidade, estabelecimento de novos laços em novos espaços com outros usuários e se fortalecendo através desses laços, querer outra vida buscando soluções para a vida marital em um momento de aguda fragilidade provocada pelo câncer e pelo tratamento;

c) uma análise sobre o direito à saúde e os direitos à saúde da mulher, enfocando os princípios fundamentais do SUS e a sua efetivação na prática, principalmente o princípio da integralidade como princípio norteador.

Essas três categorias de análise estão imbricadas e a integralidade e a resolutividade permeiam todas as análises, embora a resolutividade tenha sido focada na primeira categoria e a integralidade na terceira categoria.

5. AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NELES DESENVOLVIDAS

Diante de todos os dados encontrados, considerei importante analisar o funcionamento dos serviços de saúde, através da narrativa de D. Esperança e do detalhamento de todos os documentos, desde o seu prontuário no PSF até o prontuário do CERMAC onde concluiu o diagnóstico e foi encaminhada para tratamento. Os documentos foram analisados em ordem cronológica evidenciando todo o percurso percorrido por D. Esperança, o tratamento de uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III, as idas e vindas ao PSF com a queixa de sangramento, o tempo levado até o agravamento de seu estado, com uma anemia severa e a presença do câncer invasivo do colo do útero, até o efetivo tratamento.

Procurei comparar as formas idealizadas de atenção à saúde e a realidade encontrada neste estudo, fundamentada nos protocolos de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero propostos pelo Ministério da Saúde e analisando as práticas de saúde e a sua resolutividade.

As palavras de D. Esperança mostram a dificuldade encontrada para que o profissional de saúde identificasse a causa do sangramento vaginal persistente, já percebido por ela como algo anormal em seu corpo:

Falava que era normal. Isso aqui é normal fia, por causa que tava na idade de parar, né...Aí eu ficava naquela...Esperando..Aí a hemorragia ficou forte né. Aí o doutor...na última hora também... (D. Esperança).

Seu relato e a leitura dos prontuários evidenciam a grande distância existente entre o que está assegurado como direito, e o que de fato acontece nas práticas dos serviços de saúde.

D. Esperança, não tinha dificuldade de acesso ao Posto de Saúde, principalmente por morar bem próximo ao PSF e também pela cidade ser pequena, antes do funcionamento deste PSF, já havia na cidade outra Unidade Básica de Saúde não muito longe de sua residência. Seus dois primeiros filhos nasceram no Estado de Rondônia, onde morava, e os dois últimos filhos nasceram em Mato Grosso, no município de Marcelândia, onde ela fez pré-natal e os levava ao Posto de Saúde para vacinação e consultas médicas quando ficavam doentes.

No prontuário de D. Esperança existente no PSF próximo de sua residência há poucos registros, sendo que no período de quatro anos, há oito anotações de atendimento, com pouquíssimas informações. O primeiro registro em 21/08/2002 é de uma consulta médica por queixa de dor no membro inferior esquerdo, coxa e joelho, com piora nos movimentos, onde consta, além desta queixa, a medicação prescrita e indicação de calor local. Nota-se em todas as anotações médicas e de enfermagem, o mínimo de informações, com relatos pobres e vazios.

Em relação à quase inexistência de anotações e registros por parte do médico e da enfermagem, questiono se é por falta de hábito, falta de tempo, por desconhecerem a importância das anotações ou então deixam de registrar as informações para não se comprometerem. Além disso, o nome do profissional escrito de forma ilegível e sem carimbo, contraria o que é estabelecido pelos conselhos profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde, a mulher em situação de risco pode ser identificada durante a consulta ginecológica, na realização de uma anamnese dirigida, investigando quando foi a última coleta do exame citopatológico e qual o resultado do exame. A presença de sangramento fora do período menstrual normal deve ser investigada, além de sangramento vaginal após relação sexual. Também o estado de nutrição deve ser avaliado, pois a desnutrição está associada a um aumento de incidência de câncer do colo do útero, sendo importante também que se questione o seu grau de instrução e como ela se alimenta (BRASIL, 2002).

Considerando que no PSF há um médico generalista, podendo ser especializado em qualquer área da medicina, e também considerando que a prevenção e controle do câncer do colo do útero fazem parte das ações da Atenção Básica realizadas pelo PSF, este profissional deveria estar preparado para realizar o rastreamento deste agravo, o que não é evidenciado pelas anotações da consulta realizada, onde só foi tratado o motivo que originou a ida à Unidade de Saúde e ainda com registro bastante deficiente no prontuário.

No dia 23/08/2002 há um primeiro registro relacionado ao câncer do colo do útero, que informa apenas ter sido colhido o exame CCO, com anotações da enfermagem, não informando o resultado do exame das mamas ou do exame físico realizado pela enfermagem, e nem das orientações prestadas sobre os procedimentos realizados conforme descrito a seguir:

Anotação da idade: 37 anos e da realização da coleta do “preventivo e exame das mamas”, feita pela enfermagem (Leitura do prontuário do PSF).

Importante ressaltar que segundo D. Esperança essa foi a primeira vez que colheu o exame CCO, aos 37 anos de idade, depois de já ter tido quatro filhos e, provavelmente, ter sido atendida inúmeras vezes em Unidades de Saúde, tanto em Mato Grosso como em Rondônia, onde morava anteriormente. Apesar de o exame ter sido realizado tardiamente, e também da deficiência dos registros, ressaltamos a sua realização pela enfermagem.

O exame CCO foi coletado em 23/08/2002, e a liberação do laudo foi feita pelo Laboratório em Cuiabá em 04/12/2002, três meses e quinze dias depois, tempo esse decorrido entre o trajeto do exame do PSF para a Secretaria Municipal de Saúde, a seguir para o Escritório Regional de Saúde e deste para o Laboratório de Referência em Cuiabá. Soma-se a esse tempo do trajeto do exame, o prazo para realização do exame, considerando uma grande demanda de exames naquele período centralizados em Cuiabá por ainda não haver número suficiente de Laboratórios credenciados descentralizados no interior do Estado.

O resultado deste exame provavelmente foi encaminhado para o PSF, onde D. Esperança foi chamada para ser encaminhada para tratamento no Hospital Regional de Sorriso, referência no tratamento secundário para a região pertencente ao seu município, mas não há registro em seu prontuário a esse respeito. Encontramos cópia deste primeiro exame e o registro de consulta para tratamento no seu prontuário no Hospital Regional de Sorriso, no dia 07/02/2003, cinco meses e quatorze dias após a sua coleta, tendo provavelmente demorado dois meses, após a liberação do laudo, para que este fosse encaminhado ao PSF e ter sido agendada a consulta de referência. O Ministério da Saúde preconiza que o exame CCO esteja pronto no prazo de 30 dias (BRASIL, 2002).

O resultado do exame revela alterações em células epiteliais escamosas, e indica a realização de Colposcopia:

Laudo do Exame Citopatológico do Colo do Útero. Data da coleta: 23/08/2002. Data da liberação do laudo: 04/12/2002 Resultado do exame: Alterações celulares Benignas Reativas ou Reparativas, Inflamação, Metaplasia Escamosa. Microbiologia: Gardnerella vaginalis. Alteração em células epiteliais: células escamosas – NIC III (Displasia acentuada/carcinoma *in situ*) Observações gerais: REFERIR COLPOSCOPIA (Anexo ao prontuário do Hospital Regional de Sorriso)

O câncer do colo do útero surge a partir de uma lesão pré-invasiva, (anormalidades epiteliais conhecidas como displasia e carcinoma *in situ* ou diferentes

graus de NIC), que normalmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível (BRASIL, 2006 b).

Por ser uma técnica de alta eficácia, a citopatologia é considerada ideal, na nossa população, para o rastreamento do câncer do colo do útero, sendo o diagnóstico de não certeza, tendo que ser confirmado pelo exame histopatológico. A realização da biópsia deve, preferencialmente, ocorrer sob visualização colposcópica, para confirmação, pois os casos de carcinoma invasivo são precedidos por uma série de lesões, as neoplasias intra-epiteliais cervicais, que podem ser detectadas e tratadas, o que mostra o caso de D. Esperança (BRASIL, 2002).

Na Neoplasia Intraepitelial Cervical–NIC III (displasia intensa ou carcinoma *in situ*), as alterações de diferenciação celular atingem toda a espessura epitelial de revestimento do colo, desde a superfície até o limite da membrana basal em profundidade, sendo que essas lesões são chamadas lesões de alto grau (BRASIL, 2002).

Não há sintomas específicos nem características clínicas que indiquem a presença de NIC, que é identificada pelo exame microscópico das células cervicais em um esfregaço citológico corado pela técnica de Papanicolaou. As alterações de células individuais são avaliadas, o que permite sua classificação, o que implica em desafios consideráveis e subjetividade na notificação de achados, sendo extremamente importante a experiência do citologista na notificação final (IARC, 2007).

De acordo com a Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas, a conduta para resultados de CCO como o de D. Esperança, com presença de células escamosas – NIC III (carcinoma *in situ*), é o encaminhamento para Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata, e caso a colposcopia mostre lesão, uma biópsia deve ser realizada com recomendação específica a partir do laudo histopatológico (BRASIL, 2006 c), o que podemos comprovar ter sido realizado conforme registros no prontuário do Hospital de referência em Sorriso.

No prontuário do Hospital Regional de Sorriso, são registradas quatro consultas médicas, com anotações sobre os resultados dos exames e sobre as condutas e tratamento, num período de um ano, dois meses e quinze dias e com resultados de uma Colposcopia, uma Biópsia, e três CCO, conforme descrito a seguir:

07/02/2003 - Informa o resultado do CCO realizado em 23/09/02: NIC III. Anotação do exame do colo: Colo s/ectopia c/ sangramento oriundo OCE. Anotação da conduta: TTO. Informa referir para CCO, Col-

poscopia e Biopsia (Leitura do Prontuário do Hospital Regional de Sorriso).

Não há outras informações sobre o tratamento realizado, orientações feitas a D. Esperança, anamnese ou exame físico. Também não há carimbo médico, apenas uma assinatura que não permite identificar o nome do profissional. Na próxima consulta realizada dois meses depois, as anotações se restringem apenas à realização dos exames de acompanhamento da lesão do colo uterino:

04/04/2003 - Informa a coleta do CCO e Colposcopia (Leitura do Prontuário do Hospital Regional de Sorriso).

Além dessas anotações, há um desenho esquemático do colo do útero informando três locais onde foi realizada a Biópsia, com a presença de pontilhado e vasos. Anexo ao prontuário, encontramos o resultado desta Colposcopia:

04/04/2003 - Indicação: NIC III. Descrição Macroscópica: Colo normal. Achados Colposcópicos normais: Cisto de retenção e Vasos. Zona Iodo-Negativa. Achados colposcópicos anormais: Pontilhado. Descrição/Conclusão: colposcopia com achados atípicos. Sugestão: Colhido biopsia e CCO (Relatório de Colposcopia).

A Colposcopia permite a visibilização do colo através do colposcópico. Após a aplicação de soluções de ácido acético e lugol, para avaliar os epitélios do trato genital inferior e orientar biópsias, permite localizar as lesões pré-malignas e o carcinoma que afetam esses epitélios. As alterações compatíveis com NIC exibem lesões morfológicamente variadas em mosaico, pontilhado, epitélio branco, leucoplasia e vasos atípicos, podendo haver lesões isoladas ou multicêntricas com variações de espessura, contorno, relevo e alterações vasculares, constituindo elementos de avaliação (BRASIL, 2002).

Na colposcopia de D. Esperança foram encontradas lesões atípicas em pontilhado, tendo sido também colhida biopsia e outro CCO.

Não há no prontuário registro de algum tratamento ou procedimento realizado além dos exames, mas de acordo com o protocolo de condutas do Ministério da Saúde, “quando a colposcopia for satisfatória e mostrar lesão totalmente visualizada e compatível com a citopatologia sugestiva de lesão intra-epitelial de alto grau”,

como mostrados nos exames de D. Esperança, “a conduta recomendada é a excisão ampla da zona de transformação do colo do útero, por Cirurgia de Alta Frequência (CAF), procedimento “Ver e Tratar” que permite realizar o diagnóstico e tratamento simultâneo” (BRASIL, 2006, p. 36c).

Todas as mulheres com NIC II e NIC III, devem ser tratadas com Crioterapia ou Cirurgia de Alta frequência (CAF), devendo ser cumpridos rigorosamente os protocolos de conduta, com agendamento de consulta de seguimento, depois do tratamento, podendo ser dada alta, se a consulta de seguimento não revelar evidência colposcópica ou citológica de doença persistente, podendo ser recomendado o retorno à atenção básica para acompanhamento do rastreamento através do CCO (IARC, 2007).

Nas anotações do prontuário do dia 07/02/2003 há registro de realização de tratamento, sem informar qual, mas nas Unidades de Referência do Estado de Mato Grosso, o procedimento padronizado é a CAF, que permite a excisão das lesões e da zona de transformação na sua totalidade, utilizando corrente elétrica de radiofrequência, sendo o tecido comprometido encaminhado para exame anatomopatológico.

O resultado do CCO realizado na consulta de acompanhamento, anexado ao prontuário, mostra evolução satisfatória da lesão:

04/04/2003 - Data da coleta: 04/04/2003. Data da liberação do laudo: 07/06/2003. Conclusão: Alteração celulares benignas reativas ou reparativas. Inflamação, Metaplasia escamosa, reparação. Microbiologia: Cocos, bacilos. Alteração em células epiteliais: em células escamosas – Atipias de significado indeterminado. Observações gerais: esfregaço espesso purulento (Laudo do CCO).

A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde nos casos de células escamosas com atipias de significado indeterminado, se a biópsia for negativa, deverá ser realizada nova citologia em 3 meses a contar da data da última coleta (BRASIL, 2006), o que aconteceu com D. Esperança, conforme resultado negativo da biópsia:

11/04/2003 - Macroscopia: Três fragmentos pardo-claros e com mucosa medindo entre 0,6 e 0,3 cm. Uma cápsula, vários fragmentos, incluindo todo o material. Microscopia: Espécimes representados por mucosa tipo ecto e endocervical. O epitélio estratificado não ceratinizado apresenta núcleos redondos, nucléolos pequenos, cromatina delicada e citoplasmas amplos. Focalmente há ninhos de epitélio em corte oblíquo no córion, com alterações regenerativas e exocitose de

neutrófilos. O córion apresenta leve infiltrado inflamatório mononuclear. O epitélio tipo endocervical não apresenta atipias. Diagnóstico: epitélio escamoso com alterações regenerativas focais e processo inflamatório agudo. Nota: Não há sinais de malignidade neste material que foi examinado em cortes seriados e aprofundados (Laudo do Exame Anátomo-patológico).

Conforme recomendações do Ministério da Saúde, o resultado da biópsia se impõe, sempre que haja lesão colposcópica, independente do laudo citológico de repetição (BRASIL, 2006 c). D. Esperança retornou ao Hospital Regional de Referência em Sorriso seis meses após para nova consulta médica, com registro no prontuário apenas do resultado da biópsia e da coleta de CCO:

08/10/2003 - Informa o resultado da Biópsia de colo uterino: Epitélio escamoso com alterações regenerativas focais e processo infl. Agudo. Informa a conduta: Novo CCO (Leitura do Prontuário do Hospital Regional de Sorriso).

Nessa consulta de seguimento, foi avaliado o resultado da biópsia que não mostrou sinais de malignidade, e colhido novo CCO para nova avaliação e orientação da conduta. Embora seja uma consulta de seguimento, e o protocolo de condutas preconizado pelo Ministério da Saúde esteja sendo seguido, notamos poucas anotações, não permitindo outras informações a respeito de D. Esperança, que se resume a um colo de útero. Esse reducionismo está presente em todos os registros do prontuário, a mulher é vista somente como um pedaço do seu corpo que está doente, evidenciando a não integralidade da atenção, ao mesmo tempo em que D. Esperança vivencia o processo de entrada no sistema de cuidado profissional, a linguagem biomédica, os resultados em siglas e uma alteração grave em seu sistema reprodutivo com o diagnóstico do câncer.

O resultado do CCO mostra que foi realizado em laboratório de referência da região, com o resultado sendo liberado 2 meses depois da coleta, mostrando positivamente que, quando se organiza as referências regionais, há maior agilidade pelo fato de o serviço estar sendo realizado mais próximo do usuário:

08/10/2003 - Data da coleta: 08/10/2003. Data da liberação do laudo: 30/12/2003. Alterações celulares benignas reativas ou reparativas. Inflamação. Metaplasia escamosa.Reparação. Microbiologia: Lactobacilos. Observações gerais: Há leve cariomegalia. Sem hiper Cromasia (Laudo do CCO).

O resultado do CCO indicando reparação decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É geralmente a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV, e a conduta clínica deve ser o seguimento de rotina de rastreamento citológico (BRASIL, 2006 c).

Seguindo o acompanhamento do resultado do CCO, a consulta foi realizada após seis meses, quando foram anotados no prontuário, provavelmente os achados considerados importantes, com a presença de inflamação e cariomegalia (núcleo celular com proporções gigantescas, relacionado a um processo irritativo), levando-a a discutir o caso com outro profissional, mas não há registro da conduta seguida, pois este é o último registro encontrado no prontuário: "resultado do CCO: Inflamação e cariomegalia sem hiper cromasia e conduta: Colher novo CCO e discutir o caso com outra médica do serviço" (Leitura do prontuário do Hospital regional de Sorriso).

O resultado do último CCO colhido, cujo resultado foi liberado após um mês de sua coleta, também está anexado ao prontuário:

23/04/2004 - Data da coleta: 23/04/2004. Data da liberação do laudo: 24/05/2004. Conclusão: Alteração celulares benignas reativas ou reparativas. Inflamação, Metaplasia escamosa, reparação. Microbiologia: Lactobacilos (Laudo do CCO).

Não há registro de alta e de orientações feitas para D. Esperança, que em seu relato diz ter feito tratamento no Hospital Regional de Sorriso, há três anos atrás:

Cada vez que eu ia fazer tratamento lá em Sorriso, eu colhia preventivo né. Tiraram um pedacinho do meu útero pra fazer exame. Aí a Doutora falou que não tinha mais nada não (D. Esperança).

Quando perguntei a D. Esperança sobre o que ela achou com relação ao atendimento recebido no Hospital Regional de Sorriso, ela respondeu:

Em Sorriso eu achei bom. (...) Ah! O atendimento eu achei mais rápido. Se preocupa mais com a gente. Chega, já faz o que tem que fazer na hora né, assim né. Achei mais bom lá (sic), mais legal, o atendimento mais rápido (D. Esperança).

Na avaliação de D. Esperança o atendimento foi resolutivo, pois atendeu à sua necessidade de tratamento, foi rápido e ela foi bem atendida observando a preocupação e atenção dos profissionais com o seu problema de saúde.

Conforme o resultado do último CCO e da boa evolução do seu acompanhamento clínico no Hospital de Referência, D. Esperança foi referenciada para o PSF, para realizar o rastreamento a cada 6 meses, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e orientação médica por ela descrita.

Após a última consulta em Sorriso, só há registro no prontuário do PSF após 11 meses. Não encontrei documento de contra-referência, somente o relato de D. Esperança de que deveria colher o preventivo a cada seis meses para acompanhamento no PSF de seu município.

O retorno de D. Esperança ao PSF, segundo registro no prontuário pelo médico, foi por queixa de leucorréia, não informando se foi solicitada coleta de CCO para seguimento, considerando o seu histórico de lesão do colo do útero anterior, conforme leitura do prontuário:

Anotações da enfermagem: Id- 38 a Peso – 64 Kg PA – 100/60 e anotação do médico: Leucorréia (Leitura do prontuário do PSF).

Não há anotação de exame clínico, anamnese, conduta e tratamento. Também há uma assinatura sem carimbo, e a única palavra escrita pelo médico é leucorréia, revelando profundo descaso com a saúde de D. Esperança e desconhecimento sobre a necessidade de realização do rastreamento pelo CCO a cada seis meses para esse caso em específico.

Para Mendes, 2002, um dos obstáculos à implantação do PSF no Brasil, é a não adequação em qualidade e quantidade dos profissionais de saúde encontrados no mercado, que são colocados na linha de frente da atenção primária à saúde sem o preparo adequado para agir como generalista com uma visão geral e integral da pessoa assistida, sem uma retaguarda de serviços pela falta de hierarquização e efetivação dos serviços de referência e sem educação permanente monitorada e avaliada continuamente.

Koifman, (2006), em seus estudos sobre a educação médica brasileira destaca “o despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade do sistema de saúde, compreendendo sua gestão com a ação do controle social”, e afirma ainda que “o perfil dos novos profissionais repete formas inadequadas

de relação com os usuários e revela pouca capacidade de cuidar de pessoas e coletivos”, o que coloca o PSF em situação de fragilidade, pois vemos na prática que para os profissionais médicos que ainda não ingressaram na residência médica, uma das opções vem sendo a atuação no PSF, como forma de adquirir experiência, e ter um emprego bem remunerado até a possibilidade de ingressar na residência. Essa é uma realidade que constatei atuando por vários anos na gestão da rede básica de saúde do município de Rondonópolis/MT, onde havia uma rotatividade muito grande de profissionais médicos no PSF, pois ficavam ali até conseguirem ingressar na residência ou em um trabalho que melhor lhes remunerasse.

Em relação à formação em saúde e mais especificamente à formação dos médicos, Koifman, 2006, p. 2, diz ainda que “reproduz uma visão mais centrada nas técnicas biomédicas que nos valores da saúde coletiva ou formas ampliadas de compreensão da saúde e do cuidado”, citando o exemplo de que “as aprendizagens iniciais sobre o acolhimento dos usuários nos serviços terminam substituídas pela reprodução de uma imagem serviços de saúde com tratamento impessoal e, muitas vezes, autoritário”.

Para Mendes, 2002, os recursos humanos formados pelas universidades são preparados para o modelo convencional, com base nas especialidades e para a atenção a eventos agudos em sistemas de serviços de saúde fragmentados, assim corroborado por Koifman, 2006, em sua afirmação de que na cultura acadêmica a concepção de saúde que ainda ocupa o lugar hierarquicamente superior é a hospitalocêntrica e centrada em procedimentos, com a lógica instrumental, fragmentação, superespecialização e consumismo de conhecimentos em detrimento do olhar coletivo e humanizado, ao que acrescento, centrado no usuário e em suas necessidades.

Em complementação às afirmações de Mendes e Koifman sobre as dificuldades de adequação dos profissionais médicos para sua atuação, principalmente na atenção básica que é a porta de entrada do sistema de saúde, nos reportamos ao município onde mora D. Esperança, distante 713 Km da capital do Estado, com uma população de 18.634 habitantes, que como os outros municípios distantes da capital, tem muita dificuldade em fixar profissionais médicos pela grande distância dos centros formadores e por não oferecerem atrativos tecnológicos, estruturais e/ou financeiros.

