

NÁIADE MELO COSTA

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO ÀS MULHERES IDOSAS
COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

RECIFE

2016

NÁIADE MELO COSTA

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO ÀS MULHERES IDOSAS
COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

ORIENTADORA:

Profa. Dra. Adriana Falangola B. Bezerra

RECIFE

2016

Catálogo na Fonte

Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C837i Costa, Náide Melo.

A integralidade no cuidado às mulheres idosas com câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde / Náide Melo Costa. – 2016.

102 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola B. Bezerra.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.

Inclui referências e apêndices.

1. Idoso. 2. Integralidade em saúde. 3. Neoplasias do colo do útero. I. Bezerra, Adriana Falangola B. (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-194)

NÁIADE MELO COSTA

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO ÀS MULHERES IDOSAS
COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Dissertação aprovada em: 01/07/2016

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Isolda Belo da Fonte (Examinadora Interna)

Keila Silene de Brito e Silva (Examinadora Externa)

Prof. Dr. Aleksandro dos Santos Machado (Examinador Externo)

RECIFE

2016

Este trabalho eu dedico às mulheres idosas que participaram deste estudo, compartilhando conosco uma parte de suas histórias de vida. Mas, em especial, dedico à minha avó materna, Maria de Lourdes, que com sua simplicidade despertou em mim o desejo de estudar e militar em um campo ainda tão pouco estudado, de um público tão explorado e que vive cotidianamente a negação dos direitos mais básicos à vida.

AGRADECIMENTOS

Este não foi um trabalho construído a duas mãos apenas, mas a diversas mãos que, apesar das muitas dificuldades de diversas ordens, fizeram com que ele se tornasse concreto. Sem essas pessoas que mencionarei abaixo, isso não seria possível. Como não poderia deixar de ser, agradeço em primeiro lugar a essa força, que muitos chamam de Deus, que nos impulsiona, nos dá coragem e, mesmo quando não acreditamos ser possível, nos mostra outros caminhos para alcançarmos aquilo que esperamos. Agradeço à minha família, meu pai, que lá do céu olha por mim, à minha mãe, fortaleza em quem me inspiro, e à minha irmã. Ao meu noivo, Othon, que me inspira e me dá forças, acreditando sempre em mim. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia e aos amigos que construí durante os dois anos de mestrado; aqui destaco Ihana, minha parceira. Ainda, agradeço às companheiras do NASF Recife que, durante o período em que estava compondo a equipe, me auxiliaram nos mais diversos momentos, em especial a Luana, companheira desde a época da Residência em Saúde da Família na UFPE. Agradeço também à equipe do Serviço Social do Hospital Agamenon Magalhães, que me deu força nos momentos finais de construção da dissertação. Preciso agradecer a uma amiga especial que também é responsável pela minha inserção nos estudos da área do envelhecimento, Sálvea Campelo, referência na área não apenas acadêmica, mas também na militância aqui no Estado de Pernambuco. Agradeço às Instituições que aceitaram a realização de nossa pesquisa: o Hospital do Câncer, e aqui preciso agradecer primeiramente ao Dr. Vandrê Carneiro, que desde o princípio sempre nos recebeu e fez com que fosse possível a realização de nossa pesquisa na Instituição. Ainda, preciso agradecer a Rose e a Dina, que me auxiliaram na operacionalização da minha pesquisa no HCP e também a Ivonete, a quem sempre recorria pedindo ajuda. Agradeço ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, instituição que também nos recebeu. Agradeço em primeiro lugar a Leide, que facilitou nossa chegada, nos apresentando às pessoas que precisávamos conhecer. À Dra. Jurema Teles, pela autorização para realizarmos nossa pesquisa no serviço que coordena na Instituição. Enfim, um dos principais agradecimentos vai para o grupo de pesquisa coordenado pela minha Profa. Orientadora, em especial para Camila Lira, que me auxiliou desde o início, com todo o seu vasto conhecimento em epidemiologia; para a Profa. Adriana, como costume chamá-la, sorte minha em tê-la como orientadora, juntas passamos por diversas situações. Ela é a responsável pela minha permanência nessa caminhada, o meu muito obrigada, sempre! E um agradecimento especial à Profa. Keila Brito, uma das pessoas mais generosas que tive o prazer de conhecer, e que, mesmo diante de diversos entraves,

permaneceu e caminhou junto comigo nessa caminhada: meu muito obrigada!!!! E, por agradeço a todas as mulheres idosas que aceitaram conversar conosco e compartilhar histórias de luta e de resistência: sem vocês este trabalho não seria possível. Agradeço, por fim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para tornar real este trabalho.

RESUMO

Dentre os princípios que fundamentam o SUS, a integralidade é o eixo estruturante para efetivação de uma rede que responda às necessidades de saúde da população. Sua aplicação condiciona a forma como o modelo de atenção em saúde implantado dará resposta a estas necessidades. Com o aumento no número de pessoas idosas e diante das condições em que se envelhece há também um aumento no número das doenças crônico-degenerativas nesta população. Entre estas enfermidades, o câncer é uma das que mais acomete os/as idosos/as e, dentre esse, para a população feminina, o câncer do colo do útero (CCU) tem confirmado altas taxas de incidência e mortalidade, apesar de seu alto grau de prevenção e cura. Recentes pesquisas vêm encontrando cobertura para o exame de Papanicolaou insuficiente e concentrada em mulheres mais jovens, ao mesmo tempo em que os diagnósticos mais graves, tanto de citologias quanto de biópsias, prevalecem em mulheres com idade mais avançada. O presente estudo é do tipo avaliativo e se ancora na abordagem de pesquisa qualitativa. Tem como objetivo avaliar a atenção integral às mulheres idosas no SUS, a partir da narrativa de mulheres idosas acometidas pelo CCU. A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer de Pernambuco, no Serviço da Pélvis, no período de janeiro a março de 2016. As participantes da pesquisa foram cinco mulheres idosas, com idades variando de 62 até 89 anos; todas estavam em seguimento para o CCU. Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada, em profundidade. Para a análise dos dados foi utilizada a narrativa e a análise de conteúdo. Os dados revelaram que o cuidado prestado a essas mulheres tem suas raízes no modelo de atenção médico-assistencial-privatista, assim, há uma ênfase na assistência, em detrimento de ações preventivas. A saúde é compreendida mais como ausência de doenças e há uma visão segmentada do corpo das idosas e da doença. A trajetória dessas mulheres em busca por cuidados em saúde é permeada por caminhos difusos, nos quais a porta de entrada se configura, em sua maioria, já na alta complexidade. Ao mesmo tempo, o acesso em tempo oportuno (no serviço terciário) e a confirmação diagnóstica, com o consumo do sistema de apoio e diagnóstico, foram garantidos. Conclui-se que a integralidade precisa ser efetivada como diretriz para o cuidado ao CCU, pois, possibilita outra compreensão da saúde, capaz de produzir mudanças na vida dos sujeitos.

Palavras-chave: Idoso. Integralidade em Saúde. Neoplasias do Colo do Útero.

ABSTRACT

Among the principles which support the SUS, integrality is the structural axis for effective network that meets the health needs of the population. Its application determines how the health care model implemented will respond to these needs. By considering the increase in the number of elderly people, and the conditions that one grows older there is also an increase in the number of chronic diseases of the population. Among these diseases, cancer is one that most affects the elderly, and specially in this group of people for female gender population the cervical cancer has confirmed high rates of incidence and mortality, despite its high degree of prevention and cure. The most recent researches found that the coverage for the examination of Papanicolaou test is insufficient and concentrated in younger women, while the more severe diagnosis, both biopsy as well cytology, prevails in women over age. The study was constructed using the evaluation type and is based on qualitative research approach. It aims to evaluate the comprehensive care to elderly women in SUS, from the narrative of older women committed by cervical cancer. The survey was conducted at the Hospital do Câncer de Pernambuco in the Pelvis service, from January to March 2016. The participants were five elderly women, their ages ranged from 62 to 89 years old, all of them were in segment for cervical cancer. The data were collected through unstructured in-depth interview. Analysis was made by using the narrative and content analysis. The findings revealed that the care provided to these women is rooted in the model of medical care - privatizing attention, so there is an emphasis on assistance rather on preventive actions. Health is understood as the absence of disease, also women view as disconnected their body from the disease. The trajectory of these women looking for health care consists of several ways in which the gateway is mostly configured of high complexity medical care. At the same time, timely access (in the third party services) and the diagnostic confirmation, with the consumption of support and diagnostic system were provided. Therefore the integrality must be performed as a guideline of health care to cervical cancer. It allows a more profound understanding of health which enables to enhance population life quality.

Key words: Elderly, Health Integrality, Cervical Neoplasms

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABPTIC – Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

APS – Atenção Primária à Saúde

Cacon – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CCU – Câncer do Colo do Útero

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNDSS – Conselho Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Datasus – Departamento de Informática do SUS

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FACEPE – Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco

Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Geres – Gerência Regional de Saúde

HCP – Hospital do Câncer

HPV – Papiloma Vírus Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGUFRJ – Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Imip – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

Inca – Instituto do Câncer

LC – Linha do Cuidado

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNCCCU – Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero

RASs – Redes de Atenção à Saúde

Siscolo – Sistema de Informação para o Câncer do Colo do Útero

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Transporte Fora do Domicílio

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Sobre velhices e envelhecimento	17
2.2	Câncer do colo do útero	23
2.3	Integralidade, cuidado em saúde e linha do cuidado	26
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo geral	36
3.2	Objetivos específicos	36
4	CAMINHO METODOLÓGICO	37
4.1	Local do estudo	40
4.2	Sujeitos do estudo	44
4.2.1	Critérios de inclusão	44
4.2.2	Critérios de exclusão	44
4.2.3	Amostragem	44
4.3	Método de coleta e análise dos dados	45
4.4	Considerações éticas	48
4.4.1	Devolutiva dos dados da pesquisa	50
4.4.2	Riscos e benefícios	50
4.4.3	Limitações metodológicas	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	52
5.1	O que elas dizem sobre si mesmas	52
5.2	Narrativas sobre o cuidado em saúde às mulheres idosas com CCU no SUS	61
5.3	Integralidade e linha do cuidado para o CCU	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE	99
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	99

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, antes considerado privilégio dos países ditos desenvolvidos, é hoje realidade para os chamados países em desenvolvimento. De acordo com dados da OMS (2015) uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos.

Para os países que convivem com a realidade do envelhecimento, os dados sobre o crescimento do número de pessoas idosas, o comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e o comportamento esperado de ambas para os próximos anos, revelam que o exponencial crescimento dessa população diante do processo que possibilitou este “fenômeno” é uma realidade irreversível (ARAÚJO; ALVES, 2000).

De acordo com Camarano (2010), a participação dos/as idosos/as no total da população nacional mais que dobrou nos últimos 50 anos, passando de 4% em 1940 para 8,6% em 2000, ultrapassando os 10% no ano de 2010. No Brasil, esse processo teve início nos anos 1940, devido às transformações epidemiológicas e demográficas, a exemplo da redução de óbitos por causas evitáveis a partir de ações específicas e pontuais – imunização, prevenção, acesso a melhores condições de vida (ROUQUAYROL, 2003).

O aprofundamento dessas mudanças ocorreu tendo como pano de fundo a ebulição das transformações sociais ocorridas no início da década de 70¹. Esse cenário, do ponto de vista econômico, político e social, é marcado por novas formas de acumulação de capital e formas de trabalho flexibilizadas, transformando o mercado e as relações sociais. Essas mudanças trazem implicações diretas para o processo de envelhecimento que se instalava à época, no qual as novas formas e relações de trabalho e o movimento de desmonte das políticas sociais acarretaram rebatimentos diretos na vida desta população.

Ao contrário de ser enfrentada como uma fase da vida marcada pelo descanso do trabalho, protegida pela família, pelas políticas sociais e acolhida pela sociedade (PAIVA, 2014), a velhice vivenciada por uma grande parcela da população é marcada pela negação dos diversos direitos sociais conquistados historicamente. Nesse sentido, diante da organização social de diferentes grupos e da impossibilidade de permanecer inerte à situação, as políticas sociais surgem como respostas do Estado para as diversas reivindicações. Entre elas, a saúde

¹ Para maiores informações sobre as transformações sociais ocorridas no mundo do trabalho, consultar: Antunes (2005).

surge como uma das principais pautas de exigência, assumindo papel fundamental diante das necessidades sociais dessa população.

No Brasil, o conceito de saúde promulgado pela Constituição Federal de 1988 é fruto das lutas sociais. A política de saúde tem sua efetivação por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), implementado pela Lei 8.080, de setembro de 1990. No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 encontramos a seguinte definição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e com acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Antes da institucionalização do SUS, o acesso aos serviços e ações de saúde só estava garantido aos contribuintes do sistema previdenciário. Assim, a Constituição Federal assegura legalmente a atenção à saúde como direito de cidadania a todo o povo brasileiro (SILVA; GULJOR, 2009).

Os princípios e diretrizes do SUS previstos na Lei 8.080 normatizam e orientam a forma como a referida Política deve ser efetivada. Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde, expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira (SILVA, 2013).

Destacamos aqui a integralidade como eixo estrutural para o alcance da efetivação da Política de Saúde, uma vez que, com o aumento demográfico e as transformações epidemiológicas, a demanda na área da saúde tem aumentado, ocasionando maiores desafios no sentido de garantir acesso e assistência integral à população brasileira.

Cecílio (2001) defende que não há integralidade possível sem a universalidade do acesso garantida. Ainda de acordo com o autor, credita-se a integralidade como um dos objetivos da atenção à saúde, sendo que estes vão além do consumo ou acesso a determinados serviços. Silva e Guljor (2009) referem que o acesso da população a todos os níveis de complexidade seria a condição e o ponto de partida para a construção do princípio da integralidade no SUS.

Esse princípio depende de outros fatores para sua materialização. Assim, o acesso por si, não garante a integralidade. Para os autores, a integralidade é entendida como um dispositivo com potência para a estruturação de novas práticas de saúde, inclusive as práticas de gestão, em diferentes esferas e níveis de complexidade da atenção à saúde.

Em face do exposto, é possível compreender a importância central da integralidade para a organização da rede de serviços de saúde e o desafio que é a sua efetivação em um cenário marcado pelas transformações sociais, demográficas e epidemiológicas.

O envelhecimento, como resultado desses movimentos, constitui-se em um processo no qual a atuação de diversos fatores e a acessibilidade aos serviços essenciais à manutenção da vida determinam como será a fase da velhice. Sendo assim, esta se caracteriza de forma heterogênea, na qual as pessoas envelhecem de maneiras diferentes, têm suas especificidades e também diversas necessidades.

Dentre as doenças crônicas que mais acometem esta população estão as neoplasias. De acordo com Souza (2010), o envelhecimento é o fator de risco mais importante para o câncer. Nas mulheres, acompanhando a tendência mundial, os tipos de câncer mais recorrentes no Brasil são os de mama e do colo do útero (CCU) (SILVA et al., 2014). Com uma estimativa de 530 mil casos novos por ano no mundo, em 2012, o CCU era e continua sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de mais de 270 mil mulheres por ano. Ao mesmo tempo, mais de 85% desses casos ocorrem em países de baixa e média renda (OMS, 2014).

Conforme projeções do Instituto Nacional de Câncer - Inca, para o ano de 2016 há uma estimativa de 16.340 novos casos deste tipo de câncer. O número de óbitos, em 2013, foi de 5.430. De acordo com dados na base do Departamento de Informática do SUS – Datasus (2012) a taxa de incidência do CCU no país é de 17,49. No Nordeste, esta taxa é de 17,96, estando acima da média nacional. A incidência do CCU nos países ditos em desenvolvimento é duas vezes maior que em países mais desenvolvidos (SILVA et al., 2014).

Castro-Jiménez et al. (2006, p. 182) apontam que: “Aunque el cáncer invasivo de cuello uterino es una enfermedad potencialmente prevenible sigue siendo un problema de salud pública debido a que afecta con una frecuencia desproporcionada a los países menos desarrollados.”

“O CCU tem um alto potencial de cura, uma vez que sua evolução é lenta, com etapas bem definidas e facilidade de detectar precocemente suas alterações, viabilizando diagnóstico rápido e tratamento eficaz” (SILVA et al., 2014, p. 241).

Em relação a este tipo de câncer na população de mulheres idosas, atribui-se ao preconceito, à falta de informação e à sua visualização como um ser assexuado, o fato deste público não ser comumente rastreado para a realização das ações preventivas (COSTA et al., 2010). Como consequência, acaba-se promovendo atitudes e propensões comportamentais que

exacerbam a vulnerabilidade dessa faixa etária para a contaminação por vírus, entre eles o HPV (Idem).

Dados apontam que, em se tratando do carcinoma invasor, ocorre elevação na sua incidência a partir dos 30 anos, com um novo pico aos 60 anos (FLORIANO et al., 2007; INCA, 2001). Silva (2013), em estudo realizado em município chave no estado de São Paulo, encontrou uma cobertura para o exame de Papanicolaou insuficiente e concentrada em mulheres mais jovens, ao mesmo tempo em que os diagnósticos mais graves, tanto de citologias quanto de biópsias, prevalecem em mulheres com idade mais avançada. Esses resultados corroboram os estudos realizados por Albuquerque (2009) e Santos (2011), no estado de Pernambuco, Villa (2009), em Mato Grosso, e Vilaça et al. (2012), em Minas Gerais, os quais constataram essa mesma tendência.

Parecem insuficientes as ações voltadas para a prevenção e o tratamento dessa população. Apesar de reconhecida pelo Inca (2011) dentro da faixa-etária de risco (25-64 anos), a assistência prevista em diversas portarias para atenção em todos os níveis de complexidade não tem sido efetivada. Nesses termos, este estudo se justifica, por compreendermos que há necessidade de aproximação e desvelamento da realidade apresentada, cujas manifestações apontam para o fato de que estas mulheres idosas não estão sendo vistas em sua totalidade, obtendo como resultado sua saúde negligenciada.

Ainda, há uma escassez na literatura sobre o tema, uma vez que, na área da saúde, os estudos realizados sobre a neoplasia cérvico-uterina em sua maioria referem-se apenas às questões clínicas, às ações de rastreamento e ao acometimento desta neoplasia por mulheres na faixa etária reprodutiva.

Desse modo, a inovação deste estudo está na tentativa de superação dos trabalhos voltados apenas para os aspectos epidemiológicos sobre câncer e envelhecimento. Nesse sentido, concordamos com Paiva (2014, p. 52), quando defende que

[...] Na contemporaneidade, de maneira exaustiva, a velhice vem sendo estudada pela sua magnitude, ou seja, como se apresenta em números, com ênfase no seu desenho epidemiológico, numa via de apreensão deslocada das relações de produção e reprodução capitalista. Como os estudos tendem a ser delimitados no âmbito das questões que se manifestam enquanto problemas de ordem social está explicado, *a priori*, por qual manobra teórico-metodológica a velhice senil, com perdas acentuadas de capacidade funcional, aparece cientificamente comprovada como sendo [quase] um dado natural dessa fase da vida humana.

Entendemos que essa realidade é resultado de construções históricas permeadas por grandes contradições necessárias de serem desveladas. Destarte, o desenvolvimento de estudos avaliativos acerca da integralidade no cuidado ao CCU pode favorecer a identificação

desse contexto, possibilitando identificar pontos de estrangulamento nos distintos níveis de atenção (SILVA et al., 2014), assim como problematizar o cuidado à saúde que está sendo prestado a esta população e, a partir do conhecimento produzido, subsidiar fundamentos para sua transformação.

É nessa perspectiva que o presente trabalho compõe um dos resultados de uma vasta pesquisa que vem sendo realizada sobre o câncer cérvico-uterino na Região Nordeste. Tivemos como objetivo aqui avaliar a integralidade do cuidado às mulheres idosas com câncer do colo do útero em tratamento pelo SUS.

A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer de Pernambuco, no período de janeiro a março do corrente ano e contou com a participação de cinco mulheres idosas. Como estratégia para análise dos dados optamos pela análise de conteúdo e pela narrativa, que tem sido apresentada como um caminho para obter maior conhecimento sobre o cuidado ofertado ao conjunto dos usuários (SILVA; TRENTINI, 2002).

Essa estratégia metodológica foi escolhida para que pudéssemos de fato ouvir essas mulheres e nos aproximar das formas como o cuidado tem sido ofertado a elas. Entender, ainda, os caminhos percorridos em busca do cuidado, identificando se neles a integralidade tem direcionado essa atenção.

Num primeiro momento realizamos uma revisão da literatura sobre os conceitos estruturantes deste trabalho, velhice e envelhecimento, câncer do colo do útero, integralidade, cuidado à saúde e linha do cuidado. Em seguida, apresentamos os objetivos que nortearam a pesquisa e após, explicitamos a metodologia utilizada para a realização do estudo.

Os resultados vêm em seguida, apresentados em três momentos diferentes: o primeiro é composto pelo relato das mulheres dizendo quem elas são, contando um pouco da sua história de vida; o segundo compõe as narrativas elaboradas a partir das entrevistas realizadas. Apresentamos aqui três narrativas para entender como tem se dado o cuidado em saúde para as mulheres idosas com CCU no SUS. E, por fim, a partir da análise de conteúdo, fazemos uma discussão dos dados a fim de entender como a integralidade em saúde tem se materializado na atenção a essas mulheres, assim como identificar as fragilidades e potencialidades da linha do cuidado para o CCU. Enfim, apresentamos nossas considerações finais.

2 Revisão da Literatura

2.1 Sobre velhices e envelhecimento

A velhice é costumeiramente compreendida como uma fase da vida, compondo seu processo “natural” de crescimento e amadurecimento enquanto ser humano. Define-se que o envelhecimento é o processo, a velhice uma fase da vida e o/a velho/a é o resultado final, constituindo assim um conjunto interligado (PAPALÉO NETTO, 2006).

O envelhecimento é um processo biopsicossocial, em que o ritmo, duração e efeitos do envelhecimento fisiológico reportam diferenças conforme os fatores socioeconômicos, psicológicos, genético-biológicos, dentre outras diferenças (TEIXEIRA, 2008a). Entendemos a velhice como uma categoria sócio-histórica, devendo, portanto, ser compreendida em sua totalidade social.

Esta compreensão advém da necessidade de superação do discurso comumente associando velhice à fase da vida marcada pela inatividade, improdutividade e elevados gastos do Estado e da Sociedade Civil com este segmento da população. Um discurso marcado pela discriminação e desconhecimento do processo histórico de construção da realidade e do envelhecimento. Compreender a velhice na perspectiva da totalidade social é compreendê-la em uma relação entre as categorias trabalho, classe social e ser social, em um verdadeiro movimento de desvelação e superação da aparência.

Do ponto de vista individual, é considerada idosa, no Brasil, a pessoa que tem 60 anos e mais; já nos países chamados desenvolvidos este marco é a partir dos 65 anos. Dessa forma, discursos que apontam para o fato de que a velhice é caracterizada pela redução da capacidade funcional e de trabalho; que o/a idoso/a consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias; se traduz em maior carga de doenças na população (PAPALÉO NETTO, 2006; VERAS, 2010), parecem-nos uma análise superficial e insuficiente da realidade.

Contudo, essas teses estão sendo costumeiramente defendidas e reproduzidas, construindo um ideário em torno da velhice, reforçando o movimento de discriminação que sofre cotidianamente este segmento populacional. Teixeira (2008a, p. 23) defende a tese de que o “envelhecimento constitui-se em um problema social, principalmente para as classes destituídas de propriedade e de controle de seu tempo em função das contradições e determinações da sociedade capitalista, que criam desigualdades”. Convém refletir, a partir de agora, o processo de construção da velhice e a magnitude que esta assume nos dias atuais.

A longevidade da população foi uma das grandes conquistas alcançadas ainda no século XX. De acordo com Camarano (2010), o envelhecimento populacional ocorre quando há um aumento da participação de pessoas mais velhas no total da população. Com a diminuição da taxa de fecundidade, houve uma aceleração e aumento no nível e ritmo de envelhecimento (ARAÚJO, 2012; CAMARANO, 2006; 2010).

Para Camarano (2010), esse processo foi iniciado na Europa Ocidental, no final do século XVIII e início do século XIX, sendo seguido pelos Estados Unidos e por outros países não europeus. Contudo, há neste processo profundas diferenças no modo como ocorreram. Em uma comparação entre os países europeus e latino-americanos, Nasri (2008) aponta que o desenvolvimento social e a renda da população são o primeiro diferencial que marca este processo.

Ainda de acordo com o autor, a Europa dispôs de um período de cem anos entre a diminuição da taxa de mortalidade e a de fecundidade, o que no Brasil ocorreu em um período de trinta anos, a partir da década de 60, possibilitando, ao primeiro, maior possibilidade de planejamento e organização para essa nova realidade.

No Brasil, o rápido desenvolvimento desse processo acarreta grandes desafios para os gestores e a sociedade, em termos de organização para as respostas às necessidades desta população. Beauvoir (1990), na década de 70 denunciava as condições às quais as pessoas idosas estavam sendo submetidas. Apesar de ter escrito o clássico “A Velhice” nesta década, a obra ainda continua bastante atual. Para a autora (p. 267), “...sendo a criança um futuro ativo, a sociedade, ao investir nela, assegura seu próprio futuro, ao passo que, a seus olhos, o/a velho/a não passa de um morto em sursis”. Nesse sentido, a fase da velhice passa a ser vivenciada pelo conjunto da população que dispôs a vida inteira apenas de sua força de trabalho como meio de produção, como um período marcado por perdas, pobreza e negação de direitos (HADDAD, 1986; PAIVA, 2014; TEIXEIRA, 2008a).

Concordamos com Paiva (2014), quando defende que a “tragédia do envelhecimento” não é um dado natural desta fase da vida, ela é resultado das condições objetivas de vida destes/as trabalhadores/as, uma vez que, no processo de envelhecimento, o sujeito não está alijado de sua história de vida enquanto ser social. Esta reflexão se faz necessária, uma vez que ela determina a forma como esta população irá envelhecer, trazendo rebatimentos diretos para a saúde dessa população, implicando diretamente na forma como esta Política Social precisa estar organizada.

Nesse sentido, duas questões vêm chamando a atenção dos pesquisadores e requerendo do Estado respostas para a “nova” configuração dentro da população idosa: a longevidade e a feminização do envelhecimento. De acordo com Nasri (2008), enquanto 17% dos/as idosos/as de ambos os sexos tinham 80 anos ou mais de idade, em 2050 corresponderão, provavelmente, a 28%. Dentro dessa população, a feminização do envelhecimento chama a atenção, uma vez que, no ano 2000, a proporção entre mulheres e homens idosos era de 100 para 81, respectivamente, enquanto as projeções para 2050 indicam que a mesma proporção de mulheres corresponderá a 76 homens (NASRI, 2008).

De acordo com Neri (2008, p. 87-88), no sentido sociodemográfico o termo feminização está associado aos seguintes conceitos:

a) maior presença relativa das mulheres na população idosa, mais de 50% da população idosa é composta pelo sexo feminino; b) maior longevidade das mulheres em comparação com os homens, a esperança de vida ao nascer para as mulheres é cerca de nove vezes maior do que para os homens; c) crescimento relativo do número de mulheres que fazem parte da população economicamente ativa, a proporção de mulheres inseridas no mercado de trabalho vem aumentando ao longo dos anos; d) crescimento relativo do número de mulheres que são chefes de família, das chefias idosas, 66% ainda são de homens, mas o percentual de mulheres chefes de família já chega a 44%.

Contudo, parece-nos insuficiente falar sobre feminização do envelhecimento apenas a partir dos dados demográficos.

No cabe duda de que la edad es una categoría social con un fundamento biológico, pero la biología nos dice poco acerca de su sentido y significación sociales. En cada uno de los tres sentidos, – edad cronológica, edad social y edad fisiológica –, el envejecimiento está marcado por el género (es decir, se desarrolla de forma diferente en las mujeres y en los hombres) y además, está socialmente estructurado [...] (GINN; ABER, 1996, p. 22).

É importante refletir como tem se dado esse processo, que não está alijado de toda a construção social dentro das relações de produção e reprodução social do modo de produção capitalista. As mulheres idosas de hoje são um reflexo concreto dessa construção, uma vez que, pelos condicionantes culturais e sociais à época, ficavam restritas ao lar, como sujeitos fundamentais para a garantia da reprodução social dos trabalhadores.

Apesar das diversas lutas sociais empreendidas principalmente pelo movimento feminista, que vem ao longo do tempo pautando lutas e reflexões sobre a construção social do gênero feminino e de todas as violações vivenciadas cotidianamente pelas mulheres, para as idosas, esta realidade ainda é muito presente e cruel.

De acordo com Salgado (2002), as mulheres velhas se diferenciam em relação ao nível de educação formal – escolaridade, tendo normalmente menos anos completos de estudo do que outros grupos, dessa forma, conseqüentemente possuem menor qualificação profissional.

Diferem também em relação ao estado civil, sendo, na sua maioria, viúvas e, portanto, muitas vezes, chefes de família. Embora, em decorrência da menor inserção no mercado de trabalho formal, os rendimentos destas mulheres se restrinjam às pensões de seus maridos e aos benefícios sociais do Governo.

Para a autora (2002, p. 11), “a longevidade para as mulheres velhas trouxe consigo um prolongamento dos papéis normais de adulto, o acréscimo de papéis novos e a flexibilidade de outros no curso da vida”. A longevidade vivenciada dessa forma e a depender da classe social em que esta mulher está inserida, parece ser mais uma fase da vida marcada pelas dificuldades e restrições.

El envejecimiento social está relacionado con las transiciones que se producen en el curso vital, pero como el momento y la sucesión de tales transiciones difieren según se trate de mujeres o de hombres (y de acuerdo con la clase social y el carácter étnico), el envejecimiento social está marcado por el género (GINN; ARBER, 1996, p. 24).

Este se mostra como um grande desafio para as políticas públicas que ainda não conseguem visualizar a singularidade do gênero e seus reflexos diretos para a população idosa. No tocante à saúde, esse fato fica claro quando se percebe que a maioria das políticas e programas são voltados ainda para as mulheres na fase reprodutiva e materno-infantil. Nitidamente, estas políticas estão despreparadas para lidar com os desafios que estão postos, uma vez que estas mulheres estão vivendo cada vez mais e não estão livres do cenário epidemiológico do país, que é o das doenças crônico-degenerativas.

A situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011, p. 20).

O perfil de doenças no/a idoso/a muda para o padrão de doenças crônicas, determinadas pelos fatores de risco aos quais estão expostos. Diferentemente do perfil epidemiológico de populações mais jovens, em que predominam as doenças infectocontagiosas, portanto, o paradigma muda (NASRI, 2008).

O modelo de não compensação da doença crônica inclui maior disfunção, dependência e quedas. O aumento no número de doenças crônicas leva os/as idosos/as a ingerir maior número de medicamentos e a realizar exames de controle com mais frequência, porém, essas condições não limitam a qualidade de vida. Ao controlar suas morbidades, muitos/as idosos/as levam uma vida independente e produtiva.

Uma das estratégias para dar respostas a esta realidade sanitária são as Redes de Atenção à Saúde – RASs que, para Mendes (2011, p. 20), se constituem em “uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira”. Para o autor, as RASs requerem transformações no modelo de atenção à saúde desenvolvido hoje, além de apontar para a necessidade de implantar modelos de atenção diferentes voltados para as condições crônicas e para as condições agudas.

Sabe-se que a ideia de rede em saúde já veio explicitada desde a Lei 8.080, na década de 90, quando se propõe a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada. A ideia da hierarquização surgiu no sentido de organizar os níveis de complexidade da Política de Saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde a porta de entrada dos usuários no Sistema, dessa forma, ocupando o lugar de ordenadora do cuidado e acesso dos usuários à atenção, vindo em seguida os níveis secundários e terciários.

Concordamos com Silva (2011), quando defende a ideia de que a modelagem para articular esses níveis não deve ser na forma piramidal, que habitualmente situa os serviços de APS na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, da base para o topo. Os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência, de forma tal que os clássicos instrumentos de referência e contrarreferência entre níveis de atenção em um modelo piramidal não se mostram adequados. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para a efetivação da integralidade da atenção (SILVA, 2011).

A principal contribuição que a utilização do conceito de rede pode trazer para a qualificação das ações de saúde para os diferentes grupos populacionais para diferentes necessidades de cuidado é o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em rede. A criação de serviços mais adequados à necessidade que a realidade sanitária, demográfica ou epidemiológica vai apresentando, não parece ser condição suficiente para sua caracterização como rede de atenção (RIGHI, 2009).

Na área de saúde da pessoa idosa, concordamos com Righi (2009), quando defende que os avanços na atenção não se darão sem avanços nas outras áreas de atuação do SUS. Para a autora, não há possibilidade de obter mudanças de comportamento das equipes de saúde e sua formação para o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado sem propor mudanças na conformação da rede de atenção inserida em um determinado território. Pode-se

inferir, nesse sentido, que os avanços não acontecerão sem avanços nas outras áreas de atuação do SUS.

A partir de Silva (2011), entendemos que outros fatores interferem diretamente na constituição dessas redes, como recursos humanos, a educação permanente dos trabalhadores da saúde, diretrizes que levem em consideração o que prevê a Lei 8.080/90. Enfim, as redes não são formadas apenas pela estrutura física dos serviços que prestam algum tipo de atendimento à população, mas pela construção social que é realizada por meio das relações, necessitando que a gestão do cuidado e a integralidade componham o fio condutor que interliga os pontos dessa rede.

Mendes (2011) aponta que um modelo de atenção à saúde capaz de dar respostas às doenças crônicas que atingem cada vez mais a população deve ser baseado em uma rede integrada. De fato, estas doenças são as que mais acometem a população idosa nos dias atuais (IBGE, 2009; VERAS; PARAHYBA, 2007; VERAS, 2010; VERAS; LIMA-COSTA, 2010).

Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica (IBGE, 2009). “O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos, entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas, entre os/as idosos/as este valor atinge 75,5% do grupo” (VERAS; PARAHYBA, 2007, p.2483-2484).