Feitas essas considerações, mesmo com todas as dificuldades apresentadas, a pobreza do registro no prontuário, além de demonstrar despreparo, sugere desinteresse em realizar uma consulta resolutiva e centrada nas necessidades de

D. Esperança. Do ponto de vista da integralidade da atenção, podemos considerá-la inexistente em todos os aspectos, como veremos nos próximos registros no dia 08/02/2006:

Anotação da enfermagem: Id: 40 a Peso: 59 Kg PA – 80/60 e anotação do médico: Micose e o nome de dois medicamentos para tratamento da micose (Leitura do prontuário do PSF).

Consulta realizada provavelmente por causa de uma micose, mas não há outras informações, nem a respeito da micose, e nem a respeito do acompanhamento das alterações do colo do útero. Também não há registro da enfermagem sobre a coleta de novo exame de CCO para controle. Segundo D. Esperança, ela ia ao PSF para colher o exame preventivo, mas toda vez que ia colher sangrava, e ela voltava para casa sem fazer o exame:

Por causa que eu parei de fazer preventivo né (sic). Porque sempre que eu ia fazer tava sangrando. Sempre que marcava pra fazer, que a moça marcava, não dava certo. Aí só naquele momento, e aí já parava.(...) Tem as enfermeiras. São as enfermeiras que colhem. Pediam, eles pediam direto, mas... Por causa de por o aparelho, né. Aí não conseguia. Podia ta boazinha, boazinha. Aí ia por o aparelho né, já descia, aí não podia né. A enfermeira falava que com sangue não pode né. Eu passava uns dias, voltava e era a mesma coisa... (D. Esperança).

Não há registro da enfermagem no prontuário a respeito da tentativa de coleta do CCO e a sua não realização por sangramento, mostrando que tanto a enfermeira quanto o médico não deram importância ou desconheciam a necessidade da realização do rastreamento pelo CCO, a cada seis meses. O sangramento informado por D. Esperança e sua procura por atendimento no PSF, são comprovados pelo registro no prontuário no dia 24/04/2006:

Anotação da enfermagem: Id: 41 anos e anotação do médico: Metrorragia (leitura do prontuário do PSF).

Não há registro de exame clínico, conduta e tratamento, bem como não há assinatura e nem carimbo do médico. Dois anos depois de o último exame CCO ter sido realizado e depois do tratamento e acompanhamento na Unidade de

Referência em Sorriso, D. Esperança procura o PSF por metrorragia, conforme o registro no prontuário, e mesmo assim não foi colhido novo CCO, e nem feito encaminhamento para o Ginecologista ou para a Unidade de Referência o que poderia, de imediato, identificar qualquer alteração no colo do útero.

“A mulher com situação de risco pode ser identificada durante a consulta ginecológica e deve ser acompanhada de maneira mais freqüente. Na anamnese dirigida é importante investigar quando foi a última coleta do exame citológico e qual o resultado do exame” (BRASIL, 2002, p. 25).

As mulheres com neoplasia invasiva do colo uterino com freqüência podem apresentar: hemorragia intermenstrual, hemorragia pós-coito, fluxos menstruais mais intensos, corrimento seroso purulento excessivo, corrimento de odor fétido, cistite recorrente, urgência miccional e aumento da freqüência urinária, dor nas costas e dor abdominal no quadrante inferior (IARC, 2007).

Observamos que nas vezes em que se consultou no PSF, uma vez foi por leucorréia e outra por metrorragia, já podendo mostrar indícios do câncer.

Os médicos precisam, na anamnese, “buscar os significados associados à experiência da doença para que possam construir uma terapêutica diferenciada para cada um de seus pacientes”, pois é a partir da narrativa de doenças que os pacientes se comunicam com os profissionais de saúde. “O paradigma biomédico, não inclui uma compreensão integral sobre o que as pessoas sentem e vivem em torno de seu adoecer” (GOMES, 2002, p.119).

A possibilidade de ouvir o que D. Esperança vivenciava com os constantes episódios de sangramento e de que forma isso afetava sua vida pessoal, familiar e social, poderia levar a um maior interesse em investigar a causa desse problema. O momento da consulta médica pressupõe uma interação e, além do exame físico e dos exames de apoio diagnóstico, a escuta das queixas e também o levantamento dos fatores de risco que poderiam estar associados a um sangramento vaginal, configuram elementos importantes e que foram desconsiderados neste caso, conforme observamos nas anotações do prontuário.

As anotações seguintes no seu prontuário não são claras, dificultando a compreensão do motivo que originou a consulta no dia 30/05/2006:

Anotação da enfermagem: Idade: 42 anos; PA: 100/60; Peso: 59.50 Kg e há uma anotação do médico, desta vez com carimbo e assinatura, mas não consigo entender a letra (Leitura do prontuário do PSF).

Após quatro meses, no dia 18/09/2006, ela procura novamente o PSF onde faz nova consulta médica, desta vez a anotação médica é inexistente:

Anotação da enfermagem: Id: 42 anos. Só há esta anotação de enfermagem, não há outros registros ou outras informações que possam mostrar o que ocorreu (Leitura do prontuário do PSF).

Foram registros de mais duas vezes que D. Esperança procurou o PSF, mas sem registros que mostrem mínimamente qualquer atenção prestada à sua saúde, cinco meses depois de já ter sido consultada por metrorragia. A seguir, D. Esperança procura o PSF, um mês depois, mais uma vez com a única anotação de metrorragia:

Anotação da enfermagem: Id: 42; PA: 110/70 e anotação do médico: Metrorragia (Leitura do prontuário do PSF).

Não há registro de exame clínico, conduta e tratamento. Logo abaixo da assinatura e carimbo do médico há outras anotações, que suponho sejam de outra consulta, mas não há data.

Há três palavras escritas, mas não consigo entender a letra, sendo que a terceira palavra parece ser climatério. Abaixo está escrito: "Q: Sangramento" (provavelmente queixa por sangramento), e mais uma palavra não legível, e abaixo está escrito: "Iniciada Hormonioterapia", mostrando desconhecer a gravidade do caso de D. Esperança. Não encontrei no prontuário nenhum resultado de exame sobre dosagem hormonal ou encaminhamento para o ginecologista para melhor investigação sobre as queixas por ela apresentadas.

D. Esperança, também relatou que tinha sangramento nas relações sexuais, o que poderia ter sido identificado na consulta médica se houvesse a "escuta" por parte do profissional, quando ela diz: "era só naquela hora, depois parava. Só que não doía" (D. Esperança).

Relatou ainda, que foi várias vezes ao PSF com muito sangramento, e o médico dizia que era normal, que ela estava entrando na menopausa, passava alguns medicamentos, o sangramento parava e dias depois voltava novamente:

Sangramento. Só que não era hemorragia, mas vinha bastante. Não sentia dor, nem nada. Só perdendo sangue sem parar, parecia um chuveiro... Mas o médico falava que era normal, né, aí eu ficava na-

quela né. Por causa que já ia parar pra mim (sic), já tinha ligado. (D. Esperança).

Além dos registros encontrados nas Unidades de Saúde, anotei os registros de encaminhamentos e exames que estavam no prontuário do CERMAC, para poder compreender todo o caminho percorrido por D. Esperança até o diagnóstico do câncer e o início do tratamento em Cuiabá.

Há um relatório de alta do Hospital Municipal de Marcelândia, em 31/10/2006, onde consta diagnóstico inicial de Metrorragia, com medicação e solicitação de Ultrassom. Não há registro do dia inicial da internação, ocorrendo a alta 15 dias após a última consulta realizada no PSF, levando a supor que o sangramento não parou e se agravou, culminando na internação hospitalar.

O Ultrassom foi realizado no dia 09/11/2006, no Hospital Municipal de Marcelândia, com o resultado constando massa tumoral do colo uterino medindo 7,80x 6,96x 7,42, volume de 210 cm³, hiperecogênico, concluindo Ca de colo do útero, com um sinal de interrogação. Há também uma ficha de referência com encaminhamento para consulta especializada no Serviço de Oncologia do CERMAC, com data de 11/11/2006 onde o motivo do encaminhamento é Tu colo útero, metrorragia intensa e cor anêmica. Informa ainda a conduta adotada de reposição sanguínea e tratamento conservador. Anexado ao encaminhamento está o resultado da Colposcopia realizada em 04/04/2003 no Hospital Regional e um resultado de Hemograma realizado em 29/10/2006 com hemáceas 2.600.000/mm³, hematócrito 22% e hemoglobina 6,5 g/dl, indicando uma anemia acentuada.

Ele falou que eu tinha problema no útero. Que eu tinha que vir encaminhada pra Cuiabá, que eu tinha que tirar o útero. De todo o jeito eu tinha que tirar, senão... Que eu não ia agüentar outra hemorragia. (...) Falou, traz a mulher pra bater o Ultra-som, traz ela (sic) lá né... porque o sangramento não parava né. Falou que era urgente, que tinha que vir pra Cuiabá. Falou que tinha problema no útero, que tinha que tirar fora. Que era urgente, se eu não viesse logo aqui pra Cuiabá, eu não ia agüentar mais (D. Esperança).

Depois de quase três anos do tratamento realizado no Hospital de referência em Sorriso, D. Esperança, já com anemia grave, foi hospitalizada por causa da hemorragia, mas só foi levada em conta a possibilidade do câncer do colo do útero, depois que ela, insistentemente, pediu para ser feito um Ultra-som. Só foi feito o diag-

nóstico do câncer porque D. Esperança exigiu o Ultra-som. Se ela fosse uma pessoa mais esclarecida e tivesse feito a exigência da resolutividade para o seu caso no início do aparecimento do sangramento, três anos antes, é possível que o câncer não fosse do tipo invasivo e seu prognóstico seria mais otimista.

Não encontrei no protocolo de condutas do Ministério da Saúde para o câncer do colo do útero, que o exame Ultra-som fosse indicado para este diagnóstico, pois em casos de estadios avançados, além do exame citológico, histológico e colposcópico, o exame especular vaginal revela um crescimento ulceroproliferativo na maioria das mulheres. Mas o Ultra-som “exigido” por Esperança serviu para realizar o diagnóstico, considerando não terem sido aplicadas as condutas preconizadas:

Tava com muita hemorragia, né. E aí eu falei para o doutor que queria fazer um Ultra-som, pra ver o que que era (sic), mulher, que aquilo lá não era normal (indignada). Eu pedi mesmo! Eu falei com ele, senão oh! (muito enfática, mostrando que se ela não tivesse pedido o Ultra-som, até agora continuaria sem saber o que tinha) Tava lá até hoje...Sei lá, eles são muito devagar (D. Esperança).

Embora o Ultra-som não seja o meio diagnóstico preconizado para o câncer do colo do útero, para D. Esperança foi a forma encontrada para ser ouvida, para que seu sangramento que muito a incomodava, tivesse de alguma forma a atenção e a resolutividade esperada, quando procurava o serviço de saúde. Para ela foi fundamental ter realizado o Ultra-som, no momento em que deixou de aceitar passivamente o descaso para com suas queixas de saúde, pode ter acesso ao diagnóstico e tratamento.

O laudo do Ultra-som revelou massa tumoral do colo uterino, tendo seu tamanho aumentado levando à suspeita de câncer. Só a partir da insistência de D. Esperança por atenção ao seu problema de saúde e resolutividade para o seu sofrimento, é que foi realizado o exame e, a seguir, o encaminhamento para consulta especializada no serviço de oncologia do CERMAC em Cuiabá.

As necessidades em saúde de D. Esperança não foram percebidas pelo médico que a atendia no PSF, quando ela ia colher o exame preventivo para controle de uma lesão pré-existente e sequer quando o exame não era coletado devido ao sangramento, com claros indícios de necessidade de intervenção clínica. Também por várias consultas em que ela se queixava de sangramento abundante e o médico dizia que era normal, deixando claramente a evidência de ter negligenciado o fato de D.

Esperança necessitar de controle periódico da lesão do colo uterino, anteriormente tratada no Hospital de Referência.

No prontuário de D. Esperança não há registro de história clínica ou de uma anamnese realizada no momento da consulta que, de alguma forma, mostrasse que o médico que a atendeu, tivesse investigado suas queixas e necessidades. Sabemos que nas fases iniciais do câncer do colo do útero não há sintomas característicos, mas em estágios mais avançados, a mulher pode apresentar sangramento vaginal ou pequenos sangramentos entre as menstruações, e após as relações sexuais. D. Esperança já havia sido tratada de uma lesão no colo do útero e deveria estar em acompanhamento periódico, e além desse antecedente apresentava sangramento entre as menstruações e nas tentativas de coleta do exame CCO. Não foram levadas em conta as evidências clínicas e nem as queixas de D. Esperança, tanto pelo médico como pela enfermeira do PSF.

“As necessidades de saúde requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudanças da clínica” (PINHEIRO, 2005, p.26 a).

Para definir necessidades, Schraiber, 2000, busca a sua origem no carecimento, que no entender do indivíduo é algo que deve ser corrigido em sua vida, podendo ser qualquer alteração física que o impeça de seguir sua rotina de vida, um sofrimento, ou algo que falta. Portanto, a necessidade, passa a ser o resultado das intervenções sobre esses carecimentos.

Cecílio, 2001, organiza a compreensão de necessidades em quatro grandes conjuntos. Considera ter “boas condições de vida”, como o primeiro conjunto de necessidades, em que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde. O segundo conjunto de necessidades é a “necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida” considerando os conceitos de tecnologia leve, leve-dura e dura, tendo sua importância de consumo estabelecida pelos profissionais de saúde e também pelas pessoas, de acordo com suas necessidades reais. O terceiro conjunto de necessidades é a “criação de vínculos afetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional”, considerando um encontro de subjetividades em uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível e calorosa. O último conjunto de necessidades é a “necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”, com a

possibilidade efetiva de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida buscando a satisfação de suas necessidades.

Esse último conjunto de necessidades refere-se ao empoderamento do sujeito, e deve ser alcançado quando todos os outros conjuntos aqui relacionados estiverem plenamente satisfeitos e este alcance a autonomia para conduzir a sua vida e, conseqüentemente, a sua saúde.

As necessidades em saúde apresentam “uma potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e rede de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tornando as necessidades centro de suas intervenções e práticas” (CECÍLIO, 2001, p.113).

O não atendimento às necessidades de D. Esperança, com uma prática de desrespeito, pelo descaso e o evidente tratamento dispensado como a uma pessoa de menor importância, denunciado pelos registros no prontuário e pela evolução do câncer que poderia ter sido evitado, me leva a abordar a questão do saber profissional que revela uma relação de grande desigualdade entre o profissional de saúde, aquele que tem o poder de cura em suas mãos e no nosso caso, a mulher, a “paciente”, aquela na condição de usuária do SUS, situação socioeconômica desfavorável, nível de escolaridade também desfavorável e ainda mulher.

Para Bourdieu, 1996, p.38 são legitimados para dominar aqueles que estudam em determinada escola, instituindo uma diferença social de estatuto, numa “ordenação no sentido de consagração, de entronização em uma categoria sagrada, em uma nobreza”. Aqui no caso estudado é evidente a relação de dominação do saber médico, definido por Bourdieu como poder simbólico:.

Os atos de dominação simbólica... são exercidos com a cumplicidade objetiva dos dominados, na medida em que, para que tal forma de dominação se instaure, é preciso que o dominado aplique aos atos do dominante (e a todo seu ser) estruturas de percepção que sejam as mesmas que as que o dominante utiliza para produzir tais atos. A dominação simbólica (é um modo de defini-la) apóia-se no desconhecimento, portanto, no reconhecimento, dos princípios em nome dos quais ela se exerce (BOURDIEU, 1996:174)

Para Dimen (1997, p.45) “a experiência feminina é amiúde uma experiência na qual a mente e o corpo, a mente e a matéria são associados e, juntos,

são explorados”. Na experiência das mulheres muitas vezes a vida pessoal escapa ao seu controle quando em situação de dominação.

O câncer do colo do útero poderia ter sido evitado, com todas as chances de sucesso, considerando que D. Esperança mora bem próximo do PSF e que os profissionais, pela formação acadêmica, deveriam saber atuar na prevenção deste câncer que durante sua evolução deu muitas pistas de sua presença, minimizando todo o sofrimento causado pela evolução do câncer e pela passagem dolorosa no sistema de cuidado profissional.

Pinho (2003) sugere que o êxito no rastreamento do câncer do colo do útero dependerá acima de tudo, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais de saúde, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, respeitando as diferenças culturais entre as mulheres, intervenções estas focalizadas em eliminar barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

Neste estudo o evento sentinela “câncer do colo do útero”, foi escolhido como um dos indicadores para o monitoramento das ações desenvolvidas na atenção básica, definindo-se como a ocorrência de uma situação de adoecimento evitável por medidas simples que deveriam ser tomadas neste nível de atenção e que pudemos comprovar não terem sido realizadas.

A partir do momento em que houve a suspeita do câncer pelo médico que realizou o Ultra-som, D. Esperança foi regulada através da Central Regional de Regulação existente em Sinop, município sede da regional de saúde à qual pertence o município de D. Esperança, para o CERMAC em Cuiabá para confirmação do diagnóstico e início do tratamento. Vinte e sete dias depois da realização do Ultra-som, D. Esperança fez a primeira consulta no CERMAC, prazo que considero dentro do esperado, levando em conta que as agendas para consultas especializadas são abertas no início de cada mês e a solicitação de consulta especializada não foi de urgência.

De acordo com registro no prontuário do CERMAC, D. Esperança realizou a primeira consulta com o oncologista, no dia 06 de dezembro de 2006, para conclusão do diagnóstico, estadiamento e encaminhamento para tratamento:

06/12/2006 - Anotação informando Sangramento transvaginal há + - 1 mês, o número de gestações, partos e abortos: G V P IV A I (4 esp/1 ces+1tb) e idade com que teve o primeiro filho: PF c/ 24 a. Informação sobre o tempo em que amamentou os filhos: (6m/12m/24m/0m), so-

bre os antecedentes em que DIU e cirurgia estão marcados com um X, anotação sobre o exame especular: lesão vegetante volumosa em colo uterino, com + - 8 cm diâmetro, cúpulas preservadas. Informação sobre a conduta: biópsia + exames p/ estadiamento e sobre a colocação de Tampão vaginal (Leitura do Prontuário do CERMAC).

Ao exame especular feito pelo médico foi possível observar a lesão do colo uterino e verificar o seu tamanho aumentado. O colo uterino, a porção fibromuscular inferior do útero, mede 3 a 4 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro, variando de forma e tamanho conforme a idade, paridade e estado menstrual (IARC,2007).

Foi colhida biópsia e também solicitados exames para estadiamento do câncer, considerando já através do exame clínico a presença do câncer, sendo necessária a biópsia para confirmação laboratorial e direcionar o estadiamento que avalia a extensão da doença e o seu grau de disseminação, baseando-se também na informação se o câncer está restrito ao colo do útero ou se estende a outros órgãos.

No mesmo dia da consulta, há a anotação da enfermeira no prontuário, indicando o acompanhamento desta à consulta e após a consulta médica:

Informa que a paciente está consciente, lúcida, apresentando sangramento vaginal em pequena quantidade no momento. PA= 110/70 mmHg P= 80 bpm. Realizada biópsia do colo uterino e colocado tampão vaginal pelo médico. Solicitado exames laboratoriais e Raio X (Leitura do Prontuário do CERMAC).

Observei nos registros do prontuário, a utilização de carimbo dos profissionais, com o numero do Conselho e assinatura, e um maior número de informações que identificam a realização do exame clínico, anamnese e a anotação das condutas realizadas.

O resultado da biópsia foi liberado uma semana depois, com o seguinte resultado:

12/12/2006 - Diagnóstico Microscópico: Carcinoma espinocelular invasivo, moderadamente diferenciado, caracterizado por proliferação neoplásica de células epiteliais escamosas atípicas, com hipercromasia nuclear, aumento da relação núcleo-citoplasma, áreas de ceratinização, focos de necrose e figuras de mitose, infiltrando tecido conjun-

tivo em ectocérvice. Margens cirúrgicas não avaliáveis (Laudo médico- anatomopatológico).

“O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada” (BRASIL, 2002, p. 17).

A desordenação das camadas celulares vem também acompanhada por alterações variadas nas células, com núcleos mais corados (hipercromasia), figuras atípicas de divisão celular e outras, de tal forma que no caso do carcinoma invasor, as alterações celulares se intensificam com alto grau de desarranjo, invadindo o tecido conjuntivo do colo do útero, abaixo do epitélio (BRASIL, 2002).

O resultado da biópsia de D. Esperança confirma o câncer invasivo com as alterações celulares e infiltração do tecido conjuntivo, acima descritos, implicando na definição de um tratamento específico para o seu caso, que implicará na destruição dessas células que estão se dividindo desordenadamente ou diminuindo a intensidade de seu crescimento.

Além de estar com o câncer em evolução, D. Esperança também teve seu estado geral comprometido pelos constantes episódios de metrorragia, culminando com seu agravamento no dia 13/12/2006, no período em que ainda estava fazendo os exames para estadiamento e iniciar o tratamento, quando foi atendida no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (PSMC) com metrorragia, conforme encaminhamento médico:

13/12/2006 - Informa a Solicitação de avaliação de especialidade. Anotação no Histórico: Paciente com metrorragia, encaminhar para serviço de ginecologia com urgência (leitura do Encaminhamento médico do PSMC).

Este encaminhamento estava com D. Esperança, além de outras informações como resultados de exames e relatórios médicos, as quais anotei, para melhor compreender o Itinerário Terapêutico por ela percorrido em Cuiabá.

Após ter sido atendida no PSMC, foi internada no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), para controle da metrorragia, conforme relatório de alta dado no mesmo dia:

13/12/2006 - Internada no HUJM (GO) Sumário de Alta. Diagnóstico Inicial: Metrorragia A/E + Lesão de colo A/E. Diagnóstico final: o mesmo. Evolução: Paciente admitida com o quadro de hemorragia vaginal, foi internada para controle. Após a estabilização clínica da mesma, estamos dando alta sendo que a mesma retornará ao CERMAC para continuação da investigação da lesão de colo. Medicação de alta: Sulfato Ferroso/ Dipirona (Relatório de Alta HUJM).

Segundo D. Esperança, foi atendida no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá e internada no Hospital Universitário Júlio Muller e Hospital Santa Helena, tendo recebido várias bolsas de sangue:

Aí eu cheguei lá, aplicaram uma injeção assim... aí eu fiquei lá, aí aplicaram tipo um soro, pra cortar a hemorragia, né. Aí eles falou (sic) que eu tinha que ir pra outro Hospital, não ia poder ficar lá internada. Sei que fui lá para o Santa Helena e fui prum (sic) outro lá...Julio Muller... (...) Lá no Pronto Socorro não fiquei internada não. Só tomei o sangue e fui pra casa. Eu tava com muita anemia. Tava amarela, amarela, amarela, amarela (D. Esperança).