É inegável a magnitude que as doenças crônicas assumem na vida dos/as velhos/as, no país. Contudo, vale salientar que muitas destas doenças não são adquiridas automaticamente quando o sujeito completa 60 anos de idade, algumas já vêm acompanhando-o há certo tempo. Essa questão desmistifica o fato que permeia o ideário popular de que envelhecimento é sinônimo de doença.

Apesar de ser mais exceção que regra chegar à fase da velhice sem algum acometimento (VERAS, 2003), essa regra não se aplica de maneira geral a toda população idosa. Uma vez que ela é heterogênea e não existe uma causalidade única, sua determinação é multicausal, dependendo de diversos fatores de risco aos quais esta população está exposta.

Dentre as doenças crônicas de maior incidência, principalmente entre a população idosa, o câncer é uma das mais citadas. Dois terços da doença são diagnosticados em pessoas acima de 65 anos (SOUZA, 2010):

Sabe-se que o câncer é uma doença genética influenciada por fatores ambientais. A carcinogênese é constituída por múltiplas etapas: iniciação, promoção e progressão. A exposição mais prolongada a iniciadores e a promotores levará a uma maior chance em adquiri-la (p. 212).

Especificamente sobre o câncer do colo do útero em mulheres idosas, uma dificuldade que se identifica é que elas não costumam ser recrutadas para a realização do exame que previne a doença. Dessa forma, muitas convivem com os fatores iniciadores durante um longo período e, quando descobrem a doença, esta já está em avançado estágio. De acordo com dados do Datasus (2012), só no ano de 2011 mais de duas mil mulheres idosas morreram no país em decorrência deste tipo de neoplasia.

2.2 Câncer do colo do útero

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está localizado no abdome inferior e é formado por três partes: corpo, istmo e colo. Este último se localiza na parte inferior, dentro da cavidade vaginal e é recoberto por dois tipos de epitélio, o escamoso e o glandular (SANTOS, 2011; BRASIL, 2013). A área na qual fica localizado o colo do útero é passível de ocorrência de diversas lesões precursoras ou malignas (BRASIL, 2013).

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão. Essencialmente há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente, e o adenocarcinoma, tipo mais raro (BRASIL, 2013). A infecção prévia pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) tem sido apontada como principal fator de risco para o câncer de colo do útero (ALBUQUERQUE, 2009; SANTOS, 2011; BRASIL, 2013). O HPV é um vírus de DNA que pode causar uma grande variedade de lesões, existindo diversas formas de manifestação (SANTOS, 2011).

Diante de inúmeras pesquisas realizadas sobre este agravo, o HPV é compreendido como fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino. Entre os fatores de risco para sua evolução é possível identificar tabagismo; nível de escolaridade; multiplicidade de parceiros; paridade e início da vida sexual precoce; doenças sexualmente transmissíveis; falta de acesso a programas de rastreamento, entre outras (SANTOS, 2011; BRASIL, 2013).

Ainda sobre os fatores de risco para o aparecimento da doença, as condições socioeconômicas aparecem como uma de suas características marcantes. Os países ditos em desenvolvimento detêm cerca de 80% das mortes e adoecimentos por este tipo de neoplasia (ALBUQUERQUE et al., 2009). Os grupos de mulheres mais vulneráveis a este acometimento encontram-se onde existem barreiras de acesso aos serviços de saúde e às formas de prevenção da doença e seu tratamento (FLORIANO et al., 2007; SANTOS, 2011).

O câncer cérvico-uterino tem bem definida sua história natural, com suas fases bem demarcadas. É um agravo que se desenvolve de maneira lenta e gradual, o que potencializa seu potencial de cura (BRASIL, 2013; INCA, 2011; SANTOS, 2011). A prevenção do aparecimento do CCU é realizada por meio do rastreamento das lesões precursoras e, em caso positivo, seu adequado tratamento (SANTOS, 2011). O método de rastreamento mundialmente reconhecido e utilizado no Brasil é o exame citológico do colo uterino, também conhecido como Papanicolaou (SANTOS, 2011). A realização periódica do exame é ainda a estratégia mais eficiente para a prevenção da doença (ALBUQUERQUE et al., 2009; BRASIL, 2013; INCA, 2011; SANTOS, 2011).

De acordo com a OMS, a fim de gerar impacto na diminuição dos índices de mortalidade e incidência para o CCU, as ações de rastreamento precisam ter uma cobertura de 80% da população preconizada. Contudo, os dados da PNAD (2008), relativos ao percentual de realização do exame preventivo nos últimos três anos, atingiram apenas 68,1% dessa população.

Na Região Nordeste, 62,2% realizou o exame e a região que obteve maior cobertura foi a Sudeste, com 71,2%. Contudo, Ozawa (2011) identificou uma cobertura no estado de São Paulo acima de 80%, como é preconizado pela OMS. No entanto, essa maior cobertura não refletiu de forma significativa na diminuição da incidência e mortalidade da neoplasia cérvico-uterina nessa população.

No país, uma das possíveis razões para compreender a baixa cobertura é o fato de que inexistem um cadastro universal de base populacional consistente que possibilite o recrutamento de mulheres, assim como já ocorre nos países mais desenvolvidos (INCA, 2011). Dessa forma, acontece o fato de que algumas mulheres acabam sendo super-recrutadas, realizando o exame periodicamente, diferentemente de outras mulheres que não são e acabam por não realizar o exame de Papanicolaou (SANTOS, 2011; INCA, 2011).

Os países desenvolvidos, a exemplo do Reino Unido, iniciaram os programas de rastreamento para o CCU ainda na década de 80 e apenas em seis anos diminuíram sua incidência em 50% (INCA, 2011). No Brasil, em doze anos de rastreamento citológico do CCU, não se tem experimentado declínio de incidência e mortalidade semelhantes ao ocorrido em países desenvolvidos (SANTOS, 2011).

Na década de 40, a partir de ações de profissionais que introduziram as técnicas de citologia e colposcopia, inicia-se o controle do câncer cérvico-uterino, no país (INCA, 2011). Em 1956, na gestão do Presidente Juscelino Kubitschek foi financiada a construção do Centro

de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (Inca). A literatura indica que esta foi, possivelmente, a primeira ação institucional para o controle do câncer de colo do útero (INCA, 2011).

Ao longo das décadas de 60 e 70 foram desenvolvidas ações locais em alguns estados, na perspectiva de controle deste agravo. Em 1975, o Ministério da Saúde implementa o Programa Nacional de Controle do Câncer. Apesar de ser um programa geral, acabou dando destaque ao rastreamento cérvico-uterino (INCA, 2011; 2014).

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que previa serviços básicos de saúde e atividades de prevenção ao CCU. Havia uma baixa cobertura do Programa e ele era centrado nas questões relativas à contracepção, acompanhamento da gravidez e parto. Contudo, o Programa conseguiu estimular, como procedimento na rotina da consulta ginecológica, a coleta de material citológico (INCA, 2011; 2014; SANTOS, 2011).

Diante das altas taxas de mortalidade para o CCU no país, ao longo do ano de 1996 foi desenvolvido o Projeto Viva Mulher, dirigido ao público entre 35 e 49 anos de idade. Como projeto piloto, foi implementado inicialmente em seis locais: Belém, Curitiba, Distrito Federal, Recife, Rio de Janeiro e Sergipe. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer (INCA, 2011).

Diante da ampliação do Projeto para todo o país, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero – PNCCCU, em 1998, por meio da Portaria GM/MS nº 3040/98. As ações relacionavam-se à adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informação para o monitoramento das ações (Siscolo) e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (INCA, 2014).

Até o ano de 2011 a faixa etária preconizada pelo PNCCCU para rastreio e realização do exame de Papanicolaou era entre 25 e 59 anos. De acordo com o documento “Diretrizes brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero” (INCA, 2011) diante de diversos estudos realizados, o rastreamento em mulheres com idade inferior a 25 anos não se mostrou eficiente, diminuindo a incidência em média de 1%. Ainda, os dados coletados revelaram um acometimento pelo nível inicial da doença com um bom prognóstico de cura.

Ao mesmo tempo, estudos demonstraram que a incidência era maior nas mulheres mais velhas, acima dos 60 anos. Se, nas mulheres mais jovens, 75% acometidas por uma lesão invasora já tinham realizado pelo menos um exame citológico prévio, nas mulheres entre 50 e 69 anos este percentual era de 47% (INCA, 2011, p. 33).

Nessa perspectiva, em 2011 o Inca, em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IGUFRJ), da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) elaborou o documento “Novas Diretrizes para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero no país”. Posteriormente, o documento foi publicado pelo Inca (INCA, 2011; BRASIL, 2011).

Dentre as novas diretrizes, a faixa etária preconizada como prioritária para as ações de prevenção ao CCU foi ampliada de 25 aos 64 anos. Em relação às mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame, a periodicidade indicada é a de realizar dois preventivos com intervalo de um a três anos. Se os dois resultados forem negativos, essas mulheres poderão ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011).

2.3 Integralidade, cuidado em saúde e linha do cuidado

A integralidade em saúde, para além de um conceito polissêmico, com diversos significados e compreensões, é também uma diretriz operacional do SUS. Sua aplicação condiciona a forma como o modelo de atenção implantado dará respostas às necessidades de saúde da população atendida em determinada localidade.

O objetivo de garantir serviços de saúde integrais surgiu na primeira metade do século XX, com a ampliação das políticas sociais e dos sistemas de saúde. O National Health Service, na Inglaterra, é um exemplo desse ideal que orienta as políticas sociais no âmbito das sociedades democráticas ocidentais (CONILL, 2004; SILVA et al., 2012).

No Brasil, a integralidade expressa uma das bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária (MATTOS, 2004). Sua origem remonta à própria história do Movimento, que iniciou um processo de lutas entre as décadas de 70-80 por políticas públicas capazes de diminuir a desigualdade social, principalmente na saúde, ao entendê-la como dever do Estado e direito de todos os cidadãos (PINHEIRO, 2007).

Assim, a integralidade passa a fazer parte das propostas de reforma no início da década de 80, com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o

PAISM e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) (CONILL, 2004). Sua institucionalização ocorreu por meio da Constituição de 1988, na seção sobre a saúde, a qual define a integralidade como diretriz que orienta a assistência pautada, principalmente, por ações preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 1988).

Entretanto, diríamos ainda que

...a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2009, p. 43).

Por imagem-objetivo, Mattos (2004) entende como um meio de indicar características desejáveis para o sistema de saúde e das práticas nele exercidas, contrastando-as com características vigentes. Ainda de acordo com o autor (2009), essa noção tem sido utilizada na área de planejamento para designar a configuração de um sistema ou uma situação que os atores consideram desejável. Ele faz diferenciação da utopia, visto que, no primeiro, os atores implicados acreditam ser possível sua materialização num horizonte temporal definido.

Para Mattos (2009, p. 45), toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Ela parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las (MATTOS, 2009).

Decerto, o princípio da integralidade enfrenta muitos entraves para ser posto em exercício no cotidiano dos serviços e práticas em saúde. Entendemos que isso se deve à possibilidade de produzir um novo entendimento coletivo sobre o que é saúde, compreendendo-a como parte do processo de transformação da realidade social.

Ao mesmo tempo, apreendê-la a partir dessa perspectiva pode provocar constantemente os sujeitos implicados na construção cotidiana da política, fazendo dela uma bandeira de luta pela efetivação dos princípios defendidos pelo movimento de reforma sanitária no fazer cotidiano em saúde.

É importante destacar que entendemos não ser possível nutrir uma visão puramente romancista acerca do tema da integralidade. Como dito anteriormente, esse é um conceito que não tem uma direção unívoca, mas é, sim, repleto de significados, sentidos, dimensões e

entendimentos diferenciados, a depender do contexto e da visão de mundo do sujeito que o emprega em seu cotidiano.

Bonfada et al. (2012, p. 556) defendem que seu caráter polissêmico é materializado nas seguintes concepções, integralidade relacionada à maneira como os serviços se organizam e integralidade enquanto expressão do movimento da medicina integral. Sobre a primeira concepção, percebemos uma teia complexa e dialética, uma vez que o Estado reconhece a integralidade enquanto diretriz constitucional, no entanto, a base de produção dos serviços de saúde continua correspondendo a programas verticalizados que não respondem às necessidades locais e nem às de saúde da população.

Sobre a integralidade enquanto expressão do movimento de medicina integral, Mattos (2009), em seu artigo denominado: “Os sentidos da integralidade”, entende que o conceito apresenta três conjuntos de perspectivas diferentes. São eles: integralidade como um traço da boa medicina; integralidade como modo de organizar as práticas e integralidade e políticas especiais.

O primeiro sentido faz uma crítica à fragmentação do sujeito, proporcionado pelo incentivo às especialidades médicas que não conseguem ter um olhar integral do sujeito, reduzindo-o às questões biológicas, sem considerar os aspectos psicossociais, por exemplo.

Nesse sentido, a integralidade teria a ver com uma “atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (MATTOS, 2009, p. 49-50). O autor pondera que a integralidade não diz respeito apenas à prática médica, mas que deve ser defendida pelo conjunto de todos os profissionais de saúde. Enfim, defende que buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade (p. 54).

O conjunto do segundo sentido diz respeito à organização dos serviços e das práticas em saúde. O autor faz um apanhado e critica o período em que havia uma dissociação entre as práticas da saúde pública (Ministério da Saúde) e das assistenciais (Ministério da Previdência Social), assim como a verticalização dos programas, como tuberculose, hanseníase etc. A integralidade exigia uma certa horizontalização desses programas. Assim, nessa perspectiva, a integralidade emerge como um “princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as

possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2009, p. 61).

O terceiro sentido aborda a integralidade e as políticas especiais, trazendo duas perspectivas do conceito. A primeira aborda as respostas que devem ser dadas pelo Governo às doenças que afligem determinado grupo populacional. O autor destaca a rica contribuição do movimento feminista, que critica o olhar da política e dos programas às mulheres. Propõe, a partir desse processo, outro entendimento em relação à saúde da mulher ao lutar contra o reducionismo, uma vez que as mulheres eram vistas apenas quanto à sua capacidade reprodutora. A integralidade, nesse sentido, quer dizer uma recusa em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem (...) e que ampliam o horizonte dos problemas a serem tratados pela política (MATTOS, 2009, p. 63).

A segunda perspectiva também versa sobre as respostas governamentais na área da saúde, mas enfatiza as ações assistenciais e preventivas. Ela 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. Assim, a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais (MATTOS, 2009).

Pinheiro (2007, p. 255) defende que a integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado Brasileiro para a saúde, o SUS –, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço.

Do ponto de vista “jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema” (SILVA; GULJOR, 2009, p. 32). A compreensão sobre as necessidades de saúde orienta trabalhadores/equipes/serviços a prestar uma escuta qualificada das pessoas que buscam cuidados em saúde, fazendo destas necessidades a centralidade de suas práticas (CECILIO, 2001; BONFADA et al., 2012).

Para Cecilio (2001), as necessidades de saúde se materializam por meio da compreensão das condições de vida dos sujeitos, que refletirão em suas demandas, cabendo ao profissional realizar uma escuta a fim de desvelá-las. Nesse movimento, a criação de vínculos entre equipe e usuário, estabelecendo uma relação de confiança, é apontada como uma das estratégias.

Por fim, a realização das atividades de educação em saúde tem como objetivo estimular a construção de uma autonomia crescente dos sujeitos acompanhados pelas equipes para que eles possam compreender a realidade na qual estão inseridos e lutar pela satisfação de suas necessidades. “Na perspectiva da integralidade, os serviços devem dar conta das necessidades ampliadas de saúde da população” (BONFADA et al., 2012, p. 556).

As respostas às necessidades de um sujeito social na perspectiva da integralidade do cuidado ultrapassam os limites hierárquicos do sistema de saúde, sendo inviável, para a materialização desta diretriz, o engessamento e a hierarquização dos serviços (BONFADA et al., 2012). Para Mattos (2004), a integralidade é caracterizada pela compreensão das necessidades e a capacidade de reconhecimento de oferta e possibilidades dentro do contexto em que se encontram sujeitos e equipes de saúde. A garantia de que a integralidade está sendo concretizada se dá a partir da operação de mudanças no plano de cuidados desde a atenção básica, passando pela média e alta complexidade (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Nesse sentido, a atenção primária à saúde deve ser compreendida como um dos espaços possíveis e necessários para a materialização da integralidade, mas não deve ser percebido como o único espaço existente. Ao mesmo tempo, não é possível alimentar a lógica de que o hospital é o único espaço de cura do paciente. É preciso reconhecê-lo e cobrar dele que seja copartícipe e corresponsável pelo processo de mudança das condições de vida da população (BONFADA et al., 2012). O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (CECILIO; MEHRY, 2003).

A integralidade deve ser considerada como objetivo de rede. Ela deve acontecer em todos os níveis de atenção e em todos os encontros entre usuário e trabalhadores/equipes/serviços (BONFADA et al., 2012; CONILL, 2004; CECILIO, 2001). Para tal, é necessário pensar em uma rede de serviços organizados, possibilitando múltiplas entradas, diferentes fluxos que considerem as representações e necessidades individuais (CECILIO, 2001).

A efetivação da integralidade na realidade dos serviços constitui-se em um grande desafio. Segundo Cecilio (2001), para que possa ser alcançada da forma mais completa possível, faz-se necessária a compreensão de suas diversas dimensões. O autor defende que esta diretriz se materializa em duas dimensões: focalizada e ampliada.

A primeira ocorre no âmbito da micropolítica e apreende os saberes e práticas da equipe multiprofissional de determinado serviço, materializando-se por meio da escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários, por parte dos profissionais. Ainda, a leitura e os encaminhamentos que estes fazem das demandas trazidas pelos sujeitos, acompanhados pelas equipes.

A perspectiva ampliada ocorre no âmbito da macropolítica em articulação com os diversos serviços, não necessariamente de saúde, que formam uma rede de atenção intersetorial. Para nós, a macropolítica, para além do esforço individual dos profissionais e serviços que atuam em rede, deve considerar o modo de produção econômico vigente na sociedade, que interfere diretamente nos determinantes sociais da saúde.

Concordamos com o autor quando defende a materialização da integralidade como uma prática dos profissionais, uma rotina ou não dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção, buscando dar respostas às necessidades dos usuários, estejam elas no campo das tecnologias leve, leve-dura e/ou dura (MEHRY, 1997; CECILIO, 2001; CECILIO; MEHRY, 2003). Para Merhy e Franco (2009), existem três tipos de tecnologias do trabalho em saúde e elas sempre estão associadas ao processo de trabalho: aquelas representadas pelas máquinas e instrumentos, as chamadas tecnologias duras, as que se inscrevem no conhecimento técnico, as tecnologias leve-duras e aquelas representadas pelas relações, as tecnologias leves.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), as diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Os autores trazem também outros conceitos, como o da OMS, são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham; para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

O avanço nos estudos sobre os determinantes sociais marca a superação do debate, antes pautado apenas nos modelos simplistas explicativos do processo saúde-doença. Mais que uma responsabilidade individual, a saúde do sujeito é fruto de diversas relações permeadas por diversos determinantes, interferindo diretamente em sua vida, conseqüentemente, em sua saúde.

Nesse sentido, consideramos que outras dimensões devem ser contempladas ao pensar a integralidade e suas formas de efetivação na realidade dos serviços e unidades de saúde, como possibilidade de produzir mudanças na vida da população.

Mesmo diante de tantas limitações, historicamente, a assistência individual e curativista assumiu o papel de protagonista da produção dos serviços de saúde. Tal situação ganha força na atualidade pela existência de uma série de determinantes. Um deles seria a formação profissional ainda embasada em referências que não dão suporte para a realização da assistência que tenha como eixo estruturante a integralidade da atenção à saúde e que, sobretudo, esteja voltada para a transformação da realidade de saúde dos mais diversos espaços sociais. Outro determinante é a influência mercadológica capitalista que, sob a influência das grandes empresas em saúde, principais privilegiadas por essa organização, aponta a atenção curativa como sendo rentável e a saúde como uma mercadoria a ser consumida e negociada [...] a organização tecnológica que tem como eixo norteador a integralidade da atenção é uma decisão política que deve ser institucionalizada e incorporada pelos profissionais de saúde (BONFADA et al., 2012, p. 557, 560).

A integralidade é, portanto, uma dimensão essencial para o cuidado materializado nas RASs. Ao falarmos sobre o cuidado é importante destacar que nossa compreensão sobre ele não se restringe às técnicas empregadas pelos profissionais no encontro com o usuário ou ao nível de atenção à saúde, embora representem a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Concordamos com Ayres (2004a, p. 22), ao definir o termo cuidado como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

Nesse sentido, Bosi e Uchimura (2007) defendem que essa apreensão de cuidado se articula intimamente à noção de integralidade. Para nós, ambos compõem dimensões complementares e interdependentes, necessários para a materialização da política de saúde orientada pelos princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária.

A noção de cuidado, na medida de sua preocupação com a promoção do bem-estar, entendendo-a para além da correção de distúrbios, pode carrear, para a assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações (AYRES, 2000, 2004a, 2004b). Faz-se essencial uma construção do cuidado centrada nos usuários e em suas necessidades e não de um modelo que atenda aos interesses do mercado (MALTA et al., 2004; MALTA; MERHY, 2010).

Para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da

disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (AYRES, 2004a, p. 27).

Em seu artigo intitulado: “Cuidado e reconstrução das práticas de saúde”, Ayres (2004b) propõe a superação de uma compreensão do cuidado baseada apenas na relação do conjunto das práticas e medidas terapêuticas e nos procedimentos auxiliares. Mas entende que a categoria cuidado perpassa por uma compreensão filosófica e de atitude prática diante do sentido que as ações de saúde assumem quando se reclama uma ação terapêutica, isto é, na relação entre os sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é resultado de um grande conjunto de pequenos cuidados entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços de saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde (MALTA; MERHY, 2010; CECILIO; MERHY, 2003).

Como uma das formas de materialização do cuidado na política de saúde temos as Linhas do Cuidado (LCs). A fim de atender as necessidades de saúde, elas são a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário (FRANCO; FRANCO, 2012). Para o Ministério da Saúde, as linhas do cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial”, com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013).

As linhas do cuidado se organizam na perspectiva de facilitar e organizar o acesso do usuário aos Serviços e unidades de saúde, nos diferentes níveis da atenção. Elas diferem dos processos de referência e contrarreferência, embora os incluam também. Pois, não funcionam de forma engessada, apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho (BRASIL, 2013).

O desenho das linhas do cuidado partem do entendimento da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, considerando a dinâmica dos processos nos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (MERHY; CECÍLIO, 2003; MALTA; MERHY, 2010). Elas têm início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência. A partir da entrada, abre-se um percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário (BRASIL, 2013).

A Linha do Cuidado Integral incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa envolver as ações preventivas, curativas, de reabilitação e cuidados paliativos; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita e boas práticas dos profissionais englobando diferentes pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2013; FRANCO; FRANCO, 2012). As linhas do cuidado orientadas pela diretriz da integralidade devem basear-se no acolhimento do profissional ao usuário que busca os serviços de saúde; na criação de vínculos e responsabilização diante do problema de saúde (FRANCO; FRANCO, 2012; GOMES; PINHEIRO, 2005; MALTA; MERHY, 2010).

O **acolhimento** é um dispositivo reorientador da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Pressupõe uma escuta qualificada, não o simples escutar, mas, por meio da demanda, compreender o que levou o sujeito a ir em busca de determinado serviço e dar-lhe um encaminhamento. Acolhimento é “desenvolver maneiras adequadas de receber distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão dos limites necessários” (ANDRADE et al., 2006, p. 817).

Franco et al. (1999) propõem pôr em prática o acolhimento como dispositivo de inquietude diante dos processos que constroem as relações clínicas das práticas de saúde, permitindo apreender o trabalho vivo, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas de saúde. O acolhimento, enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (FRANCO et al., 1999; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Vínculo é tudo o que ata, liga ou aperta (CAMPOS, 2002; GOMES; PINHEIRO, 2005; MICHAELLIS, 2016). Considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletiva (FRANCO et al., 1999). Cecílio (2009, p. 119) propõe reconhecer que “o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, encontro de subjetividades”.

Para Campos (2002), a constituição do vínculo é uma via de mão dupla, depende da equipe de saúde, mas também dos usuários. Para esses, é preciso haver uma relação de confiança no compromisso de que a equipe poderá contribuir para a defesa de sua saúde. Para os profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que os procuram ou são por eles procurados. O vínculo se inicia nesse encontro, enquanto uns demandam ajuda, os outros se encarregam dos pedidos de socorro.

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso.

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY, 1994, p.138 apud GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 293).

No contexto da Rede Temática de Oncologia, a Linha do Cuidado do Câncer do Colo do Útero implica na organização de um conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização, para dar conta dos desafios atuais em que os quadros relativos a esses cânceres são de alta relevância epidemiológica e social (BRASIL, 2013).

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do CCU, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno (BRASIL, 2013, p. 28).

O Caderno de Atenção Básica para controle dos cânceres do colo do útero e da mama (2013), publicado pelo Ministério da Saúde, aponta que a linha do cuidado para o CCU será organizada a partir de algumas diretrizes, entre elas: 1. Prevenção e detecção precoce; 2. Programa Nacional de Qualidade da Citologia; 3. Acesso à confirmação diagnóstica; 4. Tratamento adequado e em tempo oportuno.

Compreendendo a importância das linhas do cuidado para a gestão da organização da política de saúde, um de nossos objetivos nesse estudo foi o de analisar as potencialidades e fragilidades na linha do cuidado ao CCU. Os resultados veremos a seguir, logo após a explicitação da metodologia utilizada no estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

- Avaliar a atenção integral às mulheres idosas no SUS, a partir da narrativa de idosas acometidas pelo câncer do colo do útero.

3.2 Específicos:

- Compreender, a partir da narrativa de mulheres idosas com CCU, como se dá o cuidado em saúde;
- Identificar os elementos que caracterizem a integralidade como princípio no cuidado às mulheres idosas acometidas pelo CCU;
- Analisar as potencialidades e fragilidades na linha do cuidado às mulheres idosas acometidas pelo CCU.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Os grandes filósofos e sábios da Antiguidade já alimentavam a curiosidade de entender o mundo no qual se vive, seu funcionamento, sua organização. A partir deles, a busca pelo conhecimento que fugisse do senso comum passa a assumir ares mais complexos e elaboram-se métodos para o desvelamento do real.

Entendemos que a realidade social é a síntese de múltiplas determinações do real, assim sendo, é rica em significados e sentidos e sugere ao pesquisador fazer aproximações sucessivas para desvelar as expressões da subjetividade no cotidiano da vida individual e social. Nesses termos, concordamos com Minayo, quando assevera que a metodologia é:

[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade e sua sensibilidade) [...] (2008, p.15). [grifos nossos].

A presente pesquisa é do tipo avaliativa e se ancora na abordagem qualitativa, voltada para a problematização dos significados e sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos sociais e ao conjunto de relações sociais na qual eles estão inseridos.

Podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção, usando métodos científicos (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 37). Arreaza e Moraes (2010) defendem a avaliação como um componente fundamental da saúde pública. Podendo entendê-la como uma forma de valoração sistemática baseada em alternativas metodológicas que identificam, obtêm e proporcionam informação pertinente para subsidiar a tomada de decisão.

Em relação à pesquisa avaliativa, na visão dos autores acima citados, é apreendida a partir da “aplicação sistemática de procedimentos oriundos das Ciências Sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual os constituem” (ARREAZA; MORAES, 2010, p. 2629).

Segundo Uchimura e Bosi (2007), há premência em se considerar a participação dos usuários na avaliação. Para tanto, afirmam que se impõe a utilização de um método de pesquisa apropriado para análise, partindo das experiências dos atores sociais em determinado programa ou serviço.

Em relação à pesquisa qualitativa, esta se justifica pela necessidade de aprofundar os significados que os usuários dos serviços de saúde atribuem a suas experiências com o acesso,

o processo e a resolubilidade dos serviços de saúde (TANAKA; MELO, 2004; POPE; MAYS, 2005).

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares. Na perspectiva de Minayo (2002), se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Esse tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Hartz e Contandriopoulos (2004), no debate sobre metodologias que estudam a articulação da rede de cuidados nos níveis de atenção à saúde, levantam a possibilidade de acompanhamento do percurso do usuário no sistema de saúde, possibilitando perceber os pontos críticos do sistema.

Encontramos na metodologia de pesquisa narrativa, a possibilidade de construção desse trabalho por proporcionar um encontro com a história dessas mulheres, dando visibilidade às suas memórias que, infelizmente, assemelham-se às muitas outras histórias de mulheres idosas pertencentes a uma classe social desprovida dos meios que lhes garantam uma vida digna, ainda que na velhice. Narrar histórias, fatos históricos, a própria vida, é um ato que acompanha o homem desde sua origem, podendo ser feita oralmente ou por escrito, utilizando imagens ou não (DELGADO, 2003; GANCHO, 2002; SILVA, 2000; SILVA; TRENTINI, 2002).

A narrativa se insere no conjunto das técnicas de pesquisa que compõem as Metodologias de Pesquisa Qualitativa. Trata-se de uma técnica de pesquisa utilizada no âmbito da metodologia da pesquisa social em saúde como meio de acessar os sentidos atribuídos e a experiência dos indivíduos e suas interpretações referentes à realidade da vida cotidiana, dando enfoque ao fenômeno do adoecimento humano (LIRA et al., 2003).

Para a Antropologia, as narrativas são consideradas a principal expressão utilizada pelas pessoas para contar suas sagas individuais e coletivas. É uma forma universal encontrada em todas as culturas, por meio da qual as pessoas podem se expressar. Na Antropologia da Saúde, a narrativa é ressaltada como uma forma coerente de se obter informações sobre as práticas e os saberes em saúde de um grupo (SILVA, 2000; SILVA; TRENTINI, 2002).

Para o pesquisador, é um grande desafio utilizar a narrativa para conhecer as experiências vividas pelas pessoas. É preciso um olhar atento para descobrir os conflitos

presentes, as interpretações dadas pelo sujeito, como são resolvidos tais conflitos, procurando identificar como as pessoas constroem seu mundo e como ele funciona (SILVA, 2000).

Por meio da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002 apud LIRA et al., 2003, p. 61).

À medida que as pessoas falam, podemos ter acesso às suas experiências, o que se dá de maneira indireta, pois, elas trazem as informações da maneira como perceberam e interpretaram para si os fatos e acontecimentos (SILVA; TRENTINI, 2002; ROCHA-COUTINHO, 2006). “A narrativa oral tem sido um instrumento valioso nos trabalhos sobre gênero para incorporar vidas, atividades e sentimentos (...), que não têm sido contemplados nos estudos tradicionais” (ROCHA-COUTINHO, 2006, p. 67). Nesse sentido, a autora defende que os estudos de narrativa oral são especialmente importantes nos estudos de gênero:

No caso das mulheres, ao dar voz a elas, torna-se possível que se dê conta da natureza dialética de sua consciência. (...) Os meios de se conhecer e falar sobre as mulheres e seus mundos foram, durante muito tempo, descritos por homens, que vêm ocupando uma posição especial na sociedade. Assim, torna-se importante que as mulheres falem sobre suas experiências, sobre sua situação no mundo, a fim de que assumam a autoria sobre suas vozes e vidas. Além disso, num mundo estruturado basicamente por homens, a habilidade das mulheres de valorizar seu próprio pensamento e sua experiência é, muitas vezes, bloqueada por dúvidas e hesitações quando sua experiência pessoal não está de acordo com os mitos e valores que dizem respeito a como uma mulher “deve” ser, se comportar e sentir, isto é, com a identidade que para elas foi construída.

A narrativa é uma tradição de contar a história de maneira sequencial, cuja composição mais simples inclui início, meio e fim (SILVA; TRENTINI, 2002). Sua estrutura é formada por cinco elementos essenciais: **enredo**, o conjunto dos fatos de uma história; **personagens**, quem pratica a ação; **tempo**, época em que se passa a história; **espaço**, lugar onde se passa a ação; **ambiente**, o espaço carregado de características socioeconômicas, morais, psicológicas, em que vivem os personagens (SILVA, 2000; SILVA; TRENTINI, 2002; GANCHO, 2002).

Quanto aos tipos de narrativas possíveis de serem obtidas no processo de abordagem das experiências humanas, podem dividir-se em três tipos: **narrativas breves** são narrativas sintéticas, que contam a história com início, meio e fim, geralmente focalizando um determinado episódio; **narrativas de vivências** são mais amplas, incluem a vivência do

sujeito com determinada enfermidade. Os episódios normalmente são colocados numa sequência de acontecimentos, cuja interpretação temporal não é regra, construindo-se a experiência como processo; **narrativas populares**, histórias contadas e recontadas na comunidade, podem tornar-se lenda (SILVA; TRENTINI, 2002; LIRA et al., 2003).

O tipo de narrativa a ser utilizada em nosso estudo será a narrativa de vivências. A partir da história relatada pelas mulheres idosas participantes da pesquisa, por meio da entrevista em profundidade, construímos três narrativas que nos auxiliam a compreender como se tem dado o cuidado em saúde a essas mulheres.

4.1 Local do estudo

O delineamento da pesquisa está inserido em dois projetos intitulados: “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, aprovado pelo Edital de Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit N 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde: conhecimento para efetivação do direito universal à saúde. O projeto está sob a coordenação da Professora Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

O segundo projeto é intitulado “A integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: um estudo na perspectiva da estruturação de redes. Está sob a coordenação da Profa. Dra. Keila Silene Brito e Silva, aprovado e com financiamento da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco – FACEPE. Ambos estão sendo conduzidos pelo Grupo de Pesquisa de Economia Política da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Nesse sentido, como estratégia metodológica para definição do local deste estudo, uma vez que ele poderia ocorrer em qualquer estado da Região Nordeste, ficou acordado que, inicialmente, seria realizado um levantamento nas bases de dados do SUS, a fim de identificar o percentual de cobertura do Papanicolau e a taxa de incidência do CCU em mulheres idosas, nos estados que compõem a Região Nordeste. Em seguida, a escolha para a realização da pesquisa seria o estado que apresentasse os melhores dados de cobertura para o exame de Papanicolaou e, ao mesmo tempo, as menores taxas de incidência para o CCU. Optou-se por estes critérios a fim de conhecer as ações e estratégias adotadas, na perspectiva de socialização dos programas e ações de combate ao CCU que vem apresentando bons resultados. Nesse sentido, foram coletados ainda os dados referentes aos indicadores do CCU, como: lesão intraepitelial de baixo e alto grau, adenocarcinoma, carcinoma epidermóide invasor, assim como foi calculado o coeficiente de mortalidade para o CCU.