Dando continuidade aos exames solicitados, no dia seguinte D. Esperança foi ao CERMAC para consulta com o cardiologista para avaliação do Risco Cirúrgico, solicitação esta de rotina, para o estadiamento do câncer:

14/12/2006 - Informa que a Paciente deu entrada com sangramento e Palidez cutânea. PA 80/60. Anotação da hipótese diagnóstica de Choque Hipovolêmico. Conduta: Pronto Socorro urgente (Leitura do Prontuário do CERMAC).

Não encontrei registro deste segundo atendimento no PSMC, mas segundo relato de D. Esperança e também anotação do prontuário do CERMAC no dia seguinte, ela foi atendida no PSMC e tomou duas Unidades de concentrado de Hemáceas.

No dia seguinte retornou ao CERMAC para continuidade da avaliação pelo oncologista, já com os resultados dos exames por ele solicitados, mostrando uma anemia acentuada evidenciada pelo resultado do exame de sangue e também a visualização da lesão com infiltração parcial do paramétrio direito:

15/12/2006 - Informa que cursou com hemorragia e tomou 2 Unidades de concentrado hemáceas. AP- CA espinocelular moderadamente diferenciado. Informa resultados de Raio X e exames de sangue. Anotação sobre o exame especular: Infiltração parcial paramétrio dir. Lesão circular volumosa (+ - 12 cm diâmetro). (Há um desenho esquemático do útero, mostrando a extensão da lesão e o seu tamanho em relação ao colo). Há anotação de TC pélvica e Radioterapia e quimioterapia como condutas (Leitura do Prontuário do CERMAC).

Nesse dia há uma anotação da assistente social do CERMAC informando internação de urgência na Santa Casa, e a anotação da enfermeira informando o encaminhamento:

15/12/2006 17h15min - Informa que Paciente apresentou sangramento vaginal após exame, foi colocado tampão vaginal pelo médico, com PA 110/80 mmHG. 18h00min Informa que Paciente foi transferida para a Santa Casa, lúcida, hipocorada, no momento não apresentando sangramento vaginal. Informa que foi acompanhada pela Técnica de Enfermagem junto com AIH, prescrição e exames (Leitura do Prontuário do CERMAC).

Durante esse período, antes de iniciar o tratamento, D. Esperança apresentou ainda alguns episódios de hemorragia, tendo ido ao PSM de Cuiabá para atendimento, e internada no Hospital Santa Helena e no Hospital Universitário Júlio Muller:

Ó, eu cheguei aqui em Cuiabá e fiz os exames né, deu dez dias... aí me deu hemorragia, hemorragia, hemorragia, hemorragia, sem parar... E nós (sic) foi no Pronto Socorro. (...) Aí eu cheguei lá, aplicaram uma injeção assim... aí eu fiquei lá, aplicaram tipo um soro... pra cortar a hemorragia, né. Aí eles falou que eu tinha que ir pra outro Hospital, não ia poder ficar lá internada.(...) Sei que fui lá para o Santa Helena e fui prum outro lá... Julio Muller..“(D. Esperança).

Observo que na narrativa acima quando repete várias vezes a palavra hemorragia, refere-se à intensidade desta. Da mesma forma ela relata o episódio de febre que teve após ter recebido sangue no PSM e ter voltado para a Casa de Apoio:

Depois que tomei aquele sangue menina, quase morri! Me deu muito frio, frio, frio, frio, frio, frio, frio mesmo. Fiquei em casa com frio e tremedeira. Tremia, tremia, tremia, tremia... Fiquei lá na Casa de Apoio (D. Esperança).

Nesse dia ela recebeu ajuda das companheiras da Casa de Apoio, que lhe deram medicamento para febre.

Na compreensão de D. Esperança, o atendimento no PSM foi ruim porque foi demorado, pois teve que aguardar os resultados dos exames para poder tomar sangue e ficou lá durante nove horas:

Fiquei esperando... É demorado... (Silêncio) porque no Pronto Socorro também é muita gente né? (D. Esperança).

D. Esperança iniciou o tratamento com Quimioterapia, Radioterapia e Braquiterapia a partir do dia 20/12/2006, conforme informações colhidas em seu prontuário no Centro de Oncologia de Cuiabá (COC).

A Quimioterapia e as consultas para avaliação com o oncologista foram realizadas no COC, A Radioterapia foi realizada na Santa Casa e a Braquiterapia foi realizada no Hospital do Câncer, sendo ao todo mais de 50 idas e vindas, entre consultas, exames e terapias.

Não há em Cuiabá um serviço que contemple todas as modalidades de tratamento do câncer, remetendo a mulher a vários trajetos durante o seu tratamento.

Para seus deslocamentos entre um serviço e outro, e destes para a Casa de Apoio D. Esperança contava com a ajuda de um funcionário da Prefeitura de Marcelândia que mora em Cuiabá e faz o transporte dos doentes que estão em tratamento na capital. Segundo ela, era só telefonar que ele vinha buscá-las, mas no perí-

odo do final de dezembro quando ele estava em férias, ela relata ter tido muita dificuldade para ir fazer o tratamento:

Tive que pagar né pra ir. Pagava táxi, pagava ônibus... Porque o rapaz viajou, o que traz nós aqui (sic). Vem buscar e leva. Ele viajou, tirou férias. Ficou Ano Novo e Natal... Difícil. Porque um táxi lá da outra casa pra qualquer hospital era quase 20 real (sic), 18, 19... É menina, tinha que ir né... O ônibus, a gente não sabia qual ia (D. Esperança).

D. Esperança permaneceu em Cuiabá durante três meses, desde a primeira consulta no CERMAC para confirmação do diagnóstico, até a conclusão da terapia, voltando para Marcelândia com data de retorno para avaliação após três meses.

Conhecendo o Itinerário Terapêutico percorrido por D. Esperança na busca por atendimento à sua necessidade em saúde, manifestada inicialmente pelo resultado de um exame citológico do colo do útero com NIC III e, após algum tempo do tratamento por sangramentos repetidos, pude compreender como as práticas profissionais se desenvolvem em relação à integralidade da atenção à saúde da mulher, em especial em relação ao controle e prevenção do câncer do colo do útero.

O Itinerário Terapêutico, nesse caso, é a compreensão de como D. Esperança interpretou a doença e como a enfrentou, por onde entrou no Sistema de Saúde, como e por quem foi recebida, e como este respondeu à sua real necessidade de saúde (VILLA; PEREIRA, 2007 b), sendo para isso necessário ouvi-la e entender qual a presteza e eficiência do serviço de saúde em oferecer, ou não, adequadamente essa resposta.

Definimos Itinerário Terapêutico como um processo pelo qual as pessoas avaliam sua saúde e percebem a necessidade de elucidar para si mesmas o que acontece em seu corpo, começando, assim, um percurso dentro do sistema de saúde que pode tomar diversos caminhos em direção a um diagnóstico e tratamento, pois são esses serviços que estão legitimados para firmar socialmente a existência de doenças e a necessidade de um determinado tipo de tratamento, que pode ser clínico ou cirúrgico (VILLA; PEREIRA, 2007 b).

Para Araujo et al, 2007, o desenho do Itinerário Terapêutico da experiência de adoecimento e busca por cuidado em saúde, possibilita avaliar as práticas

em saúde, o seu modo de organização, e suas conseqüências na vida das pessoas, apontando possibilidades de construção de novos saberes sobre esta vivência de adoecimento e busca por atenção à saúde. Nesse sentido, diz:

O Itinerário Terapêutico é, portanto, uma montagem analítica da experiência de adoecimento e de busca de cuidados, apreendida através da dimensão vivida desta experiência, na qual é traçada a trajetória percorrida por usuário e sua família na busca por cuidados em saúde, assim como compreendida a lógica desta trajetória e os sentidos tecidos nos muitos percursos que a compõem. É necessário considerar, ainda, que esta experiência está entrelaçada e tensionada pela forma como os serviços de saúde se organizam e produzem, por meio das práticas concretas dos profissionais que aí atuam, efeitos na vida destas pessoas, atendendo de certo modo e em certa medida suas necessidades de cuidados em saúde, respondendo ou não aos princípios da Integralidade e da Resolutividade da atenção (ARAÚJO et al, 2007).

A partir da compreensão do Itinerário Terapêutico de uma mulher com câncer do colo do útero, compreende-se não só as trajetórias e suas experiências, mas abstrai-se muito do funcionamento dos serviços e da lógica que os direciona, que muitas vezes não atende às reais necessidades dessa mulher no tempo que seria adequado. Também é possível compreender como os conhecimentos de alguns dos profissionais de saúde estão, ou não, a serviço das pessoas que utilizam o SUS e se responsabilizam, ou não, pelo apoio à usuária na sua busca por tratamento e cura para sua doença.

A pesquisa maior da qual esta pesquisa se originou vem trabalhando a noção do Itinerário Terapêutico como tecnologia avaliativa da integralidade em saúde, e o grupo de pesquisadores, no âmbito de suas discussões, propõe o desenho espacial e temporal do trajeto percorrido pelo usuário dos serviços de saúde na busca por atenção às suas necessidades em saúde, tendo este usuário como figura central. Os deslocamentos feitos por ele são indicados através de setas e numerados sequencialmente, dando a idéia de tempo e seqüência da trajetória por ele percorrida, propiciando, assim, visibilidade a essa trajetória.

A Figura 1 mostra o desenho espacial e temporal do Itinerário Terapêutico percorrido por D. Esperança e apresenta de maneira bastante evidente todas as vezes que procurou o PSF para ter seu problema de saúde resolvido, e também toda a sua peregrinação em Cuiabá para se submeter ao tratamento:

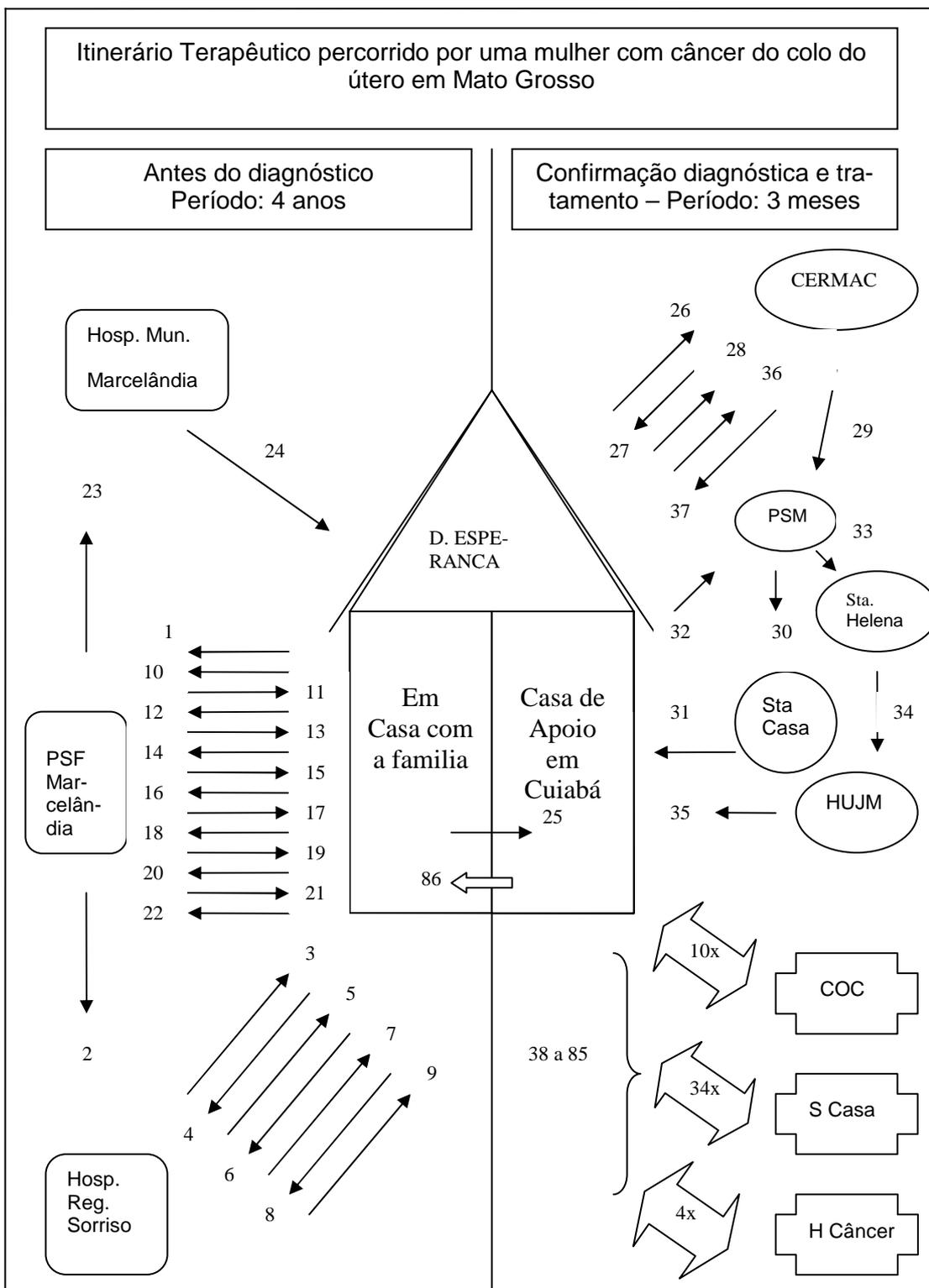
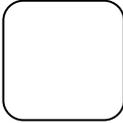
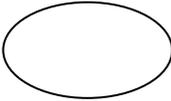
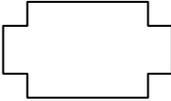
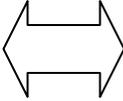


Figura 1 – Itinerário terapêutico percorrido por uma mulher com Câncer do colo do útero em Mato Grosso

Legendas:

-  Serviços de Saúde percorridos antes do diagnóstico do câncer (Marcelândia e Sorriso)
-  Serviços de Saúde percorridos no período da confirmação do diagnóstico (Cuiabá)
-  Serviços de Saúde percorridos durante o tratamento do câncer (Cuiabá)
-  Acessos aos Serviços de Saúde pelo PSF ou pelo sistema formal de regulação
-  Acessos aos Serviços repetidas vezes para o tratamento
-  Retorno à residência com alta do tratamento

No caso de D. Esperança, ao traçar o seu Itinerário Terapêutico desde a sua primeira coleta do exame de prevenção do câncer do colo do útero, a lógica dessa trajetória seguiu a lógica formalmente estabelecida, considerando o PSF como porta de entrada do Sistema de Saúde, o Hospital Regional como referência secundária, e os serviços em Cuiabá para diagnóstico e tratamento como referência terciária, sendo estes encaminhamentos regulados através da Central de Regulação.

Na observação do Itinerário Terapêutico fica evidente o esforço feito por D. Esperança na busca para resolver o seu problema de saúde, o tempo perdido até a definição diagnóstica, a ausência de serviço de alta complexidade que atendes-se às suas reais necessidades de hospedagem, laboratórios e procedimentos de Radioterapia e Quimioterapia,

Especificamente na atenção ao câncer, os serviços de maior complexidade estão ainda concentrados em Cuiabá, e D. Esperança seguiu o fluxo já estabelecido. O que chama bastante a atenção no desenho espacial desse Itinerário Terapêutico são as várias idas ao PSF, evidenciando a falta de resolutividade deste serviço já percebida através das entrevistas e dos documentos analisados, bem como a fragmentação dos serviços de atenção ao câncer em Cuiabá, obrigando D. Esperança a se deslocar a vários serviços, cada um para um tipo de procedimento.

Não foram mostrados na prática do serviço de saúde de Atenção Básica, os princípios constitucionais do SUS, propostos para análise nesta pesquisa, a resolutividade e a integralidade.

Há uma distância entre a prática dos profissionais de saúde que estão legalmente habilitados a intervir através do diagnóstico, tratamento e cura que se revelaram omissos e incompetentes na abordagem deste caso estudado, e aquela que está sujeita aos tempos, lógicas e saberes dessa prática.

Quem detém a prerrogativa de estabelecer qual o trajeto que as pessoas vão percorrer dentro do sistema normalmente são os médicos, pois são eles os profissionais que ainda podem estabelecer diagnósticos e encaminhamentos para este ou aquele serviço, ou este ou aquele tratamento e isso foi evidenciado em todas as idas e vindas de D. Esperança ao PSF.

Não se dá importância a essa prática negligente, ela é banalizada e diluída entre tantos casos semelhantes revelados pelas estatísticas de morbidade e mortalidade por câncer do colo do útero. Questiono, que importância se dá à preservação da saúde da mulher, que também é pobre, da qual a sociedade parece prescindir?

Para Pereira, 2000, a baixa qualidade e a falta de resolutividade dos serviços, a incompetência ou má vontade dos profissionais, raramente são questionadas ou colocadas em pauta, sendo muitas vezes caracterizadas como problemas o descuido das mulheres com a própria saúde, deixando de levar em conta os profissionais desinteressados, faltosos ou as rotinas dos serviços pouco flexíveis. Além da carga moral da doença, D. Esperança ainda sofre pela carga moral atribuída ao seu descuido com a sua saúde.

A cultura profissional diz quando precisa, como profissional de saúde, ser atencioso ou não, por isso morre-se mais quando se é pobre, mulher e quando

os serviços de saúde não estão organizados para atender às necessidades em saúde dos usuários. Nada acontece ao profissional omissor, quando a clientela é desprovida de recursos econômicos e sociais.

Para Merhy, 2006, na atualidade há a tendência da sociedade em consagrar a imagem de que o que vale é o privado, tornando natural o entendimento de que tudo que é público e coletivo é ruim, levando as pessoas a se convencer e a viver de acordo com essas idéias.

Pereira, 2000, p.26, também afirma que “o serviço público no imaginário popular é para os pobres que não podem pagar e não derivado de impostos que, de alguma forma, todos pagam”.

A prática profissional no SUS, em que há descaso e descompromisso com os usuários, como vimos no caso estudado, perpetua essa imagem e favorece aqueles que visam ao lucro com a doença.

“A tensão entre público e privado vai pendendo para o individualismo, pela não responsabilização pública dos atos pessoais, pela premissa do aqui e agora, pela ética da não prestação de contas” (MERHY, 2006, p. 105).

Se o que se deseja é a produção de melhores formas de vida no plano individual, através da ação individual e coletiva, deve ser colocada em xeque essa forma de só responder à sua consciência ou, no máximo, no caso da saúde, à sua corporação profissional ou política (MERHY, 2006).

Merhy, 2006, sugere que profissionais de saúde sejam usuários de seu próprio trabalho, fazendo a troca de lugares, e que isso possa ser dito no dia-a-dia dos serviços, transformando-se num dispositivo que trate das implicações da prática de cada profissional.

Merhy, 2006, p.108, destaca ainda que “o campo das ações de saúde deve ser um encontro de multiplicidades, no qual se pode apostar que sujeitos sujeitos conseguem emergir como sujeitos autônomos, produtores de novos sentidos para o viver”, enfatizando que o agir diário, no campo individual e coletivo, está “vinculado a um modo ético-político de se posicionar no mundo das práticas produtoras ou *des-produtoras* de vidas”.

Torna-se necessário estabelecer compromissos que façam os profissionais de saúde se co-responsabilizarem pelos casos de sucesso na prevenção e também pelos casos que foram negligenciados por eles. Os Conselhos de categorias

profissionais parecem ser o modelo mais “frágil” de controle, permitindo mais erros, protegendo o profissional e não o usuário, cabendo ao poder público esse papel de proteção ao usuário através de Leis, serviços de Ouvidoria e também a participação e conhecimento do usuário sobre a atenção à saúde à qual tem direito.

Para Pereira, 2000, p.26, “questionar a qualidade da assistência à saúde e de serviços médicos recebidos é um fenômeno muito recente no nosso País, visto que as ações jurídicas neste sentido ainda são raras e de difícil resolução”, fazendo referência ao corporativismo dos conselhos profissionais.

“A empatia e a solidariedade precisam ser componentes fundamentais de uma prática ética” numa relação simétrica entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços de saúde, sendo portadores dos mesmos direitos. “É a partir dessa compreensão que se torna possível ao profissional desenvolver uma prática mais qualitativa, acolhedora e tolerante para com aqueles que se apresentam vulneráveis quando se colocam sob seus cuidados profissionais” (BELLATO; PEREIRA, 2005, p.22).

“Mais que ser informadas, é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas” (AYRES, 2002, p.135).

Bellato; Pereira (2005) enfatiza que, a educação para a cidadania de usuários e profissionais de saúde abre campo para fazer frente à assimetria existente entre estes, principalmente no caso de sujeitos em situação de vulnerabilidade, com a ampliação do conhecimento dos seus direitos e das instâncias de auxílio para o alcance de um estado de cidadania mais ativa.

Para Caponi (2004) todos estamos sujeitos à dor, à doença e todos tememos a morte, levando-nos a nos confrontar com a pluralidade de experiências e pareceres e a obrigação de refletir. “A solidariedade, como princípio, não é outra coisa que a realização de ações que beneficiem os outros, a partir do reconhecimento do outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, isto é, de aceitar ou de rejeitar essas ações” (CAPONI, 2004, p.45).

A solidariedade, para Caponi (2004) necessita do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa que tem uma necessidade, “exige poder inserir-se em uma rede

de vínculos em que seja reconhecida como um igual em orgulho e dignidade” (CAPO-
NI, 2004, p.95).

No caso de D. Esperança, não houve escuta por parte dos profissio-
nais que a atenderam, demonstrando que não se escuta aquele que não se respeita,
admira ou reconhece como sujeito de direitos.

Quando há predominância de um sujeito do desejo assujeitado aos
interesses dominantes e exploradores, produz-se a subjetividade assujeitada ou sub-
metida, mas quando há predominância de geração do novo, original, instituinte, con-
tingente, circunstancial, produz-se a subjetivação livre, produtiva e não assujeitada
(BAREMBLITT, 1996).

Deve haver ampliação do entendimento entre o profissional de saúde
e o usuário do SUS, com ênfase na comunicação e valorização de sentimentos, numa
visão integradora das diversas dimensões que compõem a vida das pessoas, propici-
ando a prática da integralidade por meio de decisões mútuas (BRASIL, 2007 a).

A capacidade de realizar a promoção à saúde, prevenção e cuidado
de doenças, reabilitação e manutenção da saúde é ampliada quando aliada a uma
prática alicerçada no uso de evidências científicas (BRASIL, 2007 a).