A fim de possibilitar maior conhecimento acerca das formas de proteção a essa faixa-etária da população foi realizado levantamento por meio da internet, contato telefônico e via rede social, com o objetivo de identificar qual dos estados da Região Nordeste apresenta um maior leque de mecanismos de proteção social para a população idosa.

Dessa forma, o levantamento realizado no período de janeiro a maio de 2015 apontou que todos os estados do Nordeste têm implantado o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, sendo o mais antigo em implantação o do estado de Sergipe (1991). Em relação à Política Estadual da Pessoa Idosa, a maioria dos estados possui seu marco normativo específico. Apenas nos estados de Alagoas e Sergipe não foi encontrado documento que se referisse à Política Estadual específica para a população idosa².

Dos demais estados, Pernambuco apresenta a Política Estadual mais antiga (2002), publicada antes mesmo do Estatuto do Idoso. Seu Conselho foi implantado em 1994, dez anos antes da implantação do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa. Foi publicada, ainda em 2012, um plano denominado: Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa. O documento leva em conta as deliberações das três últimas Conferências Estaduais e Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa e os marcos regulatórios existentes em âmbito local, nacional e internacional (PERNAMBUCO, 2012).

O documento apresenta princípios, diretrizes e objetivos que norteiam as ações e está organizado por direitos e temas prioritários. No que diz respeito à saúde, objetiva a promoção, prevenção e recuperação da saúde da pessoa idosa, proporcionando-lhe atendimento especializado e multidisciplinar e garantindo-lhe medicação, exames, reabilitação, acessibilidade e priorização no atendimento. Entre as prioridades, consta a atenção, a reformulação, publicação e publicização do Plano Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

De acordo com o levantamento realizado, apenas no Ceará foi encontrado um Programa denominado “Ceará Acessível”, o qual é voltado especificamente para a população idosa. Ao analisar o relatório de prestação de contas (2007-2010), disponível na internet, no que diz respeito à saúde, verifica-se que ele prevê questões mais gerais e focaliza as ações na atenção básica, com as equipes de saúde da família. Não foram identificadas ações específicas voltadas para a saúde da mulher idosa (CEARÁ, 2010).

² Não foi realizado contato telefônico com estes estados porque eles não apresentam bons indicadores específicos para o CCU.

Sobre os estados da Bahia, Rio Grande do Norte e Paraíba, que apresentaram boa cobertura e as menores incidências, com o primeiro não foi conseguido o contato porque todos os telefones disponíveis na internet não correspondiam ao setor específico; com o segundo, foi realizado contato via rede social e nos informaram que o Conselho deliberou a revisão da política, mas ainda sem previsão para seu início; com o terceiro estado, a pessoa que respondeu ao contato telefônico não soube informar a respeito da revisão da lei.

Foi encontrada ainda em Pernambuco, a Política Estadual de Saúde para a pessoa idosa, datada de 2015 (PERNAMBUCO, 2015). Apenas no Piauí em sites do governo do estado foi encontrada menção a uma política específica de saúde para esta população.

Em relação aos indicadores específicos do câncer cérvico-uterino, de acordo com os dados coletados no Datasus e Siscolo³, foi encontrada maior cobertura do exame preventivo específico para a mulher idosa no estado do Piauí (0,12), seguido por Pernambuco (0,09); sendo a pior cobertura encontrada no Maranhão (>0,06). Em relação à incidência, o estado que apresentou a menor taxa foi o da Bahia (14,43), empatando com a Paraíba (14,43); Pernambuco ficou na sexta posição (20,47).

Diante dos dados apresentados, nenhum dos estados da Região Nordeste conseguiu reunir todos os critérios elencados anteriormente para definição do local da pesquisa. Dessa forma, Pernambuco foi o estado escolhido para a realização do estudo, porque, embora apresente uma alta incidência do CCU para a população total, tem a segunda melhor cobertura específica para a população idosa e apresenta um Plano Integral de Atenção à População Idosa, construído coletivamente, a partir das deliberações de conferências anteriores, no qual aponta, em suas prioridades, a saúde da mulher idosa e, por ser dentre os estados da Região Nordeste, um dos pioneiros na implantação do Conselho de Direitos, assim como na publicação de políticas que visam à proteção social dessa população.

É importante a aproximação deste plano, a fim de identificar seu desenvolvimento, assim como o andamento da política específica de saúde da mulher. Este não é o objetivo principal da pesquisa, mas, como contribuição, poderá provocar os sujeitos e órgãos responsáveis para o desenvolvimento e efetivação do plano, trazendo benefícios para o conjunto da população idosa.

Destarte, escolhido o estado de realização do estudo, foi o momento de definir os locais onde este seria realizado. Após oficina realizada pelo grupo de pesquisa coordenado pela Professora Dra. Adriana Falangola, que contou com a participação do Prof. Dr. Oswaldo

³ Dados disponíveis nos sistemas de informação do SUS, no período de 2008 a 2013.

Tanaka (Faculdade de Saúde Pública da USP), na qual houve a apresentação dos dados coletados até então para a definição do local do estudo, ficou definido que este seria realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e no Hospital do Câncer de Pernambuco.

O primeiro foi inicialmente escolhido por ser o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) do estado, reconhecido pelo Inca e por ter implantado, em março de 2015, o serviço de Oncogeriatría, voltado para a população idosa com diagnóstico e em tratamento de câncer. São oferecidas atividades assistenciais (consultas, interconsultas) com médicos oncologistas, geriatras, equipes de cuidados paliativos e equipe interdisciplinar (fisioterapia, enfermagem, serviço social, psicologia), atividades educacionais e culturais para pacientes e familiares, atividades de capacitação permanente para profissionais de saúde envolvidos no cuidado e a sociedade em geral e produção de conhecimentos científicos que norteiem a melhoria de cuidados nesta população (IMIP, 2015).

O referido serviço possui um banco de dados, no qual identifica as mulheres idosas com câncer do colo do útero que estão em tratamento e seguimento no referido serviço. Dessa forma, no momento em que procuramos a Oncogeriatría para iniciar a pesquisa havia 12 mulheres idosas com diagnóstico de CCU e em acompanhamento pelo serviço que poderiam ser possíveis participantes da pesquisa.

O Hospital do Câncer de Pernambuco foi escolhido por ser referência no cuidado oncológico do estado há mais de 70 anos, sendo responsável por atender mais de 55% da população em tratamento para neoplasia do estado de Pernambuco (HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO, 2015).

No momento da visita para apresentação da proposta da pesquisa, em conversa com os profissionais, identificamos que o Hospital do Câncer não possuía um arquivo em separado contendo informações apenas das mulheres idosas acometidas pelo CCU que estão em tratamento ou seguimento para a doença.

Destarte, a ideia inicial seria realizar a pesquisa nos dois centros de referência para o cuidado em oncologia. Contudo, quando do início das entrevistas junto às mulheres idosas, identificamos que no Serviço de Oncogeriatría do IMIP havia uma facilidade na marcação de consultas para as mulheres que eram acompanhadas no serviço, ainda, nem todos os usuários idosos do IMIP em tratamento para o câncer eram acompanhados na Oncogeriatría, mas apenas os que estavam incluídos em uma pesquisa realizada pelo serviço.

Dessa forma, para que não houvesse vieses na nossa pesquisa, optamos por realizá-la apenas no Hospital do Câncer de Pernambuco.

4.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram as mulheres idosas, a partir dos sessenta anos, com diagnóstico de CCU, em tratamento ou seguimento para a doença pelo SUS. Participaram do estudo cinco mulheres idosas, todas em seguimento para o CCU, no Hospital do Câncer de Pernambuco.

Suas idades variaram entre 62 (sessenta e dois) e 89 (oitenta e nove) anos. Duas delas residiam na Região Metropolitana de Recife (Paulista e Olinda), as demais residiam no interior do estado. Uma informou residir no município de Itambé, Zona da Mata e pertencente à XII Gerência Regional de Saúde - Geres; outra idosa reside no município de Ouricuri, Sertão do estado, pertencente à IX Geres. A cidade da outra participante do estudo é Araripina, também localizada no Sertão de Pernambuco e pertencente à IX Geres.

Nossa proposta para encontrar essas mulheres foi baseada na análise prévia dos prontuários e as entrevistas foram realizadas nos dias de consulta, aproveitando que elas estariam no espaço e não precisariam se deslocar.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Mulheres idosas que estejam em tratamento ou seguimento para o câncer do colo do útero e que iniciaram tratamento a partir dos sessenta anos;
- Mulheres residentes no estado de Pernambuco.

4.2.2 Critérios de exclusão

- Prontuários ilegíveis;
- Dificuldade de memória e de comunicação.

4.2.3 Amostragem

Em relação à amostragem, Deslandes refere que

"[...] a ideia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquelas de cunho qualitativo. (...) o 'universo' em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes" [...] Seria impossível demarcar o número total destas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa desta totalidade. Diante disto, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos

por inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes) (2008, p. 48).

Dessa forma, baseados no pensamento de Deslandes (2008), optamos por não determinar o número de sujeitos participantes do estudo. Concordamos ainda com Fontanella et al. (2011, p. 389), quando afirmam:

“Fechar” a amostra significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados. Nas amostras não-probabilísticas (intencionais), tal definição é feita a partir da experiência do pesquisador no campo de pesquisa, numa empiria pautada em raciocínios instruídos por conhecimentos teóricos da relação entre o objeto de estudo e o corpus a ser estudado.

Durante todo o processo de coleta de dados foram entrevistadas treze mulheres, que atendiam aos critérios de inclusão no estudo. No entanto, é importante fazer algumas considerações. Como dissemos anteriormente, a presente pesquisa é resultado de um constante movimento de (re)construção.

Durante o período da coleta, o grupo de pesquisa se reuniu e, ao lermos as entrevistas realizadas, percebemos que, embora elas respondessem aos objetivos da pesquisa, não atendiam à necessidade de se expressar dessas mulheres. As entrevistas ficaram restritas a um campo biomédico que não daria conta dos nossos desejos também enquanto pesquisadoras. Foi necessário um movimento de reflexão sobre o que estava sendo feito, de onde queríamos partir e para onde gostaríamos de chegar.

Assim, voltamos a campo com um novo olhar e uma nova proposta: ouvir as mulheres, suas histórias e tudo o que teriam a nos dizer. Com essa nova abordagem, realizamos cinco novas entrevistas, nas quais as mulheres nos permitiram ouvir suas histórias repletas de dificuldades, muitas lutas e resistência.

Vale destacar que com uma dessas mulheres foi possível realizar duas entrevistas, uma antes e outra após essas reflexões. Assim, foi possível a construção de um novo olhar e entendimento do papel do pesquisador. Dessa forma, os resultados desse estudo foram elaborados a partir da história dessas cinco mulheres.

4.3 Métodos de coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada em profundidade. A escolha deste tipo de entrevista, como um dos instrumentos de coleta de dados primários, justifica-se por ser uma técnica que objetiva, de maneira geral, entender o significado que os sujeitos da pesquisa atribuem às questões estudadas (MARTINS, 2006).

A opção pela entrevista não estruturada em profundidade está relacionada à sua “flexibilidade em permitir ao informante definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas. Este tipo de entrevista procura intensidade nas respostas, não-quantificação ou representação estatística” (DUARTE, 2005, p. 1).

Diante do impacto na vida das mulheres, a partir do descobrimento da doença, nosso estudo se propôs a efetivamente ouvi-las para falarem de sua vida, de sua luta pela vida, sua busca por cuidados. Entendemos que os resultados da pesquisa poderão revelar uma fotografia de como o estado de Pernambuco, por meio de seus gestores, seus serviços e seus trabalhadores, vem ofertando a assistência à saúde a essas mulheres.

Antes de realizar as entrevistas foi entregue e lido, para cada participante, um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), atendendo às exigências éticas da resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 para o desenvolvimento de pesquisa.

O processo de coleta de dados foi realizado num período de trinta e cinco dias (janeiro a março do corrente ano) e foram entrevistadas no HCP, dez mulheres que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa⁴. Como no Hospital do Câncer não tínhamos acesso prévio às mulheres idosas, nossa estratégia foi a de comparecer no dia anterior, ao setor da Pélvis, para analisar os prontuários e identificar as mulheres que estariam dentro do perfil de inclusão na pesquisa. No dia posterior nós voltávamos e, com a lista das mulheres, as convidávamos para participar das entrevistas.

O presente estudo utilizou duas formas de análise dos dados, a narrativa e a análise de conteúdo, buscando ampliar a possibilidade de compreensão acerca da vida dessas mulheres. Esse processo foi realizado por meio de exaustiva (re)leitura das entrevistas transcritas, assim como nova audição dos áudios, a fim de identificar elementos que pudessem enriquecer os resultados da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, dessa forma, há uma maior apropriação do que está sendo dito, auxiliando no processo de interpretação e análise dos dados.

O processo de categorização dos dados foi realizado com o auxílio do software NVivo, programa de computador desenvolvido pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, fundamentado no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas, a fim de auxiliar na análise qualitativa (Di GREGORIO, 2000; GUIZZO et al.,

⁴ Chegamos a entrevistar no IMIP 03 e no HCP 10 mulheres idosas, por isso, anteriormente mencionamos o número de 13 mulheres idosas que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa.

2003).

O NVivo foi utilizado na perspectiva apenas de contribuir para o armazenamento das informações e de facilitar o processo de categorização e cruzamento das falas, possibilitando a identificação de categorias comuns entre o grupo de mulheres entrevistadas. Neste sentido, as entrevistas foram transcritas e importadas para o programa, a fim de armazená-las de modo agrupado e facilitar o processo de categorização das falas.

Ao contrário do que se pode imaginar, o software não realiza a análise de forma mecânica. A diferença em seu uso está, principalmente, na facilidade de organização do material, de registro e de armazenamento de observações relevantes, bem como na possibilidade de visualizar de modo ampliado as relações estabelecidas entre entrevistados e categorias (SILVA, 2013).

O processo de categorização se dá de forma semelhante ao modo tradicional de análise qualitativa e o papel desempenhado pelo pesquisador é o mesmo. Foram realizadas leituras exaustivas do material, a fim de buscar significados nas falas de cada entrevistado; as duas categorias criadas a partir da análise de conteúdo foram recriadas à medida que as entrevistas eram lidas e relidas.

Sobre as narrativas, “sua interpretação se apoia no pressuposto de que as histórias que as pessoas contam sobre sua doença podem comunicar, de maneira poderosa, as experiências que elas têm com a morbidade” (GARRO, 1994 apud SILVA, 2000, p. 71).

Para a construção das narrativas nos apoiamos nos estudos de Silva (2000) e Silva e Trentini (2002), que abordam o movimento de como devem ser construídas as narrativas. Seus passos foram divididos em seis momentos:

- 1) reelaboração das entrevistas, de modo a transformá-las em discursos; 2) identificação dos conflitos vividos, procurando reorganizá-los em uma sequência que permitisse encontrar conexões com outros momentos dos relatos e com a história que estava sendo contada; 3) destaque das palavras, expressões e/ou frases que se repetiam e de temas abordados com maior ênfase, buscando verificar onde colocavam peso especial em seus discursos; 4) identificação das conexões temáticas, ou seja, o que era colocado para unir os diferentes temas e que ajudou a encontrar o fio condutor em cada narrativa; 5) identificação de manifestações de emoções que davam um tom especial ao que estava sendo contado e 6) identificação do enredo da narrativa, ou seja, qual era a história que estavam contando, o que estavam procurando dizer ao selecionarem aqueles fatos, situações ou comentários, sendo compreendido como a mensagem central da narrativa.

Nesse sentido, as histórias das cinco mulheres resultaram em três narrativas: **raízes e significados sociais do adoecimento; práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde e tecnologias leves no processo de cuidado: acolhimento e vínculo.**

É importante frisar aqui que a análise dos dados realizada não parte do ponto de vista da neutralidade e nem pode ser vista como a única possível. Esse processo é permeado pelo posicionamento da pesquisadora diante do mundo, assim como da teoria que lhe dá suporte. No entanto, houve grande esforço, durante todas as fases da análise dos dados, de apreender o sentido empregado pelas mulheres, assim como as mensagens que elas queriam passar.

Nesse processo, nosso sentimento se assemelha ao que Silva (2000, p. 124) expressa durante sua pesquisa, uma vez que, “ao analisar as narrativas, não estava somente buscando seu sentido, mas, também, sua referência, como aquilo que ia além do dito, que se relacionava com o mundo vivido”.

4.4 Considerações éticas

O protocolo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob número do CAAE 50815615.0.0000.5208. Após sua aprovação, foi enviado para os CEPs do IMIP e HCP. Os sujeitos incluídos no estudo foram orientados sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, e os que concordaram em participar o fizeram por escrito, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foi garantida ao sujeito participante da pesquisa total liberdade em recusar ou interromper sua participação sem qualquer penalização ou prejuízo, assim como total sigilo das informações confiadas ao entrevistador, desde a análise dos dados até a publicação do trabalho no meio acadêmico.