Nesse sentido, a Atenção Básica, considerada a porta de entrada
dos serviços de saúde, por onde D. Esperança iniciou seu Itinerário Terapêutico na
busca de atenção à sua necessidade em saúde, precisa ter seus profissionais qualifi-
cados tecnicamente e também com capacidade de realizar a escuta do usuário.

Ressalto o papel do profissional de saúde para além da abordagem
técnica do problema e para além do contexto do seu ambiente de trabalho, pois esse
profissional conhece leis, direitos, doenças, a capacidade disponível nos serviços e
sua internalidade, ficando evidente sua co-responsabilização em construir e criar ou
redescobrir novas formas de atenção à saúde e formar redes de atenção para além
dos serviços de saúde e sobretudo em perceber o sujeito e suas necessidades além
do mero corpo ou segmento do corpo doente.

Para Kosik, 1976, a compreensão da realidade social inclui a análise
da subjetividade na práxis humana objetivada, e é através da *práxis* que se reafirma o
sujeito, pois a práxis se manifesta tanto na atividade objetiva do homem, como na for-
mação da sua subjetividade, ao que Arendt acrescenta “o poder legítimo se realimenta
da práxis que o construiu”, emergindo da ação em concerto.

A prática evidenciada neste estudo foi uma prática descuidada e que menosprezou as queixas de D. Esperança, o que contribuiu para a desconstrução no imaginário coletivo do “poder/saber” de que se julga apta e merecedora a prática médica. A prática negligente destrói a legitimidade lentamente construída por essa *práxis* em resultado visível para a população.

Kosik, 1976, p. 22, diz que “o homem só conhece a realidade na medida em que ele cria a realidade humana e se comporta antes de tudo como ser prático”, e diz ainda:

A *práxis* se manifesta tanto na atividade objetiva do homem, que transforma a natureza e marca com sentido humano os materiais naturais, como na formação da subjetividade humana, na qual os momentos existenciais como a angústia, a náusea, o medo, a alegria, riso, a esperança, etc., não se apresentam como “experiência” passiva, mas como parte da luta pelo reconhecimento, isto é, do processo da realização da liberdade humana (KOSIK, 1976, p. 204).

Essa afirmação remete ao papel de pesquisador de conhecer a realidade estudada se apropriando do conhecimento objetivo e subjetivo, e também remete à prática dos profissionais de saúde que só será completa ao se levar em conta a objetividade e a subjetividade do ser humano, aquilo que está emerso, visível, evidente e também o que está submerso, invisível e não aparente.

6. A VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Com toda a carga de ser uma doença, que muitas vezes traz o sinônimo de morte, procurei compreender como D. Esperança vivenciou a condição de estar com câncer do colo do útero, estar longe de sua casa e de sua família numa cidade estranha e ainda enfrentar o agressivo tratamento a ela proposto.

O primeiro fato que chama a atenção na análise da vivência de D. Esperança em seu processo de adoecimento, é o valor de ser mulher, esposa, mãe e como isto tem significado em seu comportamento, com a realização tardia do primeiro exame CCO, aos 37 anos, e este exame acusar um resultado indicativo de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) de alto grau, quando diz:

...foi lá no Posto, pra ver se tinha algum problema né. Aí deu né, o primeiro exame deu ferida. Eu nunca tinha feito (D. Esperança).

No caso de D. Esperança, realizar exames preventivos desde o início da sua vida sexual não constitui como um comportamento regular, embora tivesse acesso ao serviço de saúde, pois em seu relato disse que morava perto da Unidade de Saúde da Família (PSF), e ia com frequência a esse serviço:

É bom que é pertinho, pode ir a pé e voltar . Dá 500 metros (D. Esperança).

D. Esperança tinha conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer do colo do útero, podendo ter havido a influência de vários fatores que contribuíram para que fizesse o exame tardiamente, reflexo de seu modo de perceber a necessidade do cuidado com seu corpo e de entender a importância do exame. Ao lhe perguntar sobre o motivo da realização tardia do exame, respondeu:

O preventivo? Acho que eu tinha medo, sei lá (...) Pra mim era diferente (...) Muita gente falava que doía. Tinha saúde né. Sei lá, vergonha. Até hoje eu tenho vergonha (D. Esperança).

Ao buscar compreender os fatores que a influenciaram, os aspectos culturais se apresentam como relevantes, pois estes têm implicações importantes nas questões de saúde e na atenção à saúde e também nas atitudes em relação à doença, à dor e outras formas de manifestação da doença, incluindo suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, línguas, religiões, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal e conceitos de espaço e tempo (HELMAN, 1994).

Outro aspecto que pode ter associação com seu comportamento são as formas como são compreendidas as práticas de cuidado profissional, que atendem pessoas com manifestações da doença em nossa sociedade, com evidência marcante das práticas profissionais sustentadas no modelo da ciência médica.

D. Esperança, em suas palavras, quando explica os motivos pelos quais realizou o primeiro exame somente aos 37 anos de idade, ressalta os aspectos medo, medo da dor, vergonha, e o fato de não sentir nada, que somados a outros fatores me ajudam a compreendê-la.

Assim, exercem influência os fatores individuais (como idade, gênero, aparência, personalidade, inteligência e experiência), os fatores educacionais (formais ou informais, incluindo educação em uma subcultura religiosa, profissional ou étnica) e os fatores socioeconômicos (como classe social, status econômico e redes de apoio social). Nesse sentido, a doença, assim como outra adversidade qualquer, traz as dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular (HELMAN, 1994), ou seja, as ações e comportamentos diante da aflição, mobilizam um conjunto de crenças e valores compartilhados entre os membros dos grupos que fazem parte do seu contexto.

“Nossa cultura ainda apregoa amplamente concepções domésticas de feminidade (...) as regras dessa construção de feminidade exigem que as mulheres aprendam como alimentar outras pessoas, não a si próprias, e que considerem como voraz e excessivo qualquer desejo de auto-alimentação e cuidado consigo mesmas” (BORDO, 1997, p 25). Por isso, não é comum que a mulher tenha por hábito zelar de si própria, cuidando primeiro dos filhos.

Para Bordo, 1997, há uma exigência para que as mulheres desenvolvam uma economia emocional voltada para os outros. A mulher se torna a principal nutridora emocional e física, em decorrência de nossa cultura que ainda propaga concepções domésticas de feminidade, levando a uma divisão sexual de trabalho dualista.

D. Esperança ia frequentemente ao serviço de saúde, mas na maioria das vezes para levar as crianças, conforme relata os motivos mais freqüentes de procura do serviço de saúde:

Sempre ia por febre, no pediatra. (...) Medir pressão, vacina, mais com as crianças (D. Esperança).

Para compreender o fato de priorizar o cuidado com a saúde dos filhos, Prado, 1995 diz que a mulher que exerce a profissão de esposa sofre de males específicos do ponto de vista médico, pois não se dá o direito de ter o seu lazer pessoal, está sempre disponível para os filhos e esposo em qualquer eventualidade, chegando ao esgotamento no qual é acrescentado um novo peso quando esta mulher exerce, ainda, uma atividade fora do lar, acarretando esforço físico ou psíquico extenuante para a esposa.

“Cabe à esposa a responsabilidade de zelar pela saúde física e psíquica do marido e dos filhos: dar-lhes uma boa alimentação, um meio habitacional higiênico, zelar pela saúde de cada um, atenta ao primeiro sinal de mal estar” (PRADO, 1995, p.140). D. Esperança retrata essa mulher cuja profissão é a de esposa, pois não trabalha fora, e seu cotidiano é cuidar dos quatro filhos, do marido e da casa:

Sempre as criança tá (sic) meio doente, eles sempre têm bronquite (D. Esperança).

Além de todos esses fatores em parte responsáveis por deixar de cuidar de sua saúde, ainda pode exercer influência a posição que a mulher ocupa no espaço familiar e na sociedade, pois segundo Barsted, 1999, p.12, “a família, tal como a conhecemos em nossa cultura, ainda tem sido o espaço da hierarquia, da discriminação e da subordinação, e a violência intra-familiar tem gerado sofrimento para aqueles que a ela estão submetidos”.

Mesmo com a inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho e na chefia familiar, o reconhecimento legal da igualdade entre homens e mulheres na direção da família, a disseminação e discussão sobre os direitos das mulheres e com a sua participação na vida social e política do país, no caso de D. Esperança, sua realidade de vida é voltada para a família, os filhos, a casa. Soma-se a este

contexto, o fato de não ter tido acesso à educação, e não ter uma profissão com participação no mercado de trabalho, e pertencer à classe popular, como aspectos que se associam ao comportamento de D. Esperança na busca pelo cuidado à sua saúde.

Considerando estes conceitos, compreendemos a maneira como a mulher interpreta seus problemas de saúde e responde aos mesmos.

Mundialmente, as mulheres mais afetadas pelo câncer do colo do útero, são as mulheres pobres, que têm menos acesso à detecção precoce. Segundo Alvarez (1998), para avançar na prevenção do câncer do colo do útero, faz-se necessário explorar mais as formas de organização social da sexualidade e atitudes das mulheres no cuidado de sua saúde, particularmente a saúde reprodutiva. No caso de D. Esperança não havia dificuldade de acesso ao serviço de saúde, pois mora muito perto do PSF e conforme seu relato o freqüentava assiduamente.

Alvarez (1998) sugere que a maior exposição por parte das mulheres pobres da América Latina ao risco de contrair câncer do colo do útero, se associa com um sistema de relações de gênero muito desigual, em que as mulheres vêem tolhida sua liberdade para decidir sobre seu corpo, sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva por uma série de valores e normas compartilhadas nas sociedades pertinentes às questões de gênero. Acredita que a visão que as mulheres têm de sua identidade e de sua sexualidade, além de incidir no risco de câncer do colo do útero, afeta a sua propensão a realizar o exame que permite detectar precocemente este câncer.

Nesse sentido, a justificativa de D. Esperança para o fato de nunca ter realizado o exame de prevenção do câncer do colo uterino, aliado a outros fatores como a comunicação da forma como algumas mulheres se referem à dor ou desconforto na realização do exame, questões emocionais relacionadas à vergonha e medo, podem revelar a pouca importância dada ao cuidado com o seu corpo e pelo fato de não estar tendo nenhum sintoma de doença, achando-se sadia:

Sei lá, naquele tempo eu não me interessava muito não! Não ligava né. Eu achava que não era nada. É, eu não sinto nada, tenho saúde. Toda vida eu nunca senti nada (...) Eu era boa, né, não sentia nada (rindo) (D. Esperança).

Pinho (2003), em estudo realizado no município de São Paulo, ao perguntar às mulheres qual era o principal motivo para nunca terem realizado o exame CCO, 45% responderam que achavam que eram saudáveis por não apresentarem

queixas ginecológicas e, conseqüentemente, não viam necessidade de realizá-lo, podendo explicar, em parte, porque a maioria dos casos de câncer do colo do útero diagnosticados pelo exame, já se apresenta numa fase tardia da doença, cujo prognóstico já não é tão alentador, contribuindo para a permanência das altas taxas de mortalidade por câncer cervical.

Os resultados obtidos em estudo realizado na América Latina por Alvarez (1998) mostram que a maioria das mulheres se adequa às expectativas da relação tradicional com a maternidade, o sofrimento, a ordem e a limpeza, não dispondo de tempo para adoecer. As mulheres de menor idade e com maior nível educacional mostraram menor adequação a essa relação tradicional citada.

Para Giffin (2002) as questões de equidade na ótica do gênero feminino remetem ao entendimento de que a mulher tem uma sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, definida ideologicamente como cuidadora de outros. Ainda carrega o efeito de discriminação e preconceito em relação à sua sexualidade, dificultando o acesso e adequada atenção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, além de ser excluída de posições hierarquicamente superiores de decisão política e como integrante de protocolos de pesquisas básicas em função das complexidades do corpo reprodutivo.

Percebemos ainda na fala de D. Esperança, a economia emocional alterada que só se revela na quarta entrevista, quando afirma sobre as dificuldades de relacionamento com o seu cônjuge, que estava envolvido com outra pessoa:

Eu pego ele (sic) com a mulher e ele fala que não tem nada com a mulher. Ele tava (sic) abraçado com ela, decerto tava se beijando, não sei. Ele fala que nunca teve nada com a mulher e porque a mulher liga vinte e quatro horas? E ele não sai de lá. Ele me xinga tudo, que vai largar de mim, que vai morar com a mulher lá (D. Esperança).

Este fato demandou dela um grande investimento emocional, de tal forma que parece ter deixado de olhar e cuidar de si para garantir a estabilidade do seu relacionamento marital. Quando realizamos esta entrevista, D. Esperança tinha voltado a Cuiabá para a avaliação após três meses do tratamento e, durante uma hora e meia, ela pouco falou sobre sua saúde ou sobre a recuperação após o tratamento,

pois parecia bastante angustiada com a situação que estava vivendo com seu cônjuge, alternando com momentos de raiva:

Ele fala que não gosta de mim, fala um monte de coisa (sic). Eu vinha pra cá e queria seguir em frente, só que não dá por causa dos filhos.(...) Eu cheguei no bar e quebrei todas as coisas, ele não fez nada. Ele fez foi ir embora e me xingando (sic). E se eu chegar lá e pegar essa mulher com ele no bar, vai ficar feio. Ou ela vai me matar ou eu vou matar ela (sic) (...) Sinto uma dor forte no peito, fico tremendo! (D. Esperança).

Em outros momentos demonstrava a sensação de ser “dona” do marido, num esforço de ficar próxima dele:

Eu quero viver com ele. Eu não tenho coragem de separar dele, e deixar os filhos. Pra mim sair também não dá (sic). Não tenho lugar pra morar. Pelo menos ficando com ele, tem a casa pra morar, né. (...) Mas eu não tenho calma, agente não controla não... Não segura, não (...) Mas ele é meu, não é dela! (D. Esperança).

A teoria feminista se refere a essa identidade feminina que só se reafirma dentro da união estável - a mulher existe por “ter um homem” – podendo se ver isso claramente na entrevista, mas a exaustão emocional e a retomada de si podem ser identificadas nas falas onde ela afirma que “precisa resolver essa situação”:

Quando eu chegar vou dar um jeito na minha vida, não dá pra ficar desse jeito. Ficar sofrendo, tanto sofrimento! Cansei, com ele não vou ficar mais não. (...) Não quero nem saber da casa, não me interessa nada, chega de humilhação! (...) Chegando lá vou viver minha vida, se ele quiser vender a casa, que venda. Eu caibo em qualquer lugar, na cidade tenho muitas amigas e gente boa que diz que se quiser morar pode vir hoje (...) Só que eu penso nos filhos...os dois pequenos... (D. Esperança).

D. Esperança em sua fala mostrou desconhecer os seus direitos legais como esposa e companheira numa união estável como a sua, com mais de 18 anos, quanto à divisão dos bens, pensão alimentícia para os filhos menores e outros. O marido é o provedor do lar e ela mostra claramente não estar preparada emocionalmente para enfrentar a situação de uma separação, além de não ter qualificação profissional para se inserir no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo em que se mos-

trava decidida em cuidar da sua vida e viver longe do marido, pensava e se mostrava insegura:

Tem que pensar muito, ele tem que respeitar muito eu (sic), eu não respeito ele? (...) A gente separa do marido, quem tá (sic) errada é a mulher (...) Separação é duro... eu acho... minha mãe fala que tem que ter paciência, que não é fácil pra quem tem filho pequeno (D. Esperança).

D. Esperança diz a si mesma que ela é a dona do marido, no entanto fala que quer deixar o marido devido às humilhações e ao mesmo tempo se preocupa com a imagem de mulher separada que a sociedade e a mãe dela têm. Isso faz com que ela fique insegura e oscilando entre permanecer e sair dessa situação.

Há uma alternância de pensamentos e de propósitos sustentados pelos valores e pela carga moral de mulher separada, para decidir sobre sua vida, num intenso conflito, que decorre de sua condição de ser mulher, dependente do marido, sua existência depende da forma como o marido a trata, mas, ao mesmo tempo, reflete sobre seu projeto de vida, quer retomar o controle da sua vida, largar tudo e viver só, e aí vem a preocupação com os filhos, não querer deixá-los. No seu processo de adoecimento, associam-se situações de conflito familiar que levam a reflexões entre o passado, o presente e o futuro, em busca da reconstrução da sua vida.

Para Bordo, 1997, p.45, “a experiência feminina é amiúde uma experiência na qual a mente e o corpo, a mente e a matéria, são associados e, juntos, são explorados”. Esse conflito de idéias decorrente da aflição causada pela situação familiar e de adoecimento, vivido por D. Esperança pode ser entendido quando Bordo diz que “às vezes, somos coniventes com essa evisceração de nossa subjetividade, mesmo quando resistimos”, e que está evidenciada na experiência das mulheres, a perda do controle da vida pessoal, arrancada pela dominação, tornando possível a alienação.

Este problema pessoal vivido por D. Esperança veio à tona no nosso último encontro, quando ela voltou de Marcelândia para acompanhamento médico, depois de três meses do término do tratamento:

Nessa entrevista, no início ela já falou em problemas de família, e com o passar da conversa ela me contou sobre os problemas que vem enfrentando com seu marido. Durante toda a entrevista, esta foi sua maior preocupação, percebi que ela estava com necessidade de

falar, de contar. Fui preparada para me aprofundar nas questões relacionadas à sua doença e tratamento, mas o seu problema pessoal e familiar predominou. Deixei que ela contasse tudo, e mesmo depois de terminada a entrevista e desligado o MP3, ela ainda ficou falando e contando, revelando estar muito angustiada com a situação (Diário de Campo).

É provável que D. Esperança já estivesse vivendo essa situação com o marido há mais tempo, mas não a tinha revelado, pois durante o tratamento a sua maior preocupação era com a doença, os efeitos causados pelo tratamento e a saúde dos filhos. Sua preocupação com a doença é influenciada pela experiência vivida corporalmente, onde o que era antes despercebido, o corpo era invisível, passa a ser percebido, portanto, o corpo passa a ser resignificado, a ser o centro da atenção, pois é a matéria que liga o nosso ser ao nosso mundo (LE BRETON apud MARUYAMA, 2006).

Para melhor compreender todo o processo vivido por D. Esperança, além de seus problemas familiares e do seu problema de saúde, ao refletir sobre sua experiência de adoecimento por câncer do colo do útero, torna-se necessário pensar na garantia do direito específico à saúde da mulher considerando a existência da desigualdade entre homens e mulheres em nossa sociedade que se reflete em discriminações e em dificuldades no mercado de trabalho, dificuldades em seu cotidiano, no âmbito doméstico e em dificuldades no acesso a serviços e também nas respostas dadas por estes.

Essas desigualdades são percebidas nas dificuldades encontradas por D. Esperança ao procurar o serviço de saúde para ter suas necessidades em saúde atendidas, na sua vivência durante o tratamento do câncer do colo do útero, no seu relacionamento com o esposo, na realização tardia do exame de prevenção do câncer e também ao buscar alguma atividade laborativa, pois além da carga moral por ter tido o câncer, apresenta limitações sócio-culturais.

D. Esperança era atendida no mesmo serviço de saúde que já frequentava há anos, e teve que pedir ao médico que solicitasse um exame de Ultra-som na tentativa de resolver o seu problema de sangramento vaginal persistente, que muito a incomodava, conforme seu relato:

Tava com muita hemorragia, né. E aí eu falei para o Doutor que queria fazer um Ultra-som, pra ver o que era, mulher, que aquilo não era

normal. Eu pedi mesmo! Eu falei com ele, senão Oh! Tava lá até hoje!
(sic) (D. Esperança).

Essa morosidade dos profissionais pode ser verificada in loco, e depois de realizadas as entrevistas tive acesso às cópias dos prontuários de todos os serviços onde D. Esperança fez seu acompanhamento de saúde, desde o PSF, que ficava ao lado de sua casa, ao Hospital Regional de referência e depois para Cuiabá. O profissional de saúde ao desvalorizar o sangramento vaginal pode tê-lo associado à “menstruação”, processo fisiológico e, portanto, não percebido como anormalidade na nossa sociedade. Pude entender como as práticas de saúde adotadas foram apreendidas por D. Esperança quando diz:

Sei lá, eles são muito devagar (...) Porque não resolve os problema
(sic). São devagar, não liga com nada, quero dizer que fica pela última hora, né. Pela última hora (...) Prá poder bater um Ultra-som né
(sic), a gente tem que ficar falando! Não se preocupa não (D. Esperança).

A experiência vivida por D. Esperança ao procurar repetidas vezes o serviço de saúde para encontrar tratamento para o sangramento constante, que interferia significativamente em seu cotidiano como mulher, reforça o entendimento sobre essa desigualdade existente entre homem e mulher, reforçado ainda pela desigualdade entre o profissional de saúde e a mulher usuária do serviço e pela cultura da “normalidade” do sangramento vaginal.

Para compreender melhor a vivência de D. Esperança é preciso compreender a definição do gênero como um produto social, aprendido, representado, institucionalizado e transmitido ao longo das gerações, envolvendo a noção de distribuição desigual de poder entre os sexos, cabendo às mulheres uma posição subalterna na organização da vida social (SORJ, 1992). Embora seja difundida culturalmente a posição de subalternidade das mulheres, em certos momentos cada mulher reflete sobre si e busca meios de resistir a essa cultura, como ocorreu com D. Esperança ao insistir sobre a alteração em sua saúde.

Mesmo D. Esperança indo à consulta médica várias vezes com a queixa de um sangramento identificado por ela como anormal, o profissional médico falava que era normal, reforçando assim a dominação e o valor da norma do sangramento vaginal, percebidos assim em suas palavras:

O médico falava que era normal né, aí eu ficava naquela né... (sic) (D. Esperança).

As diferenças do gênero traduzem as diferentes relações de poder: “Como na dialética entre o escravo e seu senhor, homem e mulher jogam, cada um com seus poderes, o primeiro para preservar a sua supremacia, a segunda para tornar menos incompleta sua cidadania” (SAFFIOTI, 1992, p. 184).

O poder simbólico sobre o corpo e sobre a vida, se mostra através da prática médica, deixando de escutar as queixas de D. Esperança e de identificar precocemente a evolução de um câncer que dava sinais claros de sua presença pelo sangramento anormal, sendo assim detalhado por Pereira:

No campo da saúde o poder simbólico se estrutura mais especificamente sobre três pilares; primeiro, a generosidade intrínseca de tratar dos que precisam e não podem pagar, segundo, a manutenção de um monopólio quase absoluto dos saberes sobre o corpo e as diferentes formas de nele intervir, processo que acontece simultaneamente e que configura o terceiro pilar, que é a desqualificação do outro enquanto portador de saberes e de direitos sobre o próprio corpo e sobre a saúde (PEREIRA, 2000, p. 97).