O estudo obedece às normas da Resolução do CNS número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos. Os projetos aos quais o estudo em pauta está baseado também foram previamente aprovados no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Para iniciar a pesquisa nas duas Instituições foi preciso submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco que, após aprovação, o encaminhou para as duas Instituições citadas, para análise e aprovação. Todo esse processo foi finalizado no final do mês de janeiro, momento em que pudemos dar início à coleta de dados.

O registro das entrevistas foi feito utilizando gravações em áudio, com prévia autorização verbal e por escrito das participantes e anotações escritas durante e após a coleta. A pesquisadora se comprometeu a armazenar as gravações realizadas durante o período de

oito anos, de forma segura, em seu computador de uso pessoal, único, ao qual, devido ao uso de senha, somente ela própria tem acesso.

Se comprometeu, ainda, em não ferir a ética na elaboração do texto, referindo todos os autores sempre que utilizar citações e utilizar apenas os dados colhidos a partir do instrumento de coleta de dados, explicitado anteriormente na metodologia.

Para a apresentação dos resultados, a fim de resguardar o sigilo, como preceitua a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS número 466/12, os nomes das participantes foram substituídos por nomes de mulheres idosas que marcaram a história da humanidade em diferentes contextos. Escolhemos mulheres que se destacaram pelo pioneirismo, principalmente em um período em que as mulheres ficavam restritas ao lar; por sua luta pelo feminismo e outras causas.

Essa forma de denominação das entrevistadas é uma maneira de agradecer por suas participações no estudo, compartilhando conosco suas histórias repletas de sofrimento, bem como um meio de homenageá-las por sua contribuição, durante toda a vida, para a construção da riqueza do país, tanto no trabalho nas lavouras, nas plantações, desde que eram crianças, quanto no acúmulo dessa atividade com o trabalho doméstico, contribuindo para a reprodução social de suas famílias e que, mesmo na fase da velhice, momento em que deveriam estar usufruindo de tudo o que ajudaram a construir, continuam lutando para sobreviver com qualidade de vida.

A atribuição dos nomes não foi feita aleatoriamente, mas sim a partir do perfil de cada uma. Procuramos grandes mulheres da história que tivessem semelhanças com as histórias de vida das participantes do estudo.

Assim, os nomes escolhidos foram: **Cora Coralina** – Foi poetisa e contista brasileira, responsável por belos poemas. Elogiada por Carlos Drummond de Andrade, foi convidada a participar da Semana de Arte Moderna, mas foi impedida pelo marido. Em São Paulo, publicou seu primeiro livro quando tinha 76 (setenta e seis) anos de idade; **Irmã Dorothy Stang** – missionária nascida nos Estados Unidos, naturalizada brasileira, fez da sua vida uma intensa luta pelo direito à terra dos numerosos camponeses que migraram para o norte do país em busca de sustento (CHAGAS, 2015); **Simone de Beauvoir** – escritora, filósofa existencialista e feminista francesa. Suas ideias tratavam de questões ligadas à independência feminina e ao papel da mulher na sociedade. Sua obra refletia também a luta feminina e as mudanças de papéis estabelecidos, assim como a participação nos movimentos sociais; **Chiquinha Gonzaga** – destaca-se na história da cultura brasileira e da luta pelas liberdades

no país pelo seu pioneirismo. A coragem com que enfrentou a opressora sociedade patriarcal e criou uma profissão inédita para a mulher causou escândalo em seu tempo; **Maria da Penha** – mulher que fez do seu histórico de violência sofrida por parte de seu então marido uma bandeira de luta pela mudança dos marcos normativos, para que enfim protegessem as mulheres que vivem em situação de violência⁵.

4.4.1 Devolutiva dos dados da pesquisa

O presente estudo prevê a devolutiva dos resultados à Instituição participante. Para tal, nossa proposta é de apresentar os resultados em uma reunião, em formato de apresentação. Essa reunião será agendada previamente e todos os profissionais serão convidados. Embora seja de grande interesse a devolutiva para as mulheres idosas participantes do estudo, entendemos que as dificuldades de deslocamento até o hospital em momentos que não sejam de consulta, inviabilizam um momento para devolutiva dos dados para elas.

4.4.2 Riscos e benefícios

Riscos: Os riscos aos participantes se referem ao possível constrangimento em não saber ou não querer responder as questões abordadas, por se tratar de assunto angustiante. Como tentativa para que as mulheres se sentissem mais confortáveis, houve esforço de criar um ambiente reservado. Assim, as entrevistas foram realizadas de forma individual, nos consultórios que estavam sem uso no momento.

Benefícios: Neste estudo, não estão previstos benefícios diretos. Entretanto, como benefícios indiretos pretende, no momento em que reconhece o sujeito entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para a sistematização de um trabalho, propiciar estímulo à garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

Ainda, a devolutiva constitui um provável benefício que a pesquisa trará aos sujeitos da investigação, na medida em que se propõe suscitar questões pertinentes ao processo de atenção e cuidado prestado à população idosa acompanhada no serviço de saúde estudado e, talvez, uma releitura da prática profissional e do processo de trabalho. E, na possibilidade de publicação desse trabalho, levar essa reflexão para outras Instituições de saúde espalhadas pelo território nacional.

⁵ As referências estão listadas ao final do trabalho.

4.4.3 Limitações metodológicas

Entre as limitações metodológicas do estudo apontamos a possibilidade de as mulheres se sentirem inibidas durante as entrevistas, pela possibilidade de se sentirem coagidas pelo fato de estarem sendo entrevistadas no mesmo ambiente de seu tratamento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As cinco mulheres idosas em seguimento para o câncer do colo do útero, acompanhadas desde o descobrimento da doença no Hospital do Câncer de Pernambuco, tinham entre 62 (sessenta e dois) a 89 (oitenta e nove) anos durante a coleta de dados.

Conquanto, antes de abordar a questão específica do cuidado ao CCU, apresentaremos um pouco da história de vida dessas mulheres, quem elas são e o que dizem sobre si mesmas, a fim de possibilitar uma visão de totalidade acerca da construção do processo de cuidado.

Assim, a apresentação dos resultados foi dividida em três momentos: o primeiro retrata quem são essas mulheres, como elas se apresentam e revelam um pouco do seu perfil. O segundo momento apresenta as narrativas de vivências, elaboradas a partir da história que nos foi contada. Elas respondem ao primeiro objetivo da pesquisa que busca compreender como tem se dado o cuidado às mulheres idosas com CCU. Para elaborar as narrativas foi tomada como base as manifestações comuns de mais de uma pessoa, assim, há necessidade de um processo sistematizado de análise e interpretação. A base da análise é o que há de comum num conjunto de narrativas de diferentes pessoas (SILVA, 2000; SILVA; TRENTINI, 2002).

O terceiro momento foi construído a partir da análise de conteúdo baseada em Bardin (2009), no qual refletimos sobre os elementos identificados que caracterizam a integralidade como princípio no cuidado e as potencialidades e fragilidades da linha do cuidado para o CCU no estado de Pernambuco.

5.1. O que elas dizem sobre si mesmas

Cora (62 anos)

Eu sou de Ouricuri, eu moro lá no sítio (...) pra cidade é duas léguas e meia (...). Toda vida eu morei no sítio, nunca morei em rua. Morei durante dezoito anos numa casa de taipa, mas tinha muita poeira que eu só vivia espirrando direto. Aí, como passamo pra essa casa nova, agora não tem muita poeira. Eu tive dezenove irmão, aí Deus levou três, mas foi dezenove filho que minha mãe teve (...). Pai não botou a gente na escola não, ele não deixava. Eu merma não estudei. (...) Eu tenho vontade de estudar e ele nunca botou. Só botou nós pra trabalhar de roça, plantar feijão, limpar mato. Era só na roça, trabaiano de enxada. (...). Aí só é mermo assim: minha casa e a roça e pronto. Trabalhava na roça, meu marido também, meus filho, tudinho (...)! Eu casei de idade. Eu não tinha vontade de casar, não. Tinha

vontade de ficar solteira. Porque eu via o sofrimento de minhas irmã, via elas sofrendo. Aí eu dizia “quem sabe se eu não vou sofrer também” (...). Quando eu vi ele aí me apaixonei por ele, aí casei. É porque era o meu mermo (...). A vida foi trabaiano na roça só mais ele. Eu casei com vinte nove anos, nos trinta anos foi que eu fui mãe, três filhos. Foi dois homem e uma mulher (...).Eu tive três menino de tempo e eu perdi dois. Aí vai aparecendo assim um por um. Aí eu tive que ligar porque eu não podia mais ter família que adoeci. Aí eu concordei com meu marido que eu ia ligar, porque eu tava só perdendo menino. Aí ele disse que não deixava eu ligar. Eu digo: “pois eu resolver ligar, eu não vou perder menino direto não” (...).Eu me aposentei foi por a idade, eu já tenho sessenta e três ano (...). Já fui criada fazendo as coisa. Nunca me encostei, não. Aí, quando foi depois, eu já não pude mais ir pra roça, fiquei só cuidando da casa (...). Eu nunca tive vida boa não, só trabaiano mermo e cuidando dos menino, dos três filho. A vida foi difícil. Muito difícil.

Dorothy (64 anos)

A gente morava num interior que chama Condado (...). Onde eu nasci, eu não sei nem onde eu nasci, acho que em Goiania, no sítio, agora tô em Itambé. Sou mais gêmea e eu, somos os mais velho/as/as/velhas, meu parecia mora aqui em Olinda (...). Eu só tinha pai, minha mãe tinha falecido já (...) eu tava na faixa de 10 pra 11 anos. Foram 06 filhos, 05 irmãos (...). Me sentia responsável pelos meus irmãos, porque a gente não tem mãe aí tem que fazer as coisas pra gente, tomar conta de casa pra gente. Eu fiquei tomando conta da casa, fiquei tomando conta da minha família, das minhas irmãs, dos meus irmão, do meu pai, cuidava de casa muito nova, fazia tudo da casa, (...) varrer casa, lavar os pratos, fazer almoço, ainda tem janta, tem café, tem almoço. Lavar roupa. Lenha, pra queimar num foguinho de lenha. Lavava roupa no rio. E eu não botei na cabeça pra estudar não. Eu trabalhava era na lavoura, eu limpava feijão, plantava batata, já passei muitos anos raspando mandioca. Eu gostava era de viver pelos matos trabalhando na lavoura, limpava inhame, batata, apanhava feijão verde, gostava muito (...). Eu não casei não, eu ajuntei. A gente foi morar junto eu já tinha mais de 20 anos (...). Ele trabalhava, eu fiquei em casa cuidando das coisas, foi aparecendo filho, fui cuidando dos filhos e depois não deu certo, separou (...). Ele bebia muito, aí tinha que proteger ele, ele ficava arengando com o povo. O povo mandava ele pra fora aí tinha que ir simhora (...). Ele ficava violento, gostava não (...). Eu já trabalhava, arrumava uns dinheirinho aí pagava o quarto, fazia compras, fazia comida pros meus filhos (...). Depois arrumei outro que morreu (...). Ele não bebia não, mas era igual ao que bebia,

problemático ele. Ele era sem terra, morreu enforcado num mato, num cipó. Cuidava dele, cuidava dos meninos e ainda tinha que cuidar dos meus filhos. Aí eu me separei e depois não quero ninguém mais não. Tive cinco filhos do primeiro e cinco do outro (...). Não queria ter muito filho, mas não evitava, às vezes não falava e às vezes não sabia evitar não. (...) Depois que fiquei viúva ficava trabalhando em casa de família. Aí eu arrumava a casa, lavava prato, varria a casa. Aí eu fazia as coisas, ela me dava um trocadinho e eu ia me embora pra casa (...). Eu me sentia melhor na cozinha dos outros, ajudando os outros, não levava sol, não levava chuva, era só fazer as coisas (...). Minha casa é de tijolo, caiadinha, cimentadinha. Por conta do governo mesmo que eu tenho. Mora eu, uma filha e um filho agora e tem uma netinha (...). Consegui agora o benefício.

Simone (65 anos)

Eu nasci em Abreu e Lima. De Abreu e Lima, morei em Mirueira - Paulista. Agora to morando de novo em (...) Paulista. Não tenho mais pai, (...) eu perdi meu pai eu tava com 29 anos, não tenho mãe, não tenho irmão, não tenho irmã, tenho mais ninguém. Tenho só a família mesmo que eu construí, né? Marido, filho, neto. Mas primeira família não tenho mais nenhum (...). Foi 18 irmão. Mas morreram tudinho. Só tem eu só. Sou a primeira e ainda to aqui contando a história. Morreram de doença. Minha mãe saia muito, bebia, minha mãe era desse tipo de mulher assim, gostava de falar, aí deixava os menino em casa tudo com aquela barrigona, os bichinho vomitando. E os menino comiam barro, comiam areia. (...) Eu metia o cacete em um, metia o cacete no outro, levava o menino pra tomar banho, não tinha cama, os menino dormia num colchãozinho no chão. Amanhecia o dia cheio de sujeira, levava pro rio pra tomar banho, entendesse? Aí foi morrendo, foi morrendo. (...) Os bichinho era mago, amarelo, aí morreram tudinho. (...) Só escapou eu porque eu fui criada com meu pai, porque meu pai se separou dela, aí quem me criou mesmo foi minha madrasta. (...) Eu nunca estudei não. Meu pai nunca me botou num colégio não. Botava pra trabalhar. Carregava almoço pra fábrica. Carregava almoço, carregava café. Ganhava um trocadinho, dava a meu pai pra ele comprar as coisas dentro de casa. (...) Nunca estudei. Nunca. Eu tinha muita vontade de estudar. Eu ia levar os meninos pro colégio, ficava na porta... Não tinha condições, né? (...) Você me mandando escrever umas letra dessa, eu escrevo tudinho. Só que eu não sei juntar as letras, dizer nome. (...) Era só trabalhando. Eu quis casar, meu pai não queria não. Mas eu quis. Aí fugi. Aí meu pai (...) chegou lá em casa com a espingarda pra matar (...) “Você vai ter que casar”. E casemo. Mas não deu certo. O primeiro marido não deu certo aí eu

deixei com o casal de filho lá em São Paulo com ele. A menina já tava com 10 anos, (...) meu primeiro filho mesmo foi com 16 anos. Aí eu vim me embora (...) O segundo foi só que eu trabalhava num bar em Itamaracá, era nova quando deixei o primeiro marido, fui trabalhar num bar em Itamaracá aí depois que cheguei aqui, arrumei esse. Aí eu fui morar com ele, com 06 meses de bucho dele aí chegou uma mulher na minha porta com 03 filhos e bucho de 01 (...). Se o marido é seu, é seu. (...) Juntei minhas coisinhas e fui embora. Quando cheguei na casa do meu pai, meu pai conversou brabo comigo que não ia criar filho de ninguém (...). Eu vou dar, eu tenho fé em Deus que vai aparecer uma pessoa boa que queira criar uma criança. Quando eu descansei da menina (...) só foi o dia que eu vi (...). Cabousse. De lá pra cá, não tive mais notícia. Foi quando apareceu esse outro e to com ele até hoje, faz 39 anos. Mas é luta, né? Porque a pessoa pra conviver com outra tem que ter muita paciência. O primeiro filho dele que eu tive tá com 39 anos, pegou 26 anos de cadeia, tá na cadeia. Aí tem o quê? Três fêmeas em casa. Uma dele com outra mulher e duas minha. (...) Eu tenho uma loja em casa, loja de roupa, loja de plástico, de alumínio. Tudo que você procurar, na minha casa tem. Agora, assim, batalhando fora, pra juntar aquele dinheirinho pra levantar uma coisinha dentro de casa. E eu não sei nem passar um troco. (...) Às vezes eu deixo ele em casa, ele chega em casa depois do almoço dormindo e eu vou mimborá com a sacola vender minhas coisas. (...) Sol quente desse é que eu vou andar, aí vou andando, 5 Real que eu vender já é alguma coisa. E eu tenho o que, três netos dentro de casa (...) desde novinho, só tem pai e mãe só no nome. A responsabilidade é minha. (...) Olhe! É um aperreio na minha vida. Muita dificuldade. (...) Nós tem que suar, nós tem que lutar, né? Pra ter alguma coisa. (...) Consegui me aposentar, graças a Deus.