O corpo e a linguagem corporal representados pelo que comemos, como nos vestimos e os rituais diários de cuidados com o corpo são agentes de cultura, sendo o corpo considerado por Pierre Bordieu e Michel Foucault, como um lugar prático direto de controle social (BORDO, 1997). Em especial o corpo feminino, tem suas forças e energias habituadas ao controle externo, à medicalização, à sujeição à lógica médica, que negava haver problemas com o corpo de D. Esperança.

Pereira, 2000, p.103, afirma que o profissional médico se destaca na relação de dominação nos serviços de saúde, pois “é ele quem determina e quem estrutura, através de seus saberes e conhecimentos, a diferença entre a sua posição e a da paciente, é ele que estrutura o sistema de comunicação, de acordo com a percepção que tenha da pessoa que estiver ali na sua frente”.

Para Bourdieu (1999) a visão androcêntrica não tem necessidade de se enunciar em discursos para sua legitimação, pois a força da ordem masculina dispensa justificação. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica rati-

ficando a dominação masculina em que se alicerça, claramente explicitado na divisão social do trabalho, atividades atribuídas a cada um dos sexos, na estrutura do espaço e do tempo reservado a cada um.

A prática negligente pode no caso estudado, ser identificada a uma prática masculina, dispensando assim justificção, conforme o simbolismo da dominação masculina. Como essa prática não é denunciada e muitas vezes não é percebida pelas usuárias, se torna socialmente aceita e banalizada.

Bourdieu vê na dominação masculina o que ele denomina violência simbólica, exercida pelas vias simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou do desconhecimento, do reconhecimento ou em última instância do sentimento. “A lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão feminina, que se pode dizer ser, ao mesmo tempo e sem contradição, espontânea e extorquida, só pode ser compreendida se nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres” (BOURDIEU, 1999, p.50), ao que acrescento, e sobre as práticas de saúde que trabalham com o corpo das mulheres.

Para Bourdieu (1999) a força simbólica é uma forma de poder que se exerce sobre os corpos, e a dominação masculina tem por efeito colocar a mulher em dependência simbólica e, conseqüentemente, em dependência em relação aos outros (e não só aos homens) tendendo a se tornar dependência como constitutiva de seu ser.

As Políticas Públicas, programas e ações governamentais desempenham um papel importante diante do quadro das desigualdades, especialmente das desigualdades de gênero. Segundo Farah (2004) as ações podem reforçar as desigualdades, por não estarem atentas às desigualdades de gênero, ou buscar combatê-las reconhecendo a sua existência e entendendo que elas devem e podem ser reduzidas.

O combate à desigualdade de gênero deve ser integrado ao combate às outras desigualdades, identificando-se como e onde elas se manifestam e quais seus impactos para o planejamento de estratégias e definição de prioridades de ação (FARAH, 2004).

Além da desigualdade de gênero, também pode se perceber a desigualdade entre o conhecimento dos profissionais de saúde e a usuária, revelando a desigualdade que o poder e o saber dos profissionais de saúde provocam na relação

com a mulher que freqüenta os serviços de saúde. A postura do profissional que detém o conhecimento e o poder sobre a vida, o impede de perceber o conhecimento e o valor daquela usuária já fragilizada pelos seus problemas de saúde.

As mulheres, mais especificamente as mulheres pobres, estão entre os segmentos mais vulneráveis da população, segundo Farah (2004), e são estas que compõem grande parte das usuárias do Sistema Único de Saúde, a exemplo de D. Esperança, que comparecia frequentemente à Unidade de Saúde, seja para cuidado com os filhos, ou para cuidado à sua própria saúde, se caracterizando como usuária padrão, como diz: “la medir a pressão, febre, vacina... é pertinho” (D. Esperança).

Na realização deste estudo e com minha experiência de atuação no Sistema Único de saúde, posso afirmar também que há falta de comprometimento e interesse por parte de profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica onde deve ocorrer a detecção precoce do câncer do colo do útero, resultando numa má prática que deixa adoecer e até morrer. Essa negligência não é assim percebida pelos gestores, por não existirem mecanismos estabelecidos de monitoramento e avaliação das práticas que permitam o seu conhecimento e conseqüentemente a utilização de medidas administrativas que penalizem e coíbam essas práticas descompromissadas com a mulher e diminuam os índices de morbimortalidade por câncer do colo do útero.

São realizados com freqüência cursos de capacitação as profissionais que atuam nos serviços de saúde, mas pela falta dos mecanismos de monitoramento e avaliação, não é possível avaliar os impactos dessas capacitações na melhoria das condições de saúde dos usuários.

Essa realidade nos leva a refletir como devem ser focalizadas as Políticas Públicas de saúde e sobre a influência da presença ativa das mulheres presentes nos espaços de decisão e comprometidas com a transformação da sociedade.

D. Esperança permaneceu em Cuiabá, desde o diagnóstico do câncer até o término do tratamento, que foi de 06 de dezembro de 2006 a 05 de março de 2007 (noventa dias). Quando tive o primeiro contato com ela, no dia 10 de fevereiro de 2007, o seu tratamento já estava no final do segundo mês, mas acompanhei ainda no momento das entrevistas e visitas, vários efeitos colaterais causados pela agressividade do tratamento.

Em seu tratamento D. Esperança foi submetida a quatro sessões de Braquiterapia no Hospital do Câncer, trinta e quatro sessões de Radioterapia na Santa

Casa e sete sessões de Quimioterapia no COC - Centro de Oncologia de Cuiabá. Foi um tratamento planejado de acordo com o estadió do câncer do colo do útero, que também apresentou infiltração parcial dos paramétrios, ultrapassando os limites do colo uterino. Para seu caso não foi recomendada a histerectomia.

A Radioterapia destrói as células tumorais através de feixes de radiações ionizantes, sendo planejada a dose, tempo de exposição e local, geralmente fracionada em doses diárias iguais. Busca-se erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, pois elas farão a regeneração da área irradiada (BRASIL, 2007 b).

A morte celular pode ocorrer por vários mecanismos, desde a inativação de sistemas vitais para as células até sua incapacidade de reprodução, e as respostas dos tecidos às radiações dependerá da sensibilidade do tumor à radiação, da sua localização e oxigenação, da quantidade e qualidade da radiação e também do tempo total em que ela é administrada (BRASIL, 2007 b).

D. Esperança se submeteu a sessões de Radioterapia diárias, de segunda a sexta feira, excetuando os dias de feriado, o que aconteceu nos feriados de Natal, Ano Novo e Carnaval.

A Braquiterapia utiliza isótopos radioativos ou sais de rádio aplicados de forma intracavitária ou intersticial, sob a forma de tubos, agulhas, fios sementes ou placas que geram as radiações (BRASIL, 2007 b).

A fadiga é efeito esperado da Radioterapia, pois o organismo dispõe grande quantidade de energia na reparação de estruturas irradiadas. Também a irradiação de tumores localizados no abdome e na pelve pode causar diarreia em maior ou menor intensidade, dependendo da reação do organismo. A irradiação de tumores localizados na pelve pode causar irritação na bexiga, causando desconforto ou dor para urinar, e às vezes até sangramento. Também a boca seca é uma reação esperada (BRASIL, 2007 b). Esses efeitos esperados do tratamento foram narrados por D. Esperança:

Minha bexiga arde muito, é 24 horas. Ardendo, ardendo, ardendo, queimando que nem fogo! Aí depois que ele passou o remédio, melhorou muito. Era um problema pra fazer xixi ardia. Agora parou mais, diminuiu bastante mesmo. (...) Sinto só dor na bexiga. Arde né, começa arder, aí tem que ficar deitada e melhora. Uma dor agoniada, só que fraquinha. Muita dor de barriga. (...) Tenho diarreia. Eles falam que é por causa da rádio, né (D. Esperança).

Já a Quimioterapia, interfere no processo de divisão e crescimento celular, diminuindo a intensidade do crescimento ou até mesmo destruindo as células que estão se dividindo desordenadamente. As células normais que se encontram em crescimento e estão se dividindo, também são afetadas pela Quimioterapia, que são geralmente as células que possuem maior intensidade de multiplicação, incluindo as células da medula, o revestimento do trato gastrointestinal e os folículos do cabelo (BRASIL, 2007 b).

Os efeitos colaterais da Quimioterapia são explicados pelo efeito que a medicação produz nas células normais, tais como náusea e vômito, diminuição da resistência contra infecção, anemia, perda de cabelos e outros (BRASIL, 2007b).

Algumas dessas reações foram sentidas por D. Esperança e assim narradas nas entrevistas:

O vômito até que parou. Tudo o que eu como me dá dor de barriga, mulher. (...) Minha boca amanhece inchada assim. A boca seca muito de noite. Toda vez que eu levanto e vou no banheiro, eu lavo, toda vez. Toda vez que eu levanto de noite tem que lavar a boca. Pongar um creme dental na boca, assim por dentro da boca. Se eu num escovar tenho que pongar creme, lavar, lavar, lavar. (...) É vai dando aquele enjôo assim, sabe. Eu não consigo comer (sic) (D. Esperança).

Durante o tratamento D. Esperança não apresentou queda de cabelo, efeito muitas vezes esperado da Quimioterapia, embora tenha apresentado um emagrecimento de 8 Kg. Algumas vezes em que fui visitá-la na Casa de Apoio, encontrei-a deitada na cama, sentindo fraqueza, bastante pálida, e ela sempre preocupada em ficar boa para ir para casa logo:

No dia 18/02/07, domingo, às 20h00min, fui à Casa de Apoio levar frutas e também observar a rotina no horário noturno (D. Esperança estava com dificuldade de se alimentar e as frutas eram de mais fácil aceitação). Havia vários hóspedes no corredor de entrada do lado de fora e também no corredor dos quartos, estava fazendo bastante calor, e D. Esperança estava deitada na cama, sozinha no quarto, com a porta fechada, o ventilador de parede estava ligado. Logo que entrei no quarto, a filha chegou, pegou as frutas e guardou na estante. D. Esperança disse que estava bem, mas a filha disse que ela havia vomitado, por causa dos antibióticos que estava tomando. Ela estava cochilando um pouco, pois disse que não consegue dormir bem à noite, acordando várias vezes, para ir ao banheiro (Diário de Campo).

D. Esperança se submetia ao tratamento diariamente, de segunda a sexta feira, e seus efeitos colaterais foram sentidos de forma bastante intensa, preju-

dicando a sua rotina de alimentação e sono. Na semana seguinte fui novamente à Casa de Apoio, levar frutas e refrigerante que ela havia me solicitado, e preparada para realizar mais uma entrevista gravada, com o objetivo de aprofundar mais na compreensão de toda história vivida por D. Esperança:

Cheguei ao quarto, D. Esperança estava deitada, com a filha sentada ao lado na cama. Cumprimentei, perguntei como ela estava, mas ela falou que estava mal e nem sorriu. Disse que estava com febre e com ardor na bexiga. Estava visivelmente abatida e deprimida e a filha se mostrava também bastante preocupada. Mostrou-me o antibiótico que estava tomando, conforme receita médica, mas disse que as duas vezes que tomou, vomitou, pois o remédio tinha um gosto muito ruim. (...) Conversei um pouco, orientei para que ela procurasse tomar bastante líquido, que procurasse se alimentar para tomar os remédios, talvez dividindo em pequenos pedaços para ela não sentir o gosto. No tempo em que eu fiquei lá, ela levantou para ir ao banheiro, e voltou dizendo que urinou um pouquinho com muito ardor. Perguntei a ela se havia dito ao médico sobre o ardor na bexiga e ela disse que sim e que ela já havia passado um antibiótico para ela. Fiquei bastante preocupada, e era visível a sua tristeza, também por não poder voltar para casa logo. Não foi possível realizar a entrevista, respeitando o seu estado (Diário de Campo).

A presença da filha ao seu lado servindo como companhia, apoio emocional e ao mesmo tempo cuidando para ela tivesse conforto físico e atenção à sua alimentação e higiene foi marcante em todas as minhas visitas à Casa de Apoio. No dia seguinte fui novamente à Casa de Apoio, para acompanhar a evolução dos seus sintomas e saber se havia melhorado:

Ao chegar a Casa, encontrei D. Esperança na janela do quarto, conversando com outros hóspedes que estavam sentados no corredor. A filha estava no quarto, deitada na parte debaixo do beliche. Cumprimentei-as, e ela estava bastante animada, ainda pálida, mas naquele momento sem febre. Disse que ainda teve febre pela manhã e conseguiu tomar os comprimidos de antibiótico sem vomitar, pois a filha dividiu em pequenos pedaços. (...) Conversamos bastante, e percebi a sua grande ansiedade em voltar para casa. Ela disse que o ardor na bexiga da diminuiu, mas continuava não conseguindo se alimentar bem (Diário de Campo).

Além do apoio da filha, o convívio com outros hóspedes com quem vivenciava as mesmas experiências de estar em tratamento numa cidade longe da sua, também possibilitou a D. Esperança amenizar um pouco o seu sofrimento, embo-

ra esse sofrimento físico tenha sido constante e presente em sua narrativa, em todos os nossos encontros:

Tava com 39 graus de febre. Não tava nem conseguindo falar, conversar. Tava com sono, sono, sono, só dormindo... Assim, só dormindo... E por fora não era febre. Tava por dentro a febre. Normal e sentindo frio. Com frio, frio, frio. Todo mundo com calor e eu com frio (D. Esperança).

Após três meses do término do tratamento, na entrevista realizada em seu retorno para avaliação médica, ao falar sobre o tratamento ao qual havia se submetido, ao responder sobre qual havia sido pior, disse:

A rádio foi mais sofrida. Porque dói né, Mexe dentro. Era mais de uma hora. Sentia cólica. Era forte, forte, forte. Eu pedia a Deus pra me dar força e coragem, pra eu agüentar e vencer. E tava ali, vai correr, vai pra onde? Ia ser pior pra mim. (...) Foi difícil, tem que ter muita fé. Fé, força e coragem. Se não tiver coragem, não agüenta não (pensativa)... eu chegava a chorar (D. Esperança).

Percebi nas entrevistas e visitas realizadas na Casa de Apoio, como sentimento muito presente e causador de muito sofrimento, a distância de casa, e da família, embora tivesse sempre junto da filha que a acompanhou durante todo o tempo. Era frequente a sua manifestação sobre o quanto estava sendo difícil para ela ficar em Cuiabá distante da família:

Ficar longe de casa... Muita saudade (...) Desesperada (D. Esperança).

Tinha notícias de casa por telefone quase todos os dias, quando falava com o marido que telefonava no celular de sua filha, e isso a deixava mais tranqüila. Ao contar sobre os telefonemas que havia feito para o marido e filhos, sempre se mostrava bastante animada, numa procura por querer estar cada vez mais perto do dia em que voltaria para casa e possivelmente curada:

Ele liga todo dia, todo dia. Nossa... diz ele que não vê a hora de nós (sic) voltar embora, nossa...(rindo e mostrando contentamento). Todo dia ele liga, liga duas vez (sic), três. Liga bastante veiz (sic). Ontem

ele ligou né, e falou ó vou ligar só domingo. Quando foi à noite, ligou de novo (D. Esperança).

Nas diversas visitas na Casa de Apoio e entrevistas realizadas o sentimento de saudade de casa e preocupação com os filhos era bastante evidente, além da ansiedade por terminar o tratamento e voltar logo para casa:

Mostrou-se bastante ansiosa para terminar o tratamento e ir embora logo para casa, apesar de se mostrar resignada para ficar o tempo que for preciso, para ir embora boa. Também bastante preocupada com os filhos que ficaram em casa aos cuidados da avó e de uma tia, juntamente com o pai. (...) Toda hora falava da vontade de voltar para casa, disse que se estivesse lá, já estaria boa, comendo a sua comida. Tem hora que tem vontade de ir à pé. Nesse momento parece ser a sua maior angústia, a saudade dos filhos. Nunca ficou tanto tempo longe (Diário de Campo).

Segundo D. Esperança, não tinha condições financeiras para que o marido e os filhos pudessem vir a Cuiabá para visitá-la e, assim, diminuir sua saudade e angústia durante os três meses que ficou em tratamento, e tampouco o SUS está preparado para atender à essa necessidade, pois não há dentro do sistema qualquer incentivo para que esta aproximação da família aconteça nos casos prolongados de tratamento. Os deslocamentos e hospedagem ficam por conta da família, cabendo ao SUS custear os deslocamentos e hospedagens dos doentes e seus acompanhantes.

Percebi também uma relação muito próxima e forte com a filha de dezessete anos que a acompanhou durante todo o tratamento e todas as vezes que fui à Casa de Apoio, a filha estava sempre cuidando e a ajudando. Nos momentos em que D. Esperança estava debilitada pelos efeitos causados em seu corpo pelo tratamento quimioterápico e radioterápico, a filha estava sempre ao seu lado, fato que presenciei em uma das visitas à Casa de Apoio:

No dia 21/02/07, às 19h00min, fui à Casa de Apoio, encontrei D. Esperança deitada na sua cama, e a filha estava deitada ao seu lado, mostrando muita atenção e carinho para com ela. Ela disse que estava bem, ainda com a queimação na bexiga. Havia feito às 16h00min a última sessão de Radioterapia. Amanhã a filha vai à Santa Casa buscar o Relatório de Alta a ser feito pelo médico que conduziu a Radioterapia e no dia seguinte, ela tem consulta pela manhã com o médico responsável pelo seu tratamento no Centro de Oncologia de Cuiabá (Diário de Campo).

Em algumas perguntas que eu fazia, notava também a sua dependência em relação à filha quando ao responder, dirigia-se a ela para confirmar o que dizia. A filha guardava em sua bolsa todas as receitas médicas, resultados de exames e encaminhamentos, e era ela quem tomava as iniciativas no deslocamento em Cuiabá e agendamento dos exames e consultas.

A solidariedade feminina é fortemente presente nas atitudes da filha de D. Esperança, que desenvolveu uma maturidade precoce se encontrando ainda no final da adolescência e se transformando em cuidadora e companheira da mãe.

Esse vínculo com a filha foi como muito positivo, por lhe servir de apoio tanto emocional como também nas questões práticas pela sua desenvoltura ao lidar com todas as dificuldades de um serviço de tratamento ao câncer fragmentado obrigando-a a um itinerário confuso com idas e vindas a vários serviços de acordo com a necessidade de realizar cada procedimento.

Também considero como um fator positivo, frente a todos os problemas vivenciados por D. Esperança durante o seu tratamento, a possibilidade de ter ficado com sua filha, hospedada em Casa de Apoio onde ficou três meses custeada pela Secretaria Municipal de Saúde de seu município e também o acesso a um funcionário da Prefeitura de seu município que a transportava para todos os serviços.

Quando iniciou o tratamento D. Esperança ficou hospedada em outra Casa de Apoio, custeada pela Prefeitura de Marcelândia, no valor de R\$ 10,00 a diária, e depois de quase dois meses foi transferida para a Casa de Apoio em que se encontrava quando realizei a primeira entrevista, segundo ela, por ser menor o valor da diária que é de R\$ 6,00. Em visita à primeira Casa de Apoio e conversa com a proprietária, esta me informou que os hóspedes são transferidos quando abre vaga na outra casa que tem custo menor, já que lá toda alimentação é doada. D. Esperança relatou que gostava mais da primeira casa:

Referiu que na Casa de Apoio que ficou anteriormente, era muito melhor, tinha menos gente, e a dona da casa dava liberdade para que ela fizesse comida e utilizasse a cozinha quando tivesse vontade (Diário de Campo).

Por ser uma casa menor e com menos hóspedes, havia maior proximidade e possibilidade de maior liberdade, mesmo estando fora de casa, a Casa de Apoio possibilitava uma aproximação aos seus costumes, permitindo assim que ela se sentisse em família. Quando visitei esta Casa de Apoio, havia poucos hóspedes e estes estavam assistindo a um filme em vídeo na varanda, juntamente com a proprie-

tária. Já a segunda Casa de Apoio, abriga um número bem maior de hóspedes e é gerenciada por uma sociedade religiosa, mantendo uma disciplina maior no tratamento com os hóspedes.

Nas Casas de Apoio há uma rede de solidariedade desenvolvida pelos próprios hóspedes, todos vindos de municípios do interior para tratamento de saúde em Cuiabá, pois as pessoas que passam por sofrimento juntas, estabelecem laços de confiança e solidariedade, como mostra D. Esperança ao contar:

Cada um fez uma vaquinha né, cada um ajudou um pouquinho, juntou um dinheirinho. Comprou carne. Ah! Você não pode comer carne de boi não, você vai comer frango, comprou um frango, cortou os pedacinhos, temperou, assou pra mim. Ficou bom né (D. Esperança).

Esse episódio relatado por D. Esperança, foi vivido no dia de Natal, onde a responsável pela Casa de Apoio juntamente com outros hóspedes, preparou a refeição, mostrando a solidariedade entre todos e a preocupação com o seu estado de saúde ao preparar para ela uma comida especial. A mesma solidariedade, D. Esperança revela ao relatar quando estava com febre:

Aí eu peguei né, a menina cobriu eu com uma coberta (sic). Aí tinha uma vizinha amiga minha de quarto né, aí ela me deu umas gotas de Paracetamol. Ela me deu 35 gotas, tava com frio e febre. Aí ela me deu aquelas gotas de remédio e aí passou a febre. Com cinco minuto (sic) fiquei boa, boa (D. Esperança).

O fato de estarem todos os hóspedes na mesma condição em tratamento na capital do Estado, usuários do SUS, longe de suas casas e de suas famílias, provavelmente com as mesmas condições socioeconômicas e culturais, os aproxima, mesmo procedentes de diferentes regiões, compartilham os mesmos valores e crenças, e:

Tem amizade com todo mundo. Todo mundo que chega já pega amizade né. Vai sendo amiga né. Aí chega uma pessoa estranha, parece que a gente já conhece né. Um, dois dia já faz amizade (sic). Tem dia que tem três, quatro aqui no quarto, conversa com um com outro, aí fala dos problema (sic) (D. Esperança).

Em vários momentos das visitas que realizei na Casa de Apoio presenciei D. Esperança conversando com as companheiras no quarto ou no corredor, e também durante uma das entrevistas em que uma das hóspedes permaneceu no quarto:

Perguntei se podíamos conversar, liguei o MP3, mas a hóspede ficou no quarto o tempo todo e a filha saiu algumas vezes e voltou. Como ela estava deitada, e na casa não há um lugar reservado para a conversa, fiz a entrevista mesmo assim, embora de vez em quando esta hóspede entrasse no meio da conversa, mas sem problema, pois percebi que D. Esperança ficava bem à vontade com ela e às vezes a conversa era até mais animada e ela se soltava mais com a presença das companheiras (Diário de Campo).

Há no município de Cuiabá, várias Casas de Apoio ao interior, algumas conveniadas com a Secretaria Estadual de Saúde, outras custeadas pelos municípios e também mantidas por entidades filantrópicas e religiosas.