Chiquinha (77 anos)

Sou de Araripina, nasci e me criei em Araripina (...). Eu fui criada sem mãe, mãe morreu bem novinha, pai morreu com sessenta anos, mãe morreu com trinta anos, aí deixou três irmão. Eu sou a mais velha de tudinho. Aí morreu meus irmãos tudo do coração, os bichinhos era “pofi”, caindo e morrendo. Quando mãe morreu foi minha vó quem me criou e quando pai morreu eu já tava grande (...) já foi eu que cuidei dele. (...) Eu não estudei porque no tempo que eu fui criada tinha os estudos quando os pais pagava. Fiquei em casa lutando, só lutando dentro de casa, pai ficou viúvo e eu sou a mais velha, eu cozinhava de comer, aprendi a cozinhar de comer pra ele na roça, trabalhando e eu cozinhando de comer e conversando mais minhas colegas (...). Arrumei um namoradinho quando eu já tava grande. Não casei

não, quando eu ia casar com ele aí eu fiquei com ele, aí tive meus filhos, (...) tinha 35 (trinta e cinco) anos quando eu tive meu derradeiro fi. (...) No tempo que eu tive meus meninos nós num ia pra hospital não, tinha tudo era em casa. (...). Aí quando foi um dia uma sem vergonha teve um filho e colocou pra ele aí ele foi embora, aí ele pejejou pra eu ir mais ele, mas nesse tempo pai era viúvo aí se eu for pai morre de fome mais os meninos, eu não vou não deixar meu pai sozinho aqui e ganhar o mundo mais o homem. Fiquei mais meu pai, fiquei com ele, tratei com ele até na hora da morte dele (...). Tive meus três filho, tinha trinta e cinco anos quando eu tive meu derradeiro fi, e eu disse nunca mais eu nem faço ligação nem quero mais homem, nem que ele venha coberto de ouro. Fui trabalhando, fiquei trabalhando que meus meninos eram desse tamainho pequenininho, tudo pequenininho quem criou foi eu trabalhando, eu trabalhava pra mim, trabalhava pras mulher tudo, fazia uma coisa pra uma mulher, fazia uma coisa pra outra, lavando roupa, lavando roupa pra elas, panhando feijão na roça, quebrando milho tudo isso eu fiz minha filha, tudo isso pra viver. Trabalhei até quando eu aguentei, quando eu não aguentei mais (...), me aposentei pelo INSS, mas só da pra comprar meu remédio, às vezes nem dá pra comprar o remédio que é pouquinho, é bem pouquinho é o maior sacrifício.

Maria (89 anos)

Sou de Limoeiro, nasci lá e me criei lá e me casei lá (...). Tenho oitenta e nove anos, certinho. Mamãe teve cinco filhos, dois filho homem e três mulé (...). A gente do interior começa cedo no trabalho pesado, com cinco ano já começa fazendo serviço de casa. Comecei a trabalhar com dez ano, trabalhei muito na enxada e ainda aprendi a costurar, que eu costurava minhas roupa. Papai comprava aquelas enxadinha pequenininha batidinha e acunhava bem (...). (...) A vida do interior é isso. (...) Eu aprendi a fazer, o que a gente no interior chama, loiça de barro, fôrma, barro, pote, tigela, panela, (...), tacho, aprendi a fazer. (...) Papai vendia lá em Limoeiro. Tinha um rapaz que vinha comprar em casa, não sabe? Comecei a trabalhar muito cedo. Eu e todo mundo do interior. (...) Eu só estudei um ano e seis mese, porque papai me tirou da escola quando viu que eu aprendi a ler. Tinha uma boa memória. Eu aprendi a ler, a escrever, que eu escrevia até carta (...). Me botaram na escola no meio de setembro, do mês de setembro, eu passei setembro, outubro, novembro, dezembro, fiz primeira comunhão. Eu já era moça, tinha catorze. Aí, me tiraram da escola pra fazer a colheita. Eu passei não sei quantos meses sem ir pra escola. Depois fui pra escola. Voltei pra escola em janeiro. Estudei em janeiro, fevereiro e março. Depois saí da escola pra fazer a planta da roça. Papai

cavando e eu plantando. Quando eu terminei de plantar tudinho, voltei pra escola. Então, estudei assim, não foi nem um ano e seis mês, não. Aprendi a ler e a escrever e a contar porque eu tinha uma boa memória. Eu tinha quinze ano quando ele me tirou da escola, não voltei porque ele não deixou. Eu casei com o primeiro namorado. Não! Casei com o terceiro (...). Casei com dezessete, na casa dos dezoito. (...) Eu fui casada com ele sessenta e cinco ano e ele morreu agora, (...) acho que ainda amo ele. Eu pensava que eu não tinha filho. Eu passei três ano e eu doida por filho. Assim mermo, eu ainda tive oito. É porque quatro, quatro... eu era tão ruim no mundo que eu ficava grávida e perdia (...). Pra chegar aqui (Olinda) foi um sacrifício. Eu fui primeiro pra São Paulo, sofri muito em São Paulo, quase que não volto. Porque as pessoa vai pra São Paulo pra melhorar de vida (...). Eu passei ainda três ano em São Paulo. Aí, a gente arrumou um dinheiro e foi simhora, não foi mais pra Limoeiro foi pra Recife. Quando a gente chegou, que a gente chegou sem nenhum tostão, a minha cunhada vendeu uma casa à gente fiado. Meu co-cunhado tinha um armazém, encheu a casa de tudo: farinha, feijão, arroz, macarrão. A gente ia pagando (...). Aí a gente trabalhou direto na venda num instante pagou, num instante pagou a casa e num instante pagou a venda. Aí, meu marido sentiu folgado com dinheiro e foi dar uma de solteirão. Mas ele não soube possuir dinheiro. Tem homem que não sabe possuir dinheiro (...). Começou namorando, começou saindo. Os menino tomava mais conta da venda do que ele. Eu fiquei tomando conta da casa também. Mas a gente quando é casado, o marido da gente é que é dono de tudo, quem pega no dinheiro, quem faz tudo (...). Ele deixou o instituto dele pra mim. Aí, eu tenho a renda do instituto, que ele não pagou meu instituto, mas pagou o dele.

O encontro com os relatos sobre uma parte da história de vida dessas mulheres nos leva para uma série de reflexões. São relatos de sobreviventes de um modelo de saúde que, no período em que nasceram e foram se constituindo enquanto mulheres, não era universal e tampouco suas ações se pautavam na perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população.

Simone traz um relato impactante, de uma verdadeira sobrevivente de um modelo de atenção à saúde excludente, ao ser a única viva de dezoito irmãos que morreram não apenas pela negligência da mãe, mas principalmente do Estado Brasileiro, em um período em que a saúde não era garantida como um direito social.

Salta à vista, em uma nova aproximação, os desejos delas pela educação, ao mesmo tempo, o desapontamento por não lhes ter sido garantido o acesso. A ausência do estudo fez

com que elas se somassem à estatística do conjunto de idosos/as analfabetos/as no país. De acordo com dados do último Censo realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, as pessoas idosas das áreas rurais tinham taxa de analfabetismo maior que as das áreas urbanas — 61,3% contra 34,5%. Ainda, havia maior proporção de mulheres idosas analfabetas (40,6%) que de homens (37,5%). A maioria da população não-alfabetizada no Brasil é composta por pessoas de idade mais avançada, ou seja, idosos/as e adultos/as mais velhos/as, especialmente as mulheres, os negros e afrodescendentes, os indígenas e os residentes nas áreas rurais e na Região Nordeste (IBGE, 2010; PERES, 2010).

A inexistência, no Brasil, de políticas educacionais direcionadas às pessoas idosas e à superação do analfabetismo pode ser observada na ausência dessas questões nas leis específicas, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, a LDB (PERES, 2010). O autor ainda aponta que, embora tenhamos hoje o Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA), como única alternativa educacional destinada à população “fora da idade escolar”, esse não foi um Programa pensado para a população idosa, considerando suas particularidades, mas, sim, para o conjunto dos adultos, sem diferenciação. Sabemos a importância da educação e o seu poder libertador, capaz de transformar vidas, assim como suas implicações na vida de quem nunca teve acesso à educação formal. Não saber ler e escrever significa não dispor dos recursos de interação com o “mundo civilizado” da sociedade ocidental capitalista (PERES, 2010).

Nesse sentido, além de excluir os sujeitos, o não acesso à educação penaliza também a mulher enquanto cidadã, ciente de seus direitos. A informação é capaz de gerar autonomia e proporcionar, conseqüentemente, condições de lutar por melhor situação de vida. Pesquisa realizada em 2008, no estado de São Paulo, em três Núcleos de Convivência de Idosos/as, conveniados à Secretaria de Desenvolvimento Social, revelou que, dos/as idosos/as entrevistados/as, apenas 49% afirmaram conhecer seus direitos. Dos/as participantes do estudo, 95% eram mulheres e 57% eram atendidos/as no setor público de saúde (MARTINS; MASSAROLLO, 2010).

O nível de escolaridade compõe o rol dos fatores de risco para o CCU. Nesse sentido, chama a atenção o fato de o maior número de analfabetos na população idosa se concentrar em mulheres e na área rural, onde historicamente há uma ausência ou atuação mínima do Estado, com obstáculos de acesso aos diferentes serviços. Como percebemos quando Cora diz que, na área onde mora, só tem “*sua roça e sua casa e pronto*”; ao mencionar o posto de

saúde de cobertura da região diz que o mesmo “*fica na cidade, a duas léguas de distância, assim como a escola*”.

Em contrapartida, faz-se necessário refletir acerca das condições socioeconômicas vigentes na época em que essas mulheres nasceram. O Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê a proteção social desse público, garantindo-lhes direitos nunca antes pensados, inclusive o direito à educação, data apenas da década de 90. Até então, as crianças e os adolescentes eram vistos como propriedades de seus pais. Apenas no século XX há formulação dos direitos básicos das crianças e adolescentes, reconhecendo que eles são seres humanos especiais, com características específicas e que têm direitos próprios (MARCÍLIO, 1998). São essas mediações necessárias para entender as relações de poder existentes entre pais e filhos.

Sobre as condições econômicas, no século XVIII a falta do braço escravo trouxe consequências para os trabalhadores agora “livres”. Lavradores empobrecidos trabalhavam a terra com suas famílias e aceitavam membros subsidiários para ajudar no trabalho diário (SAMARA, 2002).

O processo histórico de formação da Região Nordeste explica as desigualdades sociais que hoje a retratam. As Capitanias Hereditárias ⁶, forma de administração territorial do Império Português datando do século XVI, marcam até os dias atuais a realidade da Região, uma vez que o coronelismo e a concentração de terra ainda persistem, propiciando o aprofundamento da pobreza entre aqueles que dependem de sua própria força de trabalho para sobreviver. A existência do latifúndio explica, em parte, a maior incidência desse problema na Região Nordeste, propiciando uma maior concentração de renda e também da propriedade rural (IBGE, 2000).

No contexto das transformações dos sistemas de proteção social, sob os efeitos das restrições econômico-financeiras pós-década de 70, “com a crise do capitalismo e o avanço do neoliberalismo, a sociedade civil e, mais especificamente, a família, aparecem com renovado papel na proteção social (TEIXEIRA, 2008b, p. 61).

Assim, não obstante a família constituir um espaço importante de proteção social, principalmente após a diminuição no papel do Estado na garantia e defesa dos direitos sociais, ela é permeada por um emaranhado de complexidades e se organiza de acordo com a realidade na qual está inserida e que é determinada historicamente. Ao analisar esse aspecto, a partir dos relatos, fica claro que refletir sobre essas mediações se torna um exercício fundamental.

⁶ Para maiores informações sobre as Capitanias Hereditárias, ler: José Batista de Carvalho (2008).

À época, o Estado não se posicionava por meio da legislação e de políticas públicas de proteção social para o conjunto da população, o que refletia diretamente na vida das pessoas idosas, condições que perduram até os dias atuais.

Todas as mulheres destacam o trabalho em suas vidas, tanto na agricultura, quanto o doméstico. O trabalho é a categoria fundante do ser social, elemento estruturador das relações sociais e modificador da relação entre homem e natureza (MARX, 2006; TEIXEIRA, 2008a). Os dados do Censo 2000 (IBGE) revelaram que os principais setores de atividade das pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas em 1940, eram agricultura, pecuária e silvicultura, juntamente com as atividades domésticas e escolares, que absorviam 73,6% das pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas (IBGE, 2000).

Os dados do último Censo do IBGE (2010) apontam para a proporção de mulheres aposentadas (45,9%), menor que a de homens (77,7%). Para o Instituto isso se deve ao tardio ingresso delas no mercado de trabalho. As regiões com proporções maiores de aposentadas são Nordeste (63,1%), Norte (51,6%) e Sul (44,8%). Há maiores proporções de aposentados no Sul (80,8%), Nordeste (79,9%) e Sudeste (77,9%). No Sudeste, o percentual de aposentadas (36,5%) é bem inferior ao dos homens.

Uma das entrevistadas refere ser pensionista, embora tenha trabalhado a vida inteira com seu marido, relata que o mesmo “*não pagou seu Instituto*”. Assim, ela acabou não tendo o direito a se aposentar. Entre as pessoas de 60 anos ou mais, o percentual de pensionistas homens (0,8%) é bem inferior ao de mulheres (20,7%), devido à quantidade de viúvas nessa faixa etária (IBGE, 2002) e também ao tardio ingresso da mulher no mercado formal de trabalho.

Ao adentrar nos aspectos sobre a vida amorosa, percebemos as fortes relações de gênero que marcam a vida dessas mulheres. Há a necessidade, muitas vezes, de se impor para que o desejo sobre seu próprio corpo seja respeitado. Percebe-se que a relação de poder masculina sobre elas é repassada do pai para o marido. Saffioti (2001, p.115) refere que no “exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio”.

Cora inicialmente diverge do perfil das mulheres de sua época, ao dizer que “eu casei de idade”. Para essas mulheres, a lei ou os costumes impõem-lhe o casamento (BEAUVOIR, 1970). Embora algumas delas relatem que não chegaram a se casar, mas, como dizem, “*me ajuntei*”, ou como é dito por algumas delas que tiveram mais de um companheiro, percebe-se

que conseguiram romper com normas e padrões historicamente definidos para as mulheres, que não consideram seus desejos para a condução de suas próprias vidas.

A maternidade é algo presente na vida delas, algumas explicitando o desejo de ser mãe e outras que relatam não querer ter tido tantos filhos, mas não sabiam como evitá-los. À mulher sempre foi reservado o espaço domiciliar e o papel da maternidade. Essa construção histórica tem profundos reflexos na compreensão do que é ser mulher, interferindo diretamente nas políticas de saúde voltadas para elas, que as enxergavam apenas como reprodutoras. Como já dito, o movimento feminista tem papel fundamental na construção de um novo olhar para essas mulheres, um olhar que deve perpassar todas as políticas públicas.

Embora não seja objetivo desse estudo aprofundar as reflexões sobre as questões de gênero na vida dessas mulheres, podemos perceber que essas relações permeadas pelo poder de um sobre o outro marcaram as suas vidas, nos diversos momentos em que não puderam ter voz para tomar suas próprias decisões. Ao mesmo tempo, constatamos que muitas delas conseguiram romper com padrões definidos e, mesmo com todo sofrimento, lograram construir uma história de vida que é só sua, mesmo com a interferência de pais ou maridos/companheiros.

5.2 Narrativas sobre o cuidado em saúde às mulheres idosas com câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde

Esse item será apresentado em formato de narrativa, unindo as cinco histórias das mulheres que acabaram de ser apresentadas e que, embora não se conheçam, têm muito mais em comum que apenas o CCU.

Nesse sentido, esse segundo momento é composto de três blocos, narrando os seguintes aspectos: **Raízes e Significados Sociais do Adoecimento; Práticas de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde** e, por fim, **Tecnologias Leves no Processo do Cuidado em Saúde: Acolhimento e Vínculo**. A proposta é ter, ao final da discussão das três narrativas, um cenário relatado pelas próprias mulheres nos aproximando da forma como elas recebem o cuidado ao CCU no SUS.

RAÍZES E SIGNIFICADOS SOCIAIS DO ADOECIMENTO

Mulher, eu era sadia, eu não sentia nada, nada, nada, nada, eu não sentia nada eu trabalhava, eu fazia tudo, lavava roupa eu não sentia nada. (...) Os Dr. em Araripina a gente ia quando tava precisando. A gente ia, se internava.

A minha menstruação acabou uns cinco anos atrás (...). Quando foi 2014, apontou uma água. Uma conhecida de meu marido lá chamou pra nós ir pra Petrolina. Aí eu fui, quando cheguei lá, eu fiz os exame tudinho e ela disse que eu não tinha doença. Só tinha mermo uma água saindo. E o dia foi passando, o tempo foi passando e depois da água apareceu o sangue. Aí eu sangrei um ano.

Eu perdendo sangue, perdendo sangue, eu agora com um modesszinho, daquele que usava pra não passar, botava um paninho assim, ficava o dia todinho, só pingando. Aí as pessoas diziam “Isso é a menopausa (...) tome isso” eu tomava e não parava nada. Aí meu marido disse: “Isso não é normal não”.

Ai eu disse agora eu vou morrer porque velha menstruando no instante morre.

Ai depois quando isso começou ai foi cheia de dor, era dor, (...) ai eu ia todo mês pro Dr., pra Dra. e ninguém nunca falava nada. Passava remédio, eu tomava e começando, começando. Quando foi numa semana, eu tava em casa só, deu um desmantelo n’eu, uma hemorragia, um sangue rosa. Eu fui e falei com uma vizinha, a menina foi e conseguiu a ambulância.

Aí comecei a caminhar pra Araripina pro Doutor e lá gastei minha filha, gastei assim mesmo sem ter, (...) paga a gente paga, lá a gente vai pagando! (...) Primeiro a gente faz a consulta e paga e depois ele interna a gente é assim.

Eu fiz todo exame, (...) fiz a biópsia foi tudo particular (...). Eu nem lembro quanto foi, que meu marido me dava mil real, aí não dava pra nada. Aí, eu pegava mais, pegava mais, era assim e era muito exame que ele pedia.

Essa biópsia doeu pra lascar, ai o Dr. disse, agora eu vou mandar pra fora essa biópsia, aí quando eu mandar pra fora ai eu vou conseguir ver se eu faço a sua cirurgia. Com quinze dias que a biópsia chegou ele disse “pois eu vou mandar a senhora pra Recife, porque pra cá não dá certo não” Eu digo: “pra Recife? Eu, senhor?!”, ele disse: “sim”, como é que eu vou pra Recife? Ele disse: “pois eu vou mandar a senhora pra lá, porque pra cá não dá certo não”.

Agora vão procurar o carro logo pra levar ela amanhã de todo jeito. Aí a gente vei simhora no outro dia. (...). Encaminhou eu pra cá, mandou eu urgente, urgente.

Aí eu vim mulher pra aqui, cheguei aqui já sofri, já chorei, já fiz toda bagunça.

Eu não sabia que tinha câncer.

Mas era doença já: começo de câncer.

O médico falou, ele não disse a eu logo não (...), falou pra minha enteada. Aí, minha enteada chamou meu sobrinho e disse a ele que eu tava com um tumor no útero e um começo de câncer. Aí, não me disseram, não. Eu sube aqui, quando eu vim fazer as consulta, ele disse: “Sabe por que tá encaminhando aqui por Hospital do Câncer?”, aí eu disse: “Não, que eu já passei por um bocado de médico e eles não diz nada”, aí ele disse: “que a Sra. tá com começo de câncer”. Aí, eu disse: “Eu vou morrer?”, aí ele disse: “Não, nós vamos curar a Sra. A Sra. vai ficar boa, vai sair daqui boa”.

Botou uma psicóloga pra conversar: “mas, meu filho, (...)” a gente tem que viver disso ou daquilo, né? E vai ter que morrer. Esse negócio assim sei lá, eu não fui criada, não sou acostumada com tanta conversa. (...) Vamo tentar, vamo pedir a Deus, primeiramente, Deus é o médico dos médicos, médico não cura ninguém, né? Deus é quem cura. É quem dá sabedoria ao povo, né?

O que me incomodou mais foi esse tal de câncer que eu não sei o que é, é matador, disse que é matador.

(...) o tratamento do câncer é violento, viu? Violento.

E eu fiquei assim imaginando que eu ia morrer, porque o povo diz que quem tem um câncer não escapa.

É terrível o tratamento do câncer, é terrível. Só faz quem tem vontade de viver, viu? Porque se a pessoa não tiver vontade de viver, meu Deus do céu! É terrível. Às vezes eu chegava assim numa sala, as mulher tremendo, as mulher perdendo sangue. Eu digo: “Doutor, eu vou subir nessa mesa?” aí ele falou: “vai.” Meu Deus do céu, as lágrimas desce. Mas tem que confiar primeiramente em Deus.

Como eu sofri, sofri, sofri, mas estou melhor, graças a Deus não senti mais nada, assim (...), num sei né. Deus é quem sabe, mas tô com quem tô.

A narrativa acima apresentada, construída a partir da entrevista em profundidade, nos mostra um misto de sentimentos. Destaca-se o sofrimento relatado, antes e após a descoberta da doença, no período do tratamento. Assim, o sofrimento envolve diversas dimensões. Na dimensão física, a dor é presença constante na vida, fazendo parte dela desde antes do descobrimento da doença. Podemos apontar, como uma de suas causas, a busca por cuidados

em saúde que se dá tardiamente, acarretando mais dor e sofrimento por descobrir a doença já em um estágio avançado.

Envolve também a dimensão subjetiva, uma vez que, ao não ter compreensão do que significa a doença e o que ela pode causar, rebate o medo do que possa vir a acontecer a partir de agora. Pesquisa realizada por Santos et al. (2011), com cinquenta mulheres idosas que procuraram atendimento espontâneo em uma Unidade de Saúde da Família – USF no estado do Piauí, constatou que as entrevistadas conheciam o câncer do colo do útero e quase sempre esse saber estava relacionado ao acometimento da patologia por alguém próximo, ou mesmo por terem lido ou ouvido falar sobre o assunto.

Nosso estudo aponta para uma direção contrária, na qual as mulheres não conheciam a doença previamente. O ideário sobre o câncer baseado na crença popular faz o medo da morte algo constante. Em um estudo de revisão não-sistemática da literatura, cujo objetivo foi compreender a percepção da morte nos diferentes ciclos vitais, Borges et al. (2006) encontraram que, no idoso/a, a morte é mais bem aceita e sua percepção depende sobretudo da satisfação previamente auferida com a vida.

Por não conhecer, inicialmente, a manifestação do câncer, a magnitude da doença, assim como o processo necessário em busca da cura ou alívio da dor, o medo se faz presente, assim como permanece ao longo do tratamento, mesmo quando o conhecimento em torno da doença vai sendo construído no processo. Em pesquisa realizada com mulheres que se submeteram à braquiterapia para tratamento do CCU, Soares et al. (2016) destacam que, quando as mulheres não são preparadas para o procedimento, a interpretação é de que se trata de algo simples, uma espécie de trégua em compensação ao que já haviam passado anteriormente, o que muitas vezes não acontece. Os altos números de incidência e mortalidade da doença na população, ainda, a transformação causada na vida das pessoas, havendo necessidade de acessar diferentes serviços e procedimentos, muitas vezes com grandes dificuldades geram angústia em quem se vê agora acometido pela doença.

Por fim, o sofrimento envolve também a dimensão econômica, uma vez que o aparecimento da doença implica em maiores gastos financeiros com o consumo de diferentes tecnologias para a garantia do cuidado em saúde. O fato aponta para além da negação dos direitos previstos em diversas legislações de proteção social às pessoas idosas (Constituição Federal, 1988; Lei Orgânica da Saúde, 1990; Estatuto do Idoso, 2003; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006), para falhas na política de saúde, que não consegue dar as respostas aos seus usuários diante de suas necessidades.

Pode então acontecer esses dois extremos, mas ambos, de qualquer forma, negam o direito à compreensão da totalidade do processo saúde-doença, das ações individuais e coletivas que podem prevenir o surgimento da morbidade. Percebe-se que, mesmo se sentindo melhor, ainda restam dúvidas se a doença regrediu, se já pode se considerar curada. Durante o tratamento, é importante que as mulheres sejam preparadas e informadas, e suas dúvidas sejam esclarecidas, evitando-se respostas evasivas (SOARES et al., 2016).

Dessa forma, fica-se no limbo, entre o medo, o sofrimento diante da doença e o ideário popular em torno dela, de que o câncer é matador. Ao mesmo tempo, não se percebe por parte da equipe que assiste essas mulheres, uma ação no sentido de dialogar sobre essas dúvidas e sentimentos, fragmentando o cuidado, ao garantir apenas a assistência, sendo que o diálogo sobre essas questões é fundamental para a materialização da integralidade na prática. Percebe-se que há, assim, uma fragilidade no cuidado, ao não munir a mulher com todas as ofertas necessárias para que enfrente esse processo consciente do que ele pode causar em sua vida.

Esclarecer as dúvidas e discutir a proposta terapêutica para cada paciente é responsabilidade da equipe de referência. Sem isso, a mulher acaba recorrendo apenas à Deus e depositando nele toda a esperança de melhora em sua bondade divina, de que Ele oriente os profissionais nesse cuidado e que, enfim, seja feita a sua vontade.

Entendemos que a crença religiosa, para quem a tem, é importante durante todo o processo do tratamento, mas ela não deve ser a única referência de suporte à qual o paciente pode recorrer. É fundamental que o usuário obtenha respostas às suas necessidades sociais em saúde e possa contar com outras ofertas e outros espaços promotores de cuidado.

É importante destacar que a efetivação desse outro olhar por parte do profissional de saúde não pode perpassar, exclusivamente, por uma questão individual. A cobrança pelo maior número de consultas e procedimentos é uma constante. Assim, para além das condições de trabalho que muitas vezes são precárias, o profissional precisa atingir metas diárias de atendimentos, números esses que violentam e adoecem ainda mais profissionais e usuários. Vasconcelos (2011) aponta ainda para a falta de recursos humanos, o que acaba sobrecarregando os profissionais, impedindo-os de garantir um atendimento de qualidade a todos os seus usuários.

Reforçamos que essas respostas não dependem apenas dos profissionais à frente do cuidado em saúde, mas, principalmente, do Estado enquanto garantidor do bem comum, cujo papel de proteger a população garantindo-lhes condições dignas de vida deveria ser sua maior atribuição.

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

Nunca tive uma prevenção, (...) nunca procurei uma prevenção.

Eu não gostava de fazer a prevenção, porque só foi com homem, aí não gostava. Eu digo: “vou fazer não”. (...) Aí, depois eu encostei, aí foi que eu não fiz mesmo. (...) Sabia não que tinha que fazer.

Não sabia, ouvia as mulher dizendo que fazia prevenção era pra fazer, mode espiar-se que num tinha alguma coisa e tudo, aí eu disse mesmo assim: “eu não vou não andar arribando a roupa pra esses homem, vou nada arribar minha roupa de jeito nenhum”, aí quando foi agora minha filha morri de vergonha.

Por isso que acusou também mais (...). Eu tinha vergonha. (...) A agente de saúde chamava, eu não ia, aí ela num chamava de novo mais não. Eu tinha vergonha. Em Itambé tão fazendo os exames, às vez chega, às vez num chega (...).

E eu fiquei assim pensando: (...) “oxente, e a pessoa precisa fazer todo ano, é?”.

As menina que dizia “É importante, menina, fazer prevenção. É importante” “Que nada, menina. Que exame feio danado. A pessoa chega lá, se abrir pra fazer exame! Eu vou nada, eu morro, mas não faço” aí Deus dá o castigo é na hora. (...) Nunca fiz, nunca fiz exame de qualidade nenhuma. Nunca tomei uma vacina. Nunca. Até meus filhos hoje, nunca dei uma vacina nos meus filhos. Nunca levei pra médico. (...) Eu acho que sei lá, era costume de ser criada... Minha mãe tinha dezoito filhos, minha madastra teve uns seis filhos com meu pai. E ninguém via negócio de médico, negócio de agente de saúde, ninguém via nada. Era somente comer e dormir, comer e dormir, e acabou-se. Quando tinha uma doença grave, morria. Chegava no hospital, morria, né? Mas eu nunca fui pra médico, não. To indo pra médico desse tempo pra cá. Mas eu nunca fui pra médico. (...) O pessoal dizia: “Por que a senhora não vai pro posto?” “Fazer o que menina, se eu não to sentindo nada?!” Foi pior né? Se eu tivesse feito, talvez não tivesse acontecido.

Nunca fiz a prevenção em posto não. Tinha ido uma vez fazer o exame em Recife, fiz lá naquela praça mesmo e eu nunca recebi esse exame que eu fiz. Aí eu disse: eu acho que não precisa fazer essa prevenção todo ano não.

Só tem o posto na rua, vou fazer uma consulta, vou fazer um exame as vez, um exame de sangue.

Eu fui pra hospital quando eu adoeci de câncer. (...) Aí, eu falei com as menina “marque pra mim médica, que eu não quero falar com homem. Eu tomei vinte e oito aplicação daquela que

a gente entra numa máquina. Chega queimou minha barriga, assim, sabe? Aquela dor de barriga que dá um fastio. Só não tira sono. Ai, quando eu saí, quando eu terminei a aplicação, aí eu passei três dia com o raio vaginal, sabe? (...) Chega enjoa. Vixe, passei três dia deitada, sem me mexer. (...) Aí eu voltei pra tomar soro, tomei muito soro. Mas não foi daquele que cai o cabelo, não. (...) É tão violento (...). O Dr. (...) disse: “o que é que você sente?”, eu disse: “eu sinto... parece que eu tô cheia de bicho”.

Quando foi no primeiro de julho, eu vim pra começar o tratamento. Ligaram pra nós que a máquina tava boa podia vim pra fazer o tratamento. (...) Aí, no mês de julho, no primeiro de julho eu vim mais minha filha (...), aí já começou o tratamento no outro dia (...). Passei um mês e vinte dia na casa de apoio, vim de lá pra cá.

(...) Depois fui me bora pra casa, passei 8 (oito) dias em casa voltei de novo, aí vim de novo, aí passei 15 (quinze) dias, ai fui me bora pra casa.

Quando eu tomei o soro 02 dias, parou o sangue. (...) Foi fácil conseguir atendimento aqui, meu marido foi pra sala ali fazer cartão, não sei o que. Aí entrei, fiz logo a biópsia e pronto. Mandou vir buscar, quando tirar o negócio de dentro, né, dentro de 24 horas. Aí vim buscar o resultado, aí acusou. Aí entrei em tratamento ligeiro. (...) Tem uns 04 anos ou mais que eu venho me tratando disso.

A narrativa apresentada aponta para o desconhecimento das formas de prevenção da doença, assim como fica latente o peso do que significa “abrir as pernas” para uma pessoa que lhe é estranha, principalmente quando esse cuidado é encabeçado por um profissional do sexo masculino.

Costa et al. (2010) realizaram um estudo com 46 mulheres idosas em uma Instituição Asilar, na Cidade de Fortaleza. A pesquisa revela que, quando indagadas sobre o exame de Papanicolaou, 21,7% das mulheres revelaram nunca o ter realizado. Elas alegaram o não interesse em realizá-lo por diversos motivos: não estar com vida sexual ativa; o medo e a vergonha; não achavam o exame importante, diante da proximidade da morte. A pesquisa ainda encontrou que, das mulheres entrevistadas, 63,9% não tinham regularidade na realização dos exames.

Outra pesquisa realizada por Fernandes et al. (2009), no município de São José do Mipibu (RN), em 2007, na qual foram entrevistadas 217 mulheres, com idades entre 15 e 69 anos, constatou que 46,1% das entrevistadas mostraram conhecimento adequado em relação ao exame, sendo que o maior grau de escolaridade apresentou associação com o maior

número de conhecimento. E, entre as principais barreiras para a não realização do exame, foi citada a vergonha.

Santos et al. (2015), em estudo com cento e dez mulheres entre 25 e 64 anos, atendidas em uma Unidade de Saúde em Maceió (AL) evidenciaram que 59,1% desconheciam o significado deste exame, 62,7% sabiam como prevenir o vírus, 94,5% já realizaram o Papanicolau, 53,6% realizaram o Papanicolau há 1 ano, 56,4% realizam o exame preventivo anualmente e 80% sabiam a importância do exame. Sobre os fatores encontrados referentes à dificuldade na realização do exame preventivo, 49% relataram ser a vergonha o fator mais impactante. A pesquisa conclui que, apesar do alto número de mulheres encontradas que faziam o exame preventivo, muitas desconheciam sua verdadeira finalidade, outras se sentiam envergonhadas e constrangidas durante sua realização.

Os estudos têm semelhanças com o nosso, quando encontram os mesmos anseios e medos diante do exame preventivo para a doença. Assim, entendemos que deve haver ações de fortalecimento que busquem desconstruir e desmistificar não apenas o exame do Papanicolaou, mas também a doença.

Deve haver um fortalecimento de ações que promovam a saúde e que busquem dialogar com outras políticas, uma vez que sua determinação é multicausal. Entendemos que apenas a política de saúde não dará conta da diminuição nas taxas de incidência e mortalidade. Por isso, destacamos o conceito de promoção da saúde de Czeresnia (2009, p. 51-52) que a defende para “além das aplicações técnicas e normativas, com significado ampliado elevado a um nível macro, ultrapassando, inclusive, o campo da saúde”.

Nesse sentido, faz-se necessário dialogar mais, construir ações coletivas que compreendam quem são essas mulheres, assim como seus medos e receios. Uma dessas possibilidades é apontada por Alves (2004), quando define a educação para a saúde como a superação da assistência apenas curativa, priorizando ações de promoção e prevenção.

O usuário dos serviços, através do diálogo é reconhecido como sujeito portador de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. A educação dialógica não se finda no processo de informar para a saúde, e sim, objetiva transformar os saberes existentes, construindo a autonomia não baseada no conhecimento técnico-científico, mas pelo desenvolvimento da compreensão de mundo.

Concordamos com Campos (2006) ao defender que promoção e clínica precisam andar juntas, questionando os graus de produção de saúde que são efetivamente impulsionados por nossas práticas, apesar de entender que ambas têm suas especificidades e ritmos próprios.

Faz-se necessário, ainda, um olhar diferenciado para a mulher idosa. Porque, além das questões biológicas e fisiológicas ocasionadas pelo processo de envelhecimento, essas mulheres são resultado de um constructo de diversas determinações sociais, históricas, culturais, que interferem diretamente no modo de entender e enfrentar a vida, perpassando pela sua relação com a saúde. O cuidado integral a essas mulheres deve considerar a relação delas com seu corpo e seus sentimentos diante dos significados do adoecimento e seus rebatimentos para a vida delas.

A faixa-etária preconizada para o rastreamento do exame preventivo se inicia a partir dos vinte e cinco e vai até os sessenta e quatro anos. A não realização do exame