O apoio social recebido na Casa de Apoio, além do suporte emocional recebido pela filha e pelos novos amigos também na mesma condição de estarem longe de suas famílias em tratamento de saúde formou uma rede de relações em torno de D. Esperança que amenizou seu sofrimento e a fizeram suportar com aparente resignação o processo de tratamento do câncer.

Além da presença da filha e da convivência com outros doentes na Casa de Apoio, a crença de D. Esperança em Deus e a expectativa de cura, foram fatores que a ajudaram a superar as dificuldades do tratamento. Quando se refere ao câncer, diz:

Tinha né. Agora não tenho mais. Com fé em Deus não tenho mais! É eu tenho fé que tem cura né... Sarada eu já to (sic)!... Eu queria um tratamento pra não voltar mais nunca, graças a Deus até agora parou (...) Foi difícil! Tem que ter muita fé, força e coragem. Se não tiver coragem, não aguenta não... (D. Esperança).

Para Geertz, 1989, os símbolos religiosos oferecem garantia para a compreensão do mundo e também ajudam a definir as emoções permitindo suportar esse mundo de forma triste ou alegre, insensível ou delicada.

O sofrimento causado pela doença, neste caso o câncer, seu tratamento e as conseqüências dele decorrentes, a separação da família, são dimensões

que fogem à possibilidade de controle de D. Esperança e, neste sentido, a religião é a dimensão que procura pela força externa, canalizar as energias para reagir às desordens físicas, por meio da fé (MARUYAMA, 2004).

A crença em Deus e os padrões culturais de D. Esperança em relação à doença, a fizeram se comportar de forma resignada diante de toda parafernália de tratamentos a que se submeteu com todos os seus efeitos indesejáveis, que ela relata e que foram presenciados nos momentos em que realizei as entrevistas e visitas à Casa de Apoio.

Nesse sentido “tornar-se humano é tornar-se individual, e nós nos tornamos individuais sob a direção dos padrões culturais, sistemas de significados criados historicamente em termos dos quais damos forma, ordem, objetivo e direção às nossas vidas” (GEERTZ, 1989, p.64).

Geertz, 1989, afirma que a existência da perplexidade, da dor e do paradoxo moral é uma das coisas que impulsionam os homens para a crença em deuses ou outras divindades, e em relação ao sofrimento, diz: “O problema do sofrimento recai facilmente no problema do mal, pois se o sofrimento é normalmente muito cruel, embora nem sempre, ele é também considerado moralmente imerecido, pelo menos para o sofredor” (GEERTZ, 1989:121).

O aspecto cultural exerce importante influência em muitos aspectos da vida das pessoas, com implicações importantes nas questões de saúde e na atenção à saúde, além dos fatores individuais, educacionais e socioeconômicos.

O trajeto percorrido por D. Esperança foi em todos os momentos acompanhado de sofrimento físico e emocional, agravados pelos efeitos do tratamento. Ela precisou ser submetida a esse tratamento agressivo, à ordem medicalizante, não por negligenciar o próprio corpo, ou por negligenciar o cuidado com a sua saúde, mas por ter tido suas queixas e sinais físicos negligenciados por quem deveria examiná-la e escutá-la.

Fica evidente, ao longo de 4 anos, o preço pago por D. Esperança pela falta de escuta, ou seja, os tratamentos dolorosos, a distância da família, o medo da doença e da morte, o prognóstico do câncer, que lhe foram impingidos por uma prática que não sofre qualquer consequência pela sua ineficácia. E para o sistema público de saúde, qual é o preço da prática negligente, descuidada? E para os profissionais de saúde, qual o preço sobre a legitimidade que reivindicam ter para promo-

ver, cuidar, resolver problemas de saúde? Quando não o fazem por utilizar de forma negligente seus saberes e conhecimentos, como isso repercute na sua legitimidade, se sabemos ser essa construída muito mais através da *práxis* (conhecer, aplicar e mostrar resultados concretos) do que do discurso?

A prática focalizada essencialmente sobre a parte doente, com base na ciência médica ainda arraigada na ação de muitos profissionais de saúde do sistema público sem valorizar outras dimensões da pessoa, não tem sido suficiente para reduzir os índices de morbimortalidade por câncer do colo do útero. Isto é ainda reforçado pela falta de mecanismos de monitoramento da qualidade destas ações, bem como de cobrança por partes dos gestores destes serviços, além do desconhecimento por parte dos usuários sobre o direito a receber uma atenção a sua saúde conforme disposto na Constituição Federal.

O custo econômico para o SUS de tratamentos de alta complexidade como a Quimioterapia e Radioterapia é muito maior do que a atenção resolutive na atenção básica ou nos serviços de referência de média complexidade.

Há uma lacuna no SUS, em que as práticas omissas ou negligentes não são percebidas ou denunciadas, não são avaliados os prejuízos sociais e econômicos causados pela ineficiência destas práticas, aumentando a vulnerabilidade dos usuários dos serviços e os custos desnecessários para o sistema.

Na definição de Ferreira (1986, p.1792) vulnerável se refere ao “lado fraco de um assunto ou de uma questão, ou do ponto pelo qual alguém pode ser atacado ou ferido”. Baseado nesta definição, D. Esperança, durante o seu processo de adoecimento, teve a sua vulnerabilidade pela condição de ser mulher, pobre e com baixo nível de escolaridade, acentuada pela doença, pelo seu tratamento e pela distância da família e da sua casa.

Ayres (2003) define vulnerabilidade como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, decorrente de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que levam à maior suscetibilidade do indivíduo, com maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger. Segundo esse autor, as análises de vulnerabilidade devem levar em conta três eixos articulados: o componente individual, o componente social e o componente programático.

O **componente individual** refere-se ao conhecimento e informações que o indivíduo tem sobre determinado problema, incorporando essas informações

como preocupação e a transformação efetiva dessa preocupação em práticas protegidas e protetoras. O **componente social** refere-se a esse conhecimento e informações de caráter coletivo levando a mudanças práticas de proteção, nos aspectos relacionados ao acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, enfrentamento de barreiras culturais, entre outros. Já o **componente programático**, diz respeito aos esforços do poder público voltados para a prevenção, levando a uma maior chance de canalizar os recursos sociais, fortalecendo os indivíduos diante dos problemas de saúde. No caso específico, Ayres (2003) trata do conceito de vulnerabilidade em relação à epidemia da AIDS e às práticas de saúde.

Aqui me parece apropriado traçar um paralelo entre o câncer do colo do útero derivado, na grande maioria dos casos, da contaminação da mulher pelo HPV e a AIDS, já que as duas patologias são de transmissão sexual e a mulher, que por questões relativas ao exercício da sexualidade e ao gênero, acaba por ficar mais exposta, ou seja, mais vulnerável que os homens.

Além da vulnerabilidade decorrente da condição de ser mulher e estar mais exposta à doença ocasionada por transmissão sexual, no caso de D. Esperança esta situação ganha outros contornos pelo estágio da doença, pelo tratamento agressivo ao qual se submeteu, por morar distante do serviço de saúde referência no tratamento do câncer e ficar tanto tempo longe da família, pelo medo da morte, além do sofrimento físico agravado por uma anemia acentuada e emagrecimento.

Ayres, 2003, lembra características da vulnerabilidade em que em algumas situações podemos estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus, e as dimensões e o grau da vulnerabilidade mudam constantemente ao longo do tempo, além do caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade que é sempre responsabilidade bilateral.

À medida que o profissional de saúde é sujeito e se preocupa com o sujeito que adocece, deve pensar em soluções em seu micro espaço de atuação que sejam palpáveis e realizáveis, levando em conta a vulnerabilidade desse sujeito. Segundo Ayres, 2003, p.136, “o técnico da saúde, e nisso ele será insubstituível, deve ser agora um mediador do encontro que deve se dar entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos, etc.) para construir sua saúde”.

Muitas vezes se coloca a culpa nas mulheres pela não realização periódica do exame de prevenção do câncer para detecção precoce do câncer do colo do útero e ter seu tratamento efetivo, mas para que haja essa conscientização e conhecimento por parte da mulher é necessário haver um encontro de sujeitos, o profissional de saúde e a mulher. O profissional de saúde, além do seu saber e conhecimentos técnicos, deve aprender a lidar com o sujeito em situação de vulnerabilidade, deve percebê-lo e aprender a enxergar e construir possibilidades de estar frente a frente, buscando entender sua realidade e a partir daí transformar sua prática no serviço de saúde e para além do serviço de saúde.

7. O DIREITO À SAÚDE E A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DAS PRÁTICAS

Após a análise do funcionamento dos serviços de saúde e da vivência do adoecimento por câncer do colo do útero, em que busquei conhecer a realidade objetiva e subjetiva de D. Esperança, nessa terceira categoria empírica farei uma análise do direito à saúde e como esse direito à saúde é permeável e é garantido a uma mulher com câncer do colo do útero, enfocando principalmente o princípio da integralidade da atenção à saúde como um princípio a ser alcançado e que se configura em um princípio norteador para o alcance do direito universal à saúde.

Nesse sentido, a integralidade se apresenta como uma utopia, mas é exatamente a discussão da integralidade, a tentativa de sua definição, a observação da integralidade nas práticas de saúde, o estudo de seus vários sentidos, a sua utilização como estratégia, a sua busca nas pequenas atividades do cotidiano dos serviços de saúde e a sua inserção nas políticas públicas que a tornarão alcançável e possível.

A Constituição Brasileira, em seu artigo 196, assegura que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” indicando que a compreensão de saúde vai além do entendimento comum de ausência de doença, e que o Estado tem o dever de garantir esses direitos (CARVALHO, 2002).

A lei define o padrão de atuação para toda a sociedade e o Estado. Para Dallari, não há Estado-nacional na atualidade que não seja instituído por leis, e nem há os que não utilizem algum tipo de ordenamento legal, e que não busquem, pela normatização, estabelecer uma comunicação com os elementos que o constituem (DALLARI, 2001).

O Estado como um agente criador de leis, ao agir por via legal, através de conjuntos de normas procura um ordenamento das relações, criando uma realidade social unificada para todo o coletivo a ele submetido (SILVA, 2005).

Constitucionalmente o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o

atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde (CARVALHO, 2002).

A Lei Orgânica da Saúde que cria o SUS, estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e deve se desenvolver de acordo as diretrizes constitucionais, obedecendo ainda a alguns princípios. Dentre estes princípios fundamentais do SUS, conforme descritos na Lei 8080, a integralidade representa hoje um dos maiores desafios nas práticas de saúde.

O direito à saúde, que ao SUS compete assegurar, está fortemente relacionado à garantia da integralidade por meio de ações que assegurem à população tanto a assistência curativa como preventiva. Para Pinheiro (2005 a), os desafios para a implementação das conquistas sociais, têm sido transformá-las em práticas concretas no cotidiano das pessoas nas instituições de saúde e nos serviços prestados à população. Nesse sentido, a integralidade da atenção à saúde configura-se como eixo norteador dessas práticas para que o direito à saúde seja alcançado.

O termo integralidade expressa características desejáveis dos sistemas de saúde e de suas práticas, em contraste com as características vigentes ou predominantes do sistema atual (MATTOS, 2004). Essa afirmação de que a prática da integralidade está muito distante das práticas realizadas nos serviços de saúde, se comprova com os relatos de D. Esperança e também com os registros nos prontuários.

A integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde, plano individual – onde se constroem a integralidade no ato de atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2005a).

Mattos (2001) em sua reflexão sobre os sentidos da integralidade, destaca três usos que considera mais relevantes, em que todos devem ser tratados como sujeitos e facilita a compreensão dos sentidos da integralidade analisando o seu uso no cotidiano do Sistema de Saúde.

O primeiro sentido diz respeito à prática da medicina integral definindo integralidade como um divisor que separa as boas práticas de saúde das más prá-

ticas de saúde. As boas práticas caracterizam-se pela recusa em reduzir a pessoa ao aparelho ou sistema biológico que supostamente o levou a procurar o atendimento de saúde. Ressalta a atitude do médico que no momento do atendimento ao paciente, aproveita o encontro para investigar fatores de riscos de outras doenças que não as que o levaram a procurar o serviço de saúde, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos da integralidade. A mesma preocupação prudente com o uso das técnicas de prevenção e com a identificação mais abrangente das necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde deve ser defendida pelo conjunto de profissionais dos serviços de saúde (MATTOS, 2001).

O sentido da integralidade acima descrito não foi observado na prática, constatação esta feita através das anotações dos prontuários da Unidade Saúde da Família onde D. Esperança era atendida, que denotam uma consulta médica voltada apenas para a queixa que motivou a procura ao serviço de saúde e, ainda assim, sem anotações de anamnese, exame físico, conduta adotada, orientações realizadas ou qualquer outra informação que mostrasse o interesse do profissional em investigar fatores de risco de outras doenças ou realizar a investigação e prevenção de outras doenças. Ao contrário do que este sentido expressa, as necessidades em saúde além de não terem sido atendidas, foram negligenciadas.

Os prontuários dos serviços de referência secundários, apesar de um pouco mais completos em relação às anotações específicas da consulta que motivou a procura ao serviço, com um maior grau de informações sobre anamnese, exame físico, condutas adotadas, também evidenciam o reducionismo de D. Esperança apenas em um útero que está com um câncer:

08/10/2003 - Anotação do resultado da Biopsia de colo uterino: Epitélio escamoso com alterações regenerativas focais e processo inflamatório agudo. Anotação da conduta: Novo CCO (Leitura do Prontuário do Hospital Regional de Sorriso).

O segundo sentido da integralidade caracteriza a integralidade como modo de organizar as práticas, consistindo em organizar os serviços voltados para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública, criticando essa dissociação ainda hoje existente. Segundo Mattos (2001), as práticas devem ser pensadas desde o horizonte da população e suas necessidades, e não mais do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do Ministério da Saúde.

Considerando que este sentido nos faz pensar na organização do serviço pautada pela integralidade, onde se busca conhecer o perfil e as necessidades dos usuários para reorganizar a assistência, não encontrei nas falas de D. Esperança e nos documentos referentes ao seu atendimento qualquer indício de que os serviços estivessem organizados dessa forma.

O terceiro sentido da integralidade relaciona integralidade e políticas especiais, que são atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. Esse sentido também diz respeito ao elenco de ações contempladas numa política especial, mas enfatiza um aspecto: em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. Nesse sentido, a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo na formulação das políticas públicas, responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais (MATTOS, 2001).

Para Mattos (2003), as políticas de enfrentamento de certas doenças pautadas pela integralidade têm como fator marcante o fato de contemplarem tanto as dimensões assistenciais como preventivas. Assim, elas se propõem tanto a garantir o direito dos portadores da doença às ações assistenciais de que necessitam, como o direito dos não-portadores a se beneficiarem com as ações preventivas, levando em consideração as possibilidades de modificar o quadro da doença no país.

Ao analisar o contexto atual da saúde pública, Mattos (2003) enfatiza o desafio de que as políticas busquem superar as tensões entre a saúde pública tradicional e a abordagem centrada nos direitos. As políticas pautadas pela integralidade tornam os sujeitos (doentes ou não) como tais, não negligenciando seus desejos, seus direitos e suas necessidades, diferente do que diz D. Esperança:

Senti hemorragia, muito forte, forte, forte. Aí deu anemia, eu fiquei entre a vida e a morte... Foi muito, muito mesmo, muito sangue... Eu passava uns dias, voltava e era a mesma coisa... Por causa de por o aparelho, né. Aí não conseguia (D. Esperança).

D. Esperança teve negligenciado seu direito à saúde, por não ter sido prontamente resolvido o seu problema de saúde e por ter ocorrido falhas na prevenção e detecção precoce do seu câncer do colo do útero, perfeitamente evitável no serviço de saúde de seu município.

Além do princípio da integralidade, a Lei Orgânica da Saúde estabelece outros princípios, dentre eles, a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, que também é um grande desafio para o SUS: a garantia do acesso universal com qualidade e resolutividade.

Para Faria et al., 2007, o acesso é entendido como a possibilidade de entrada nos serviços de saúde, sendo o conceito de acessibilidade entendido como a atenção que os usuários recebem após a entrada nos serviços de saúde, tendo a resolutividade e a integralidade como indicadores da qualidade dessa atenção.

Nesse sentido, a acessibilidade tem o sentido amplo, de não ser apenas o uso do serviço de saúde, mas também abrange a atuação dos profissionais de saúde e do atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

No caso estudado, D. Esperança tinha acesso fácil ao serviço de saúde de atenção básica, próximo de sua residência, mas quando analisamos a acessibilidade em seu sentido amplo, considerando a atuação dos profissionais de saúde e o atendimento às suas necessidades de saúde, percebe-se que esse direito não foi respeitado quando diz: olha, não é muito bom não (referindo-se ao PSF) porque não resolve os problema.

Para Cohn, 2005, p. 398, “qualquer direito universal como direito de cidadania requer que o Estado tenha capacidade de ofertar serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos, independentemente da situação destes no mercado”.

A universalidade, por outro lado se transforma numa rede de captação e meio de expansão a serviços para os quais o SUS não garante respaldo (COHN, 2005). Percebo isso no contexto das práticas vividas por D. Esperança e também na prática diária atuando neste sistema, que mostra lacunas no atendimento, falta de resolutividade nos vários níveis de atenção, pois não oferece atendimento de qualidade às demandas e necessidades de saúde da população.

Essa premissa de universalidade do acesso à saúde vem sendo comprometida pelo desfinanciamento do SUS, conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e do orçamento da seguridade social não institucionalizado (BAHIA, 2005).

Bahia, 2005, considera que na prática, a instituição legal das diretrizes do SUS, não têm sido suficientes para que o direito à saúde seja garantido à po-

pulação, pois ainda o sistema de saúde é considerado por muitos como um sistema para pobres. Assim, a partir de uma visão otimista, o SUS encontra-se em uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para um sistema de fato único, e por outro lado, numa visão pessimista, o SUS tem sido visto como demonstração da ineficiência do sistema público e da imprescindibilidade do setor privado.

Para Bahia, 2005, p.410, “ambas as interpretações supõem a impossibilidade de uma universalização, em curto prazo, e, de certo modo, admitem uma complementariedade harmoniosa entre sistemas diferenciados pelo *status* socioeconômico das demandas”, e ainda enfatiza que na análise do SUS e da expansão dos planos de saúde privados foram elaborados os referenciais de cidadania regulada, universalização excludente, cidadania invertida, americanização do sistema de proteção social e acumulação de direitos, especificamente em função dos desafios de refletir sobre o sistema de saúde brasileiro, formalmente universal e, na prática, segmentado e estratificado.

A igualdade da assistência, também estabelecida como princípio constitucional do SUS, deve ser oferecida sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

No entendimento de Travassos (1997), “a saúde apresenta forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos”, o que foi evidenciado no atendimento realizado a D. Esperança, que demonstrou um forte componente de descaso às suas queixas e suas necessidades em saúde.

Travassos (1997), ainda enfatiza que os socialmente menos privilegiados tendem a adoecer mais precocemente, exemplificando as doenças crônicas degenerativas que tendem a se desenvolver nos grupos socialmente menos privilegiados até trinta anos antes de seu surgimento nas pessoas dos grupos no topo da pirâmide social.

O direito à informação e a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, são princípios que garantem ao usuário o direito a conhecer o local, horário de atendimento, nome dos profissionais de saúde, quais procedimentos serão realizados, informações sobre a sua doença, tratamento e prognóstico e ter respondidas todas as suas dúvidas em relação à sua doença, e também saber a quem recorrer em caso de necessidade e como utilizar-se dos serviços de saúde postos à sua disposição.

Em todo o percurso realizado por D. Esperança no SUS, pudemos perceber que esse direito à informação foi apenas parcialmente atendido, principalmente no que diz respeito às informações sobre sua doença, tratamento e prognóstico. De acordo com sua fala durante as entrevistas, as informações que recebia dos médicos eram sempre muito vagas, não oferecendo a ela conhecimento mais aprofundado sobre sua doença e os procedimentos aos quais se submeteu para tratamento, denotando que o perfil socioeconômico pode interferir na garantia desse direito. Neste aspecto é preciso levar em conta que o profissional de saúde foi moldado com base na ciência médica e D. Esperança tem em sua bagagem experiências vividas em seus contextos socioculturais, caracterizando a relação entre profissional e usuária sempre como uma relação assimétrica.

A precariedade das anotações no seu prontuário do PSF e a demora em ter sido feito o diagnóstico do câncer, são observadas nas consultas realizadas, como no dia 24/04/2006, onde lemos em seu prontuário: “41 anos, metrorragia” sem, no entanto, identificar a possível relação entre este sinal e o câncer do colo do útero e informá-la. Ao deixá-la desinformada sobre essa relação outra consequência se produziu, pois se ela soubesse poderia ter se mobilizado e procurado outros serviços de saúde.

Embora não tivesse a resolutividade necessária à sua necessidade de saúde, o serviço de saúde responsável pela atenção básica, configurado dentro do SUS como porta de entrada da atenção, era utilizado de forma constante por D. Esperança. Assim, mesmo conhecida daquele serviço, pois era “cliente” habitual, sua necessidade foi negligenciada, levando-a a se tornar mais um número nas estatísticas epidemiológicas do câncer do colo do útero em Mato Grosso.

O conhecimento e a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, estabelecido como princípio do SUS, faz parte dos conteúdos trabalhados nos cursos de graduação em saúde, além de serem disponíveis aos profissionais da área interessados em, de fato, resolver necessidades de saúde.

Se a epidemiologia fornece elementos para conhecer a problemática do câncer do colo do útero, são os princípios éticos que orientam a prática cotidiana que proporciona os instrumentos para criar/ engendrar/ inventar/ solucionar/ dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população que precisa dos conhecimentos que o profissional de saúde domina e tem o dever de compartilhar. Só assim pode-

se interferir positivamente nos atuais índices epidemiológicos e realmente poder fazer valer os saberes para a melhoria dos níveis de saúde deste que deveria ser a prioridade – o usuário do SUS, pois estamos falando dos profissionais de saúde que atuam no SUS.

Os dados epidemiológicos de morbimortalidade por câncer do colo do útero, já descritos anteriormente, mostram a necessidade de que as medidas de prevenção e detecção precoce sejam realizadas em todas as unidades básicas de saúde de forma efetiva, não tendo sido essa prática observada no caso estudado, como nos aponta o Itinerário Terapêutico percorrido por D. Esperança.

A participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde a cargo do SUS é um dos pilares da organização do sistema, definido na Constituição (artigo 198, III) (CARVALHO, 2002).

O Controle Social, organizado através dos Conselhos Municipais e Estadual de saúde, está estruturado em todos os municípios do Estado, mas ainda com uma forma de atuação bastante insipiente, denotando ainda desconhecimento, por parte da população, de seu real papel na participação e acompanhamento do SUS.

A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, segundo Carvalho (2002) configura-se na espinha dorsal do SUS.

No caso específico da atenção ao câncer do colo do útero, a regionalização da rede de serviços ainda não acontece nos serviços de alta complexidade, por requerer maiores recursos e atenderem uma demanda maior, estando estes concentrados na capital Cuiabá, com implantação recente em Rondonópolis e Sinop, regionais do interior do Estado, mostrando um avanço na descentralização dos serviços. Os serviços de média complexidade estão estruturados na maior parte das regiões, tendo D. Esperança sido atendida na referência regional em Sorriso no tratamento e acompanhamento da Neoplasia Intraepitelial III detectada pelo exame CCO realizado no PSF.

O Estado de Mato Grosso tem se estruturado nos últimos anos priorizando a organização dos serviços em todas as regiões com a estruturação de Hospitais Regionais, Consórcios Intermunicipais de Saúde, Escritórios Regionais de Saúde,

Centrais Regionais de Regulação, além do apoio e incentivo para real estruturação dos municípios que têm a responsabilidade da execução e gestão dos serviços de acordo com a capacidade de sua rede de serviços.

A capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, também estabelecida como princípio constitucional do SUS, foi neste estudo analisada como a resolutividade da atenção ao câncer do colo do útero. Para Carvalho (2002) a prática das ações e dos serviços de saúde, unida à exigência de qualidade e efetividade pelo indivíduo e população, adotou, com muito acerto, o termo resolutividade, significando a qualidade de resolutivo, que resolve.

Neste estudo ficou bastante evidenciada a falta de resolutividade relacionada às práticas dos profissionais e à organização do serviço de atenção básica ao qual D. Esperança está vinculada, considerado como porta de entrada do sistema de saúde. Foram praticamente três anos para diagnosticar o câncer do colo do útero, com evidências clínicas, e ainda por insistência desta que não suportava mais conviver com os constantes sangramentos vaginais.

Para melhor compreensão e análise do direito à saúde de uma mulher com câncer do colo do útero, é necessário também analisar especificamente o direito à saúde da mulher.

Até 1988, o Código Civil tornava marcante a superioridade do homem em relação à mulher pela orientação de todos os seus artigos relativos à família, sendo que a Constituição Brasileira de 1988 vem reconhecer a igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada, levando à repercussão importante no Direito Civil, embora a família ainda seja o espaço da hierarquia, da discriminação e da subordinação e da violência, ocasionando graves prejuízos para toda a sociedade (BARSTED, 1999).

Na última década do século XX, houve importantes mudanças jurídicas, ocorridas por pressão do movimento de mulheres, nacional e internacionalmente, incorporando na Lei a perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos, fundamentados pela cidadania e os direitos humanos. Como marco destas mudanças, Barsted (1999) ressalta a importância da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, que introduziu no seu Plano de Ação, um novo paradigma para o debate sobre população, enfocando o respeito aos direitos reprodutivos como direitos humanos e insta os Estados-membros das Nações Unidas a assumirem com-

promissos para a eliminação da pobreza e o respeito aos direitos humanos fundamentais, especificamente nos aspectos relativos à condição da mulher.

Barsted (1999), também enfatiza a IV Conferência Mundial da Mulher, realizada pelas Nações Unidas, em Beijing, China, em 1995, que aprovou uma Declaração e uma Plataforma de Ação voltadas para fazer avançar os objetivos da igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, ratificando as conquistas das conferências anteriores e avançando ainda mais na definição de direitos e estratégias necessárias para a concretização da cidadania da mulher.

A mulher que a Plataforma de Ação propõe ao mundo, endossada pela comunidade internacional, “é uma cidadã completa, responsável por si mesma, pela sua família, pela comunidade e sociedade em que vive”, cidadã de um mundo civilizado, ao partilhar em igualdade de condições essas responsabilidades com os homens (ONU, 1996, p 13).

“As mulheres contribuem para a economia e para a luta contra a pobreza através de seu trabalho remunerado e não remunerado no lar, na comunidade e no local de trabalho”, conclui esta Conferência, definindo que “a concessão à mulher dos meios necessários para a realização de seu potencial é um fator decisivo para erradicar a pobreza” (ONU, 1996, p 53).

A Conferência de Beijing reafirmou o entendimento de que o fortalecimento das mulheres é condição indispensável ao progresso para todas as nações, principalmente “através de investimentos na melhoria de suas condições de saúde e educação, da eliminação da violência que sobre elas se abate e assegurando seu acesso ao poder decisório”, indo além da questão de justiça e democracia (ONU, 1996, p.12).

Esse fortalecimento refere-se à participação política e econômica, e da tomada de decisões de forma a garantir os direitos e interesses das mulheres. Da mesma forma utiliza-se a palavra empoderamento (ou *empowerment*) que consiste em um neologismo, para designar a orientação política de tornar a mulher sujeito de seus atos e tornar-se mais competente para enfrentar a discriminação e mais consciente do próprio valor (PINSKY, 2003).

Assim, o empoderamento deve ser objetivado no enfrentamento das desigualdades sociais através das políticas públicas e planejamento das ações de

atenção à saúde, levando a mulher a adquirir maior controle sobre as decisões que afetam sua vida.

O poder diferencia, distingue e traduz a idéia de dominante e dominado. Quando o serviço e profissionais de saúde mantêm a mulher usuária na ignorância, está reforçando o seu poder, este entendido como a capacidade de impor a própria vontade ao comportamento alheio. Mas nos interessa mais a idéia do poder legítimo tal como proposto por Hannah Arendt, que o define como a “faculdade de alcançar um acordo quanto à ação comum, no contexto da comunicação livre de violência” (HABERMAS, 1976, 9.101). D. Esperança teve que retornar muitas vezes ao serviço para ter seu problema atendido, assim vemos que o serviço ainda impõe sua lógica à mulher, que diz: “Sei lá, eles são muito devagar... é que eu ia consultar e o doutor falava que era normal” (D. Esperança).

Ora, se “o poder resulta da capacidade humana, não somente de agir ou de fazer algo, como de unir-se a outros e atuar em concordância com eles”, há que se buscar essas interações entre profissionais de saúde e usuários na formação de uma vontade consensual, buscando o entendimento recíproco (HABERMAS, 1976, p.101).

Segundo Hannah Arendt, o poder serve para preservar a práxis que o origina, sendo que o próprio mundo da vida é pleno dessa práxis, pela “teia das relações humanas”, configurando-se nas histórias em que os sujeitos se envolvem na atividade e no sofrimento (HABERMAS, 1976, p.104) e a partir daí tornam-se sujeitos de direitos.

Os programas de combate à violência contra a mulher, os programas de habitação e desenvolvimento urbano e mais especificamente, as iniciativas da área de saúde que adotam a perspectiva da integralidade, correspondem à ampliação do espaço da cidadania e à extensão de direitos a um segmento da população até então “invisível” (FARAH, 2004).

No relatório da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijin, no capítulo referente à mulher e à saúde, são destacados cinco objetivos estratégicos: 1) “Promover o acesso da mulher durante toda sua vida a serviços de atendimento à saúde, à informação e serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade” (ONU, 1996, p.82); 2) “Fortalecer os programas de prevenção que promovam a saúde da mulher” (ONU, 1996, p.86); 3) “Tomar iniciativas que levem em conta o gênero e façam face às enfermidades sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, e ou-

tras questões de saúde sexual e reprodutiva” (ONU, 1996, p.89); 4)”Promover pesquisa e a divulgação de informação sobre a saúde da mulher” (ONU, 1996, p.92); 5)”Aumentar os recursos e supervisionar o desenvolvimento da saúde das mulheres” (ONU, 1996, p.110).

Especificamente no quarto objetivo, dentre as medidas estabelecidas, uma se refere ao câncer do colo do útero, que propõe “informar as mulheres sobre os fatores que aumentam os riscos de desenvolver cânceres e infecções do sistema reprodutivo, para que possam tomar decisões a respeito, com conhecimento de causa” (ONU, 1996, p.93).

O Consenso de Quito, resultante da Décima Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e o Caribe, organizada pela Organização das Nações Unidas, realizada no período de 6 a 9 de agosto de 2007 no Equador, acorda em 32 itens, dentre os quais o de “adotar medidas de co-responsabilidade para a vida familiar e laboral que se apliquem por igual às mulheres e aos homens tendo presente que ao compartilhar as responsabilidades familiares se criam condições propícias para a participação política da mulher” (ONU, 2007).

Também se destaca neste Consenso, o acordo de

...implementar medidas e políticas que reconheçam os vínculos entre as vulnerabilidades sociais e econômicas em relação com a possibilidade das mulheres de participar na política e no trabalho remunerado, especialmente no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, água e saneamento, prevenção, tratamento e cuidado em HIV/AIDS, prioritariamente para as mulheres mais pobres e suas famílias (ONU, 2007).

Bastante presente também nos itens acordados, as medidas para garantir a participação da mulher nos mais altos níveis hierárquicos do Estado, em cargos públicos e de representação política, bem como o reconhecimento ao trabalho não remunerado, sugerindo grandes avanços na condição da mulher na sociedade.

Lembrando que “o poder se origina sempre que os homens se reúnem e agem em comum”, estando sua “base no contrato concluído entre sujeitos livre e iguais, graças ao qual as partes se obrigam mutuamente”, a força vinculante das promessas mútuas configura-se como força de união entre os indivíduos (HABERMAS, 1976, p.118).

O espaço público é a fonte de legitimação do poder, e as conquistas e avanços alcançados pela luta das mulheres, definidas pelas Conferências, Leis e Políticas Públicas, somente alcançarão, de fato, as mulheres quando estiverem sendo postos em prática, em mudança de comportamento dos gestores, profissionais de saúde, estruturação dos serviços de saúde e acessibilidade a esses serviços.

O Ministério da Saúde através da Portaria N° 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, na qual fica estipulado que Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos devem ser implantados em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, e estabelecendo a sua organização de forma articulada (BRASIL, 2006 d).

A Política Nacional de Atenção Oncológica estabelece as diretrizes, de forma que permita a efetivação do desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional de promoção à saúde, a organização de uma linha de cuidados em todos os níveis de atenção, a constituição de Redes Estaduais e Regionais de Atenção Oncológica, avaliação dos serviços, ampliação da cobertura de atendimento aos doentes de câncer, incorporação tecnológica, aprimoramento da gestão, disseminação das informações, promoção da educação permanente, fomento à formação e especialização de recursos humanos e incentivo à pesquisa (BRASIL, 2006d).

Além destas diretrizes, essa política também estabelece ações de vigilância epidemiológica e ações específicas para cada nível de atenção da rede de serviços públicos ou privados de saúde. A garantia da integralidade é citada várias vezes na Portaria Ministerial, como um dos princípios fundamentais a nortear esta política.

Através da Lei N° 8.461, de 10 de março de 2006, o Estado de Mato Grosso estabelece as diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle do câncer, que define em seu artigo 2º, inciso I: "todo cidadão mato-grossense tem direito ao acesso pleno aos recursos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer". As diretrizes descritas nesta Lei estabelecem o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, atendimento integral considerando as modalidades terapêuticas existentes, a organização dos serviços regionalizada e hierarquizada, a participação da sociedade, a avaliação contínua das ações e serviços, a capacitação dos recursos humanos, a promoção de pesquisas e cooperação com os municípios visando garantir a qualidade da assistência (MATO GROSSO, 2006).

A competência da Secretaria de Estado de Saúde está descrita de forma detalhada, bem como as competências de cada serviço de acordo com o nível de atenção, pois cita em vários artigos a consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, e enfatiza as normas para o funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), uma estratégia para organizar a forma de retratar os sistemas de saúde é dividir essas estruturas intrincadas em três níveis: o nível micro que está relacionado ao paciente, o nível meso, relacionado às organizações de saúde e comunidade e o nível macro relacionado à política. Esses três níveis são unidos por um circuito interativo de retroalimentação, em que os eventos de um nível influenciam as ações e eventos de outro, e assim sucessivamente. Os pacientes respondem ao sistema do qual recebem cuidados; as organizações de saúde e as comunidades respondem às políticas que, por sua vez, influenciam os pacientes. Da mesma forma as organizações e comunidades respondem aos pacientes, e também as políticas respondem ao nível meso e micro, em sentido inverso.

A Organização Mundial da Saúde (2003) afirma que, em se tratando das condições crônicas, na qual o câncer está incluído, é comum haver disfunção no sistema. “Quando esses três níveis funcionam e atuam em consonância, o sistema de saúde é eficiente e eficaz e os pacientes apresentam melhoras em seu quadro clínico”.

No caso estudado, percebe-se nitidamente essa disfunção no sistema de saúde, principalmente na relação entre o nível micro e o nível meso acima descritos, onde há descaso e descompromisso por parte dos profissionais do serviço de saúde de atenção básica, descompasso entre a necessidade em saúde da usuária e o serviço de saúde, que deveria ter identificado e encaminhado para tratamento precocemente o câncer do colo do útero, também falha de comunicação entre a equipe, negligência, falta de preparo ou descaso, quando a enfermagem tentava colher o exame citopatológico sem sucesso por causa do sangramento, não registrando esse fato no prontuário.

Os poucos registros do prontuário de D. Esperança no PSF ao qual estava inserida, mostra que ela procurava o serviço com queixa de sangramento: “16/10/2006 Id: 42, PA: 110/70, Metrorragia” (Leitura do prontuário do PSF).

Também quando D. Esperança relata que não colheu o preventivo durante três anos, porque toda vez que ia colher o exame tinha sangramento vaginal,

sem registro no prontuário pela enfermagem da dificuldade de realização do exame, mostra claramente essa falha de comunicação quando diz:

Por causa de por o aparelho né. Aí não conseguia. Podia ta boazinha, boazinha. Aí ia por o aparelho né, já descia, aí não podia né (D. Esperança).

Considerando esta classificação utilizada pela Organização Mundial da Saúde, as Políticas Públicas de Atenção ao Câncer estão traçadas em nível nacional e estadual, e formalmente, contemplam amplamente os princípios estabelecidos pela Constituição Federal em relação ao direito à saúde, o que podemos considerar altamente positivo, pois é nesse nível que os princípios e as estratégias para a atenção à saúde são desenvolvidos, e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas, embora não haja mecanismos de avaliação e monitoramento do alcance e qualidade dos serviços.

Os dados desta pesquisa e as suas análises mostram que a Política de Atenção ao Câncer já estabelecida e formalmente constituída, ainda não consegue se concretizar na prática dos serviços, pois ainda há uma distancia entre as diretrizes propostas e o que encontramos no cotidiano das Unidades de Saúde.

Mattos (2001) ainda enfatiza um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. Sugere que, a partir desse direito, o princípio da integralidade oriente como poderemos oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se nos apresentam.

As instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, considerando que no mesmo espaço estão reunidos diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais. Este espaço favorece a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, e também a avaliação dos efeitos da política de saúde que o Estado desenvolve. As instituições de saúde são, portanto, um locus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade (PINHEIRO, 2005 b).

Para que a prática da integralidade se efetive, é necessário que o Poder Público, através das políticas públicas, especifique as diretrizes para enfrentamento dos agravos à saúde, possibilitando essa garantia ao cidadão. Mas só isso não

é suficiente, sendo necessário que ao lado do conhecimento técnico, seja utilizado o conhecimento do outro, que possibilite a construção da integralidade no encontro, entendendo as necessidades e interpretando o sofrimento do outro.

No caso estudado, não foi evidenciado esse encontro que permitisse a prática da integralidade, pois as necessidades de saúde e a percepção do sofrimento de D. Esperança com o sangramento persistente não foram levadas em conta, deixando que o câncer evoluísse para só assim ter tido seu diagnóstico e tratamento realizados. Além de sua situação de vulnerabilidade ser maior em decorrência de sua situação socioeconômica, esta foi agravada devido à prática negligente, e essa prática reforça as assimetrias sociais e reiteram as tristes estatísticas brasileiras sobre saúde e qualidade de vida.

Assim, ao negligenciarmos as necessidades em saúde dos usuários, estamos corroborando/ concordando/ reiterando os atuais perfis de saúde que, paradoxalmente, deveriam melhorar com essas mesmas práticas.

Um dos fatores que parecem dificultar a garantia dos direitos e a execução da Lei é a noção de cidadania ainda bastante incipiente e precária, levando a um aumento da morbimortalidade de pessoas que não necessitariam passar por sofrimentos e constrangimentos se houvesse apenas e tão somente o cumprimento das Leis (VILLA; PEREIRA, 2007 a).

Há então, de um lado o estado Brasileiro, juntamente com a sociedade civil organizada como o formulador primeiro das políticas de saúde existentes e que, se concretizaram pela criação do Sistema Único de saúde, pensado por intelectuais e profissionais de saúde de várias tendências teóricas e diferentes origens sociais, em prol da grande maioria da população brasileira que dele depende para ter suas necessidades em saúde atendidas. E nessa conjunção entre o que está “dado” legalmente e o cumprimento da Lei na sua íntegra, de forma a beneficiar de fato o cidadão brasileiro, há serviços que não só se estruturam como atendem muito precariamente as necessidades em saúde da população (VILLA; PEREIRA, 2007 a).

Nesse sentido, este estudo aponta para a aguda fragilidade na relação entre os direitos estabelecidos e o exercício efetivo da cidadania, pois a mera declaração do direito não é garantia da sua concretização, o que o faz existir, de fato, é a demanda efetiva dos diferentes sujeitos sociais (VILLA; PEREIRA, 2007 a).

Não se pode falar em integralidade sem pensar no direito à saúde e na cidadania tendo a vida como valor maior, nos levando a pensar também na necessidade de ações intersetoriais, pois só o SUS não consegue atender toda essa de-

manda. O Ministério Público, Conselhos, Organizações Sociais e tantos outros setores da sociedade devem ser chamados a contribuir de alguma forma com a garantia desse direito.

O controle social e a reivindicação ativa da população em seu exercício efetivo da cidadania podem por em pauta as responsabilidades do Estado e dos profissionais de saúde em atender, de fato e de forma oportuna, a saúde e garantir a vida da mulher, com a ampliação do conhecimento da população feminina acerca dos direitos à assistência à própria saúde, como garantidos em Lei.

Nos dados coletados e nas análises verifica-se que a integralidade pode fazer-se mais concreta, no entanto é preciso romper costumes e formas de atuação tradicionalmente presentes nas instituições e serviços de saúde e nas práticas dos profissionais de saúde no sistema público de saúde de modo a co-responsabilizar a todos no cuidado à saúde.

Deve haver a somatória de responsabilidades pela garantia do direito à saúde, quer seja de cada indivíduo, do Estado e também dos profissionais de saúde, lembrando que há necessidade de reflexão sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores de saúde como agentes morais (VERDI; CAPONI, 2005), que podem interagir com os usuários, e também muitas vezes como usuários, na reivindicação ativa de seus direitos à saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a definição do objeto de estudo e da elaboração do projeto inicial, e também durante a coleta de dados minha maior preocupação como trabalhadora do SUS e agora como pesquisadora, foi que este estudo pudesse trazer respostas concretas possíveis de ser aplicadas efetivamente no cotidiano dos serviços de saúde e que indicasse novos caminhos para a prática de saúde que se encontra já tão desgastada diante de tantos problemas e obstáculos que enfrentamos no nosso trabalho.

Minha atuação como profissional da enfermagem teve início no serviço público municipal, onde participei de todos os processos de transformação da saúde pública até a criação do SUS e continuo vivenciando todos os seus avanços e retrocessos, e agora recentemente atuando em nível estadual na Superintendência de Vigilância em Saúde, e também participando do processo de adesão ao Pacto pela Saúde, sempre com a sensação de que ainda está tudo por fazer, mas ao mesmo tempo, reconhecendo que em todo esse tempo houve grandes conquistas para a saúde pública e a população.

Ao fazer a análise dos dados coletados através da História de Vida Focal de uma mulher com câncer do colo do útero e dos documentos referentes ao seu tratamento e acompanhamento nos serviços de saúde, me perguntava: Como fazer diferente? Como efetivar na prática todas as teorias sobre integralidade, direito à saúde, acessibilidade, acolhimento? Como fazer chegar aos profissionais de saúde o interesse pelo outro, o interesse em escutar, a atenção e o se colocar no lugar do outro? Que instrumentos podem ser utilizados?

Essa inquietação me acompanhou durante todo o processo de elaboração dessa dissertação, não como uma pretensão de mostrar o caminho e encontrar a resposta para todos os problemas, mas no sentido de me sentir responsável como parte integrante desse sistema de saúde em contribuir de alguma forma para que ele seja melhor, para que não tenhamos que nos deparar com situações semelhantes à vivida por D. Esperança², e que infelizmente não é única.

² O nome dado à mulher, objeto deste estudo, em atendimento aos preceitos éticos de não informar seu nome verdadeiro, foi por mim escolhido, por acreditar e ter esperança de que é possível mudar a prática dos serviços de saúde e é possível encontrar novas formas de atuar em saúde, pautadas na garantia do direito à saúde.

Neste estudo me propus a compreender como uma mulher com câncer do colo do útero vivenciou o processo de adoecimento e tratamento e também como os serviços de saúde responderam à sua necessidade de atenção à saúde, traçando o seu Itinerário Terapêutico e também busquei compreender o funcionamento destes serviços e as práticas de atenção à saúde e se os princípios da integralidade e resolutividade foram respeitados.

Mesmo com todas as limitações inerentes à complexidade e à grande variedade de possibilidades deste estudo, pude atingir os objetivos propostos, e encontrar algumas respostas possíveis para os questionamentos iniciais desta dissertação.

Ao buscar compreender a vivência de D. Esperança percebi como marcante, o poder simbólico sobre o corpo e sobre a vida, mostrado através da prática médica e de enfermagem, que não valorizou as suas queixas e necessidades de resolutividade, deixando de detectar precocemente a evolução de um câncer que dava sinais claros de sua presença pelo sangramento anormal.

Este poder simbólico ratifica a dominação masculina, reforçando a desigualdade de gênero, colocando a mulher em dependência simbólica, e consequentemente em relação aos outros (e não só aos homens) tendendo a tornar essa dependência como própria do seu ser (BOURDIEU, 1999). Percebi essa aceitação e dependência por parte de D. Esperança pelas várias vezes que foi ao serviço de saúde e voltou sem resolução para o seu problema de saúde, até que ele se agravou com as hemorragias constantes e ela teve que “exigir” essa resolutividade.

D. Esperança em todo seu processo de adoecimento e tratamento foi acompanhada por momentos de sofrimento físico e emocional, não por negligenciar o próprio corpo ou o cuidado com a sua saúde, mas por ter tido as suas necessidades desprezadas por quem deveria escutá-la. Fica evidente a falta de mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade da prática profissional, além do desconhecimento por parte dos usuários sobre o direito a receber uma atenção à sua saúde conforme definido em todas as políticas públicas de saúde já estabelecidas.

Essa prática negligente se torna socialmente aceita e banalizada, e muitas vezes não é percebida ou denunciada pelos usuários ou gestores dos serviços de saúde. Não são avaliados os prejuízos emocionais, sociais e econômicos destas práticas, aumentando ainda mais a vulnerabilidade dos usuários e os custos desnecessários do sistema.

“As políticas públicas somente ganham qualidade se bem controladas, cabendo à população exercer a cidadania crítica organizada, sendo a sociedade o garante da cidadania, não o Estado” (DEMO, 2001, p 25 a), e este estudo indica a necessidade de que os usuários dos serviços de saúde conheçam os seus direitos e exerçam a cidadania implicando na garantia do direito a ter direitos, e não só na satisfação das necessidades dos cidadãos inscritas como direitos. A efetiva conquista da cidadania só estará configurada como tal, quando houver autonomia dos sujeitos sociais, com o direito de responsabilmente promoverem suas escolhas, ultrapassando o âmbito exclusivo do acesso a determinados serviços e benefícios (COHN, 2003). Para que esse processo aconteça deve ser denunciada a distância entre norma e fato social, ou seja, a igualdade assumida em lei e as condições reais de desigualdade e injustiça social e os direitos reivindicados (BODSTEIN, 2003).

Nesse sentido, para possibilitar a garantia do direito à saúde nos serviços de saúde, um dos caminhos que já estão postos para serem trilhados pelos usuários é a sua maior participação social, já estabelecida com um dos princípios do SUS.

A luta pela conquista social do direito à saúde precisa estar pautada em um duplo movimento: de um lado, deve-se buscar a melhoria das condições de vida da população através das políticas públicas, de outro, intensificar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, fundamentado na participação da população e na integralidade das ações (PINHEIRO, 2005b).

Essa luta depende também da ação concreta dos indivíduos, considerando que exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais. Na medida em que constituem processos históricos de conquista de direitos e deveres, a cidadania e a democracia se concretizam na sociabilidade cotidiana e na verdadeira eficácia das instituições e equipamentos públicos (PINSKY, 2003, p.513).

Existem instâncias de participação social como os Conselhos de Saúde, que embora permeados de interesses conflitantes e contraditórios (ACIOLI, 2005), além de muitos terem perdido sua legitimidade, se constituem em espaços que devem ser utilizados pelos usuários para participação e discussão das questões de saúde. Outras formas de participação social devem ser utilizadas como conselhos gestores de serviços de saúde, grupos voltados para questões específicas como: renais crônicos, mulher vítima de violência, etc., organizações não governamentais, associações de moradores e tantas outras possibilidades que fortalecidas pelo interesse

em comum, podem se abrir para que os usuários se aproximem dos serviços e das questões de saúde na busca pela atenção aos seus direitos.

Outras forças podem se somar para que práticas negligentes possam ser penalizadas e para que estas sejam coibidas, como o Ministério Público, importante aliado na defesa da cidadania, pois “a presença do MP junto às instâncias de participação da sociedade civil as qualifica sobremaneira, tanto em termos simbólicos, quanto em termos práticos” (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p.57).

A ação intersetorial é fundamental na redução da vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde, onde, além do Ministério Público, a articulação com setores como educação, bem estar social, cultura, trabalho, emprego, dentre outros, levará à superação de obstáculos os quais somente o setor saúde não consegue ultrapassar, tendo para isso o profissional de saúde como o principal mediador (AYRES et al., 2003).

Ressalto a co-responsabilização do profissional de saúde em perceber o sujeito e suas necessidades além do corpo ou segmento do corpo doente, e o seu agir diário ser pautado pela ética, numa relação simétrica entre ambos, sendo portadores dos mesmos direitos e se assumindo como sujeito de mudança.

A formação em saúde deve reproduzir a visão da atenção centrada no sujeito, preparando o profissional para atuação no SUS, com postura humanizada e ética, pois grande parte dos profissionais de saúde ao se formar vão atuar nesse sistema, e muitos deles já iniciam sua prática sem valorizar o outro, sem valorizar o seu conhecimento e a sua cultura, esquecendo-se da formação humanista.

Outro aspecto evidenciado na compreensão do funcionamento dos serviços de saúde por onde D. Esperança transitou, foi o desenho do seu Itinerário Terapêutico, que se mostrou como importante ferramenta para avaliação destes serviços, possibilitando avaliar sua resolutividade que não atendeu às suas necessidades no tempo que seria adequado. Também possibilita compreender como os conhecimentos de alguns dos profissionais de saúde estão, ou não, a serviço das pessoas que utilizam o SUS e se responsabilizam, ou não, para apoiar a usuária na busca por tratamento e cura para sua doença.

O Itinerário Terapêutico pode abrir caminho para futuras análises dos serviços de saúde sobre acolhimento e acessibilidade, e a sua utilização na prática diária para avaliação da qualidade e resolutividade, pode instigar profissionais de saú-

de e gestores a mudanças, apontando a possibilidade de novos modos de atuação ou de repensar ou readequar as práticas já utilizadas, tendo sempre o usuário como centro dessa prática.

O Itinerário Terapêutico, aliado ou não a outras ferramentas de monitoramento e avaliação pode ser utilizado por gestores municipais em suas unidades básicas de saúde ou PSF para avaliar a qualidade dos serviços e o quanto ele é permeável às necessidades em saúde dos usuários.

Ao buscar compreender o cumprimento do princípio da integralidade nos serviços de saúde nos quais D. Esperança foi atendida, e ao me aprofundar nas teorias sobre integralidade, fui ao longo da análise pontuando situações onde esta não estava presente, e o meu olhar buscando identificá-la permeou todo esse estudo.

Ao final chego a uma conclusão que parece óbvia, ela está muito distante da prática de saúde dos serviços de saúde. A integralidade em todos os seus sentidos, definições e vozes, está diretamente ligada à garantia do direito à saúde e à vida.

Buscando uma proposta concreta de atuação nos serviços de saúde que seja ideal, que responda às minhas inquietações e que aponte um caminho e um modelo mínimo a ser seguido, percebo que não há fórmulas prontas, mas sim direções a serem tomadas.

Lembro que “o desafio vital para os que querem construir um SUS implicado, na sua alma, com a defesa radical da vida individual e coletiva” (MERHY, 2003, p. 20) vai muito além das formas de organizar os serviços e de se exercer as práticas. A investigação que aqui finalizo aponta para duas possíveis contribuições da pesquisa, a primeira é a possibilidade de se utilizar este tipo de estudo ancorado na idéia de eventos sentinela como uma estratégia para que os gestores possam avaliar serviços e práticas, bem como propor mudanças nestas.

Outra contribuição da pesquisa é o desenho do Itinerário Terapêutico com elementos muito concretos que revelam como as práticas profissionais são desenvolvidas, onde foram realizadas, quem as desenvolveu e quando o fez.

A metodologia qualitativa mostrou-se como um recurso que possibilita aprofundar e qualificar todo o processo vivenciado pelas pessoas que transitam no sistema de saúde, permitindo que os usuários expressem suas vozes, suas angústias e aflições.

O acompanhamento de um único caso nos evidenciou com clareza o não respeito ao princípio do direito constitucional à saúde e que este só será efetivamente viabilizado no momento em que todos nós, profissionais e usuários do SUS, nos envolvermos de corpo e alma tanto na criação como no acionamento de todos os instrumentos legais disponíveis para que as boas práticas de saúde sempre prevaleçam sobre aquelas negligentes ou omissas.

É preciso começar a “provocar ruídos” na lógica que permite a centralidade de uma prática, sobre as demais, tanto para a entrada como para a saída do sistema e também estabelecer diagnósticos. Essa lógica que se questiona parece estar trazendo muito mais prejuízos do que benefícios aos usuários e ao sistema público de saúde, tal foi o desacordo entre o que está estabelecido como o mínimo ideal e a prática concreta observada no caso estudado.

Para reordenar a lógica dos modelos de atenção à saúde e dar a devida atenção aos princípios da integralidade e resolutividade e colocar o usuário como o centro da atenção em saúde, precisamos cada vez mais ampliar o processo coletivo de negociação pelos direitos humanos em todas as instâncias sociais. Ao existirem usuários cada vez mais exigentes no respeito aos seus direitos como cidadão, mais o sistema jurídico precisa renovar-se, tornando-se mais eficiente e rápido na defesa da vida humana.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p 293- 303.

ALVAREZ, S. L. Aspectos sócio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Suplem. 1): 33-40, 1998.

ARAÚJO, L. F. S. et al. O Itinerário Terapêutico como tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59, 2007, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: ABEN, 2007. CD-ROM.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p 117-139.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: Tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In LIMA, N. T. et al. (Org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.407-449.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARSTED, L.L.; HERMANN, J. **As mulheres e os direitos civis** : Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.

BELLATO, R.; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, vol.14(1), p.17-24, jan - mar 2005.

BODSTEIN, R. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.8(1), p.1413-8123, 2003.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas**: Sobre a teoria da ação. Tradução Mariza Corrêa. Campinas, SP: Papirus, 1996.

_____. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRASIL. Lei N.º 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 correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo do útero** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde**: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Editora MS, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://saúde.gov.br/bvs/publicações/roteiros.pdf>. Acesso em: 28 jun 2006.

_____. Casa Civil da Presidência da República. **Plano de Desenvolvimento Regional sustentável para a Área de influência da rodovia BR-163 Cuiabá-Santarém**. Grupo de Trabalho Interministerial. Mar.2005 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2005 (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006 – Incidência de Câncer no Brasil**: Síntese de Resultados e Comentários. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inca>>. Acesso em: 15 mai. 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Câncer do Colo do Útero**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/inca>>. Acesso em: 15 mai. 2006 (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006 (c).

_____. Portaria N. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 8 dez. 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 15 mai. 2006(d).

_____. Conselho Nacional de Secretários de saúde. **Atenção Primária e Promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em: 01 mar. 2008.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CARVALHO, G.I., SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90). 3.ed.Campinas: UNICAMP,2002.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS,

R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

COHN, A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.8(l), p. 1413-8123, 2003.

_____. O SUS e o direito à saúde; universalização e focalização nas políticas de saúde. In TRINDADE, N. et al. (Org.) **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 5(4), p.1519-3829, 2005.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Disponível em: <<http://www.cuiaba.mt.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2007.

DALLARI, D.A. **Elementos de teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva; 2001.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Cidadania Pequena: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2001(a).

_____. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos**. Campinas, SP: Papyrus, 2001(b).

DESLANDES, S. F., GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: Notas teóricas. In BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

DIMEN, M. Poder, sexualidade e intimidade. In: JAGGAR, A. M., BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

FARAH, M. **Políticas Públicas e gênero: uma análise da ação de governos locais no Brasil**. Brasília: Agende, 2004

FARIA, A. P. S. et al. Acesso e acessibilidade: uma análise sob a perspectiva da integralidade na atenção em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59, 2007, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: ABEN, 2007. CD-ROM.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GEERTZ, G. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e Científicos. 1989.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, vol 18 supl. Rio de Janeiro, 2002.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S. ; DESLANDES, S. F. (Org.) **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HABERMAS, J. **O conceito de poder de Hannah Arendt**. Mercur, n.371, dez. 1976, p. 946-60.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IARC. International Agency for Research on Câncer. **Colposcopia e Tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical**. Disponível em: <<http://www.screening.iarc.fr>>. Acesso em: 14 nov. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento e Gestão. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 nov.2007.

KOIFMAN, L. Editorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 30, n.3, p. 2, set/dez 2006.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MACHADO, F. R. S., PINHEIRO, R., GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p 47- 63.

MARCELÂNDIA. Prefeitura Municipal de Marcelândia. Disponível em: <<http://www.marcelandia.mt.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

MARUYAMA, S. A. T. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica, na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico**. 2004. 286 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como lócus do câncer. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, 11(2): 171-5, mai/ago 2006.

MATO GROSSO. Lei N.º. 8.461 de 10 de março de 2006. Estabelece diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle do Câncer, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, Cuiabá, 10 mar.2006.

_____. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br>>. Acesso em: 18 nov.2007 (a).

_____. Resolução CIB N. 008 de 15 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a constituição da Rede de Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso. **Comissão Inter-gestora Bipartite do Estado de Mato Grosso**, Cuiabá, 15 fev.2007 (b).

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO,R.,MATTOS,R.A.(Org.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

_____. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 45-59.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol20(5), p.1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E.E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R., FERLA, A. A., MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ: CEPESQ, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. _____. 9. ed. Revisada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003 (Relatório Mundial).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência Mundial sobre a mulher - Beijing, China, 1995**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Consenso de Quito. **Décima Conferência Regional sobre La Mujer da América Latina y el Caribe**. Cepal, 2007.

PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Projeto GERUS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicações/textosapoio.Pdf>>. Acesso em: 12 setembro 2006.

PEREIRA, W, R. **Poder, violência e dominação simbólicas em um serviço público de saúde que atende mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. 181 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

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

PINHEIRO, R., LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005 (b), p.7-34.

PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ: ABRASCO, 2005 (c).

PINHO, A. A., FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.1, Recife, jan./mar, 2003.

PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (Org.). **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 17 nov. 2007.

PRADO, D. **Esposa: a mais antiga profissão**. 2. ed. Revisada. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social In: COSTA, A. O., BRUSCHINI, C. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

SCHRAIBER, L. B. e MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Org.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

SORRISO. Prefeitura Municipal de Sorriso. Disponível em: <<http://www.sorriso.mt.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2007.

SILVA, P. F., WAISSMANN, W. Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol10(1), p.237-244, 2005.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Tradução Marcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Coleção Tendências; v.n.6).

SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A O., BRUSCHINI, C. (Org.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: Uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n. 2, 1997.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**, vol 14(1), p. 82-88, jan-mar 2005.

VILLA, M. C. E.; PEREIRA, W. R. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso – Uma abordagem crítica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 14, 2007, Florianópolis. **Resumos...** Santa Catarina: ABEN, 2007 (a).

VILLA, M. C. E.; PEREIRA, W. R. Itinerário Terapêutico como estratégia de avaliação de serviços de saúde – Um estudo de caso de uma mulher com câncer do colo do útero no SUS/MT. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59, 2007, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: ABEN, 2007(b). CD-ROM.

WHO .World Health Organization. International Agency for Reserch on Cancer. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer>>. Acesso em: 11 jun. 2006.

ANEXOS

Anexo 1 – Diário de Campo

DIÁRIO DE CAMPO³

Destina-se aos registros de pontos importantes relacionados aos dados que o pesquisador ouviu, viu ou experienciou na fase de coleta dos dados. São realizados depois de cada observação ou entrevistas. São descrições das pessoas (aparência, estilos de fala do entrevistado, trechos de fala), objetos, lugares, acontecimentos, atividades e conversas, inclui ainda, registro de idéias, estratégias, reflexões e “insights” do pesquisador. É um relato escrito do que o pesquisador ouve, vê e pensa no processo de coleta de dados e reflexão dos dados.

NOME DA PESQUISADORA:

NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC:

EVENTO-SENTINELA:

DATAS DAS ENTREVISTAS:

1 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

2 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

3 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

4 - ___/___/___

TEMPO DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADO⁴:

DATA NASCIMENTO: ___/___/___

CIDADE:

ES-

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO DO ENTREVISTADO:

RUA:

NÚMERO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP;

TELEFONE PARA CONTATO:

DADOS FAMILIARES: (Relacionar todas as pessoas que moram na mesma casa)

³ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Belato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé.

⁴ Se houver mais de um entrevistado repetir os mesmos dados no verso da página.

GRAU DE PARENTESCO	NOME	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE ONDE O ENTREVISTADO SE ENCONTRA:

REGISTRO NA INSTITUIÇÃO:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO (segundo o diagnóstico clínico):

DATA DA HOSPITALIZAÇÃO: ___/___/___

DATA DA ALTA HOSPITALAR: ___/___/___

TEM RETORNO AMBULATORIAL MARCADO: ___/___/___

Anexo 3 – Roteiro para transcrição de entrevista

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA⁶

DESTACAR NO INÍCIO DA TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA: Pessoas presentes, descrição do ambiente onde foi realizada, os comportamentos não verbais (tom de voz, postura, expressões, olhares, fala, expressões corporais do entrevistado e demais presentes, as impressões do pesquisador (desconforto do participante, respostas emocionais das pessoas, acontecimentos importantes durante a entrevista, objetos que tenham chamado a atenção do pesquisador no ambiente em que aconteceu a entrevista, forma como foram abordadas pelo entrevistador e entrevistado as questões norteadoras da pesquisa, situações constrangedoras que tenham acontecido, problemas com os equipamentos de entrevista (tempo perdido com troca de fita, falha no gravador, dificuldade no manuseio dos equipamentos, etc))).

É importante que logo após a transcrição sejam ressaltados pelo pesquisador na coluna “PRIMEIRA ANÁLISE” os conteúdos de destaque da entrevista como: palavras-chave, tópicos, foco, frases empregados pelo entrevistado e que parecem dar um “tom” à entrevista, ou seja, parecem ser os temas em torno dos quais a entrevista se desenvolveu.

Lembrar também de **destacar em cores diferentes as falas do entrevistador e do entrevistado** para facilitar a análise.

NOME DA PESQUISADORA:

NOME DO BOLSISTA PIBIC/VIC:

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____
ENTREVISTA:

NÚMERO DA

PRIMEIRA ANÁLISE

INÍCIO DA ENTREVISTA:
TA:

TÉRMINO DA ENTREVIS-

NOME DO ENTREVISTADO:

LOCAL DA ENTREVISTA:

⁶ Instrumento de registro de dados adaptado para a pesquisa pela Profa. Dra. Roseney Belato e Prof^a Dr^a Sonia Ayako Tão Maruyama com base em modelo construído pela Profa. Dra. Solange Pires Salomé

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO SUS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA BR 163 NO ESTADO DE MATO GROSSO”

Pesquisadores e instituições envolvidas:

Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli (ISC/UFMT), Dra. Maria da Anunciação Silva (FAEN/UFMT), Ms Elisete Duarte (ISC/UFMT), Esp. Júlio Strubing Muller Neto (ISC/UFMT), Ms. Lydia Maria Bocaiúva Tavares (NDS), Mestranda Fátima Ticianel (SES/MT), Esp. Maria José Silva Pereira (SES/MT), Graduanda Mirian Crsthina Roewer Monteiro (SES/MT)

Dr^a. Roseney Bellato, Dr^a. Wilza Rocha Pereira, Dr^a. Sônia Ayako Tão Maruyama, Dr^a. Rosa Lúcia Ribeiro, Ms. Maria Aparecida Vieira, Ms. Solange Pires Salomé de Souza, Dr^a. Aldenan Lima Ribeiro Correa da Costa, Dr^a. Laura Filomena Santos de Araújo, Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira, Ms. Mara Regina Ribeiro Souza Paião, Ms. Jocely Fernandes A. B. de A. Lins, Esp. Elizabeth Jeanne Fernandes Santos.

Objetivo principal:

Apreender os desafios e perspectivas do SUS em responder à atenção em saúde da população residente nos municípios selecionados da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso, sob a perspectiva: do processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF); da materialidade das práticas profissionais, assim como da lógica de quem busca por atendimento nos serviços de saúde.

Procedimentos

A coleta de dados será realizada da aplicação de entrevistas semiestruturadas aos agentes decisores e questionários fechados auto aplicáveis para os implementadores (médicos e enfermeiros). As entrevistas abrangerão o perfil sócio-ocupacional dos entrevistados e suas opiniões avaliativas sobre as várias dimensões do programa, e as condições de implementação e funcionamento do PSF do município.

A coleta de será feita, também, através da História de Vida Focal dos sujeitos selecionados como eventos-sentinela no Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá, localizando-se dentro dela o evento de agravo à saúde atual.

A coleta de dados será feita, ainda, pela observação de Casos Exemplares de práticas de atenção e práticas de gestão em saúde em sua materialidade discursiva (os discursos observados ou documentados) e não discursiva (imagens e visibilidades dispostas no espaço e tempo, passíveis de descrições pelo pesquisador).

O material obtido através das entrevistas comporá um Banco de Dados em Pesquisa que servirá para futuras análises sob diferentes perspectivas teóricas, garantindo-se o anonimato dos sujeitos neste banco, sua vontade de ter suas informações no mesmo e de aí permanecerem ou não em qualquer momento de seu interesse. Este banco de dados será gerenciado pela coordenadora deste projeto, Prof^a Dr^a Maria Angélica dos Santos Spinelli.

Possíveis riscos e desconforto:

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica somente em observação de práticas, discursos e narrativas. Esta observação durante o processo de trabalho será feita com a máxima discrição possível e será respeitada a vontade dos sujeitos em participar da pesquisa através da narrativa de suas experiências e suas opiniões

Benefícios previstos:

Identificar as condições organizacionais dos sistemas de saúde e o grau de implantação nos municípios da área de abrangência da BR 163 dentro do Estado de Mato Grosso, as correções necessárias para que possa redirecionar rotas, visando às inovações pretendidas e integralidade dos serviços de saúde. Pretende-se que os resultados subsidiem os gestores para as redefinições do programa e de suas prioridades.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não parti-

cipar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Estou ciente, também que os dados informados por mim irão compor um Banco de Dados em Pesquisa, servindo para futuras análises, desde que garantido o meu anonimato, minha vontade de ter meus dados disponibilizados neste banco e de aí permanecerem enquanto for de meu interesse. Ciente, também, que o banco de dados será gerenciado pela coordenadora desta pesquisa, à qual responderá por estes cuidados de meu interesse.

Assinatura do participante

(ou do responsável, se menor):

Assinatura do pesquisador principal:

Em caso de necessidade, contate a Profa. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, através do telefone (65) 3615-8881 – UFMT/Instituto de Saúde Coletiva ou pelo e-mail angsp@terra.com.br
Informações sobre o projeto fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller: fone: (65) 3615-7254.

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 2006

Anexo 4 – Termo de Aprovação Ética de Projeto de Pesquisa

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 235 /CEP-HUJM/05

“Com pendências”

Aprovado “ad referendum”

APROVAÇÃO FINAL

Não aprovado

O projeto de pesquisa intitulado: “Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em Municípios da área de abrangência da Br 163 no Estado de Mato Grosso,” encaminhado pelo(a) pesquisador(a) **Maria Angélica Santos Spinelli**” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, sendo aprovado “Ad de referendum”.

Cuiabá, 06 de fevereiro de 2006.


Prof. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaíva
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
 Rua L. SN, Jardim Alvorada, CEP 78048-790 Cuiabá -MT, Brasil
 Fone: 65-615-7302, e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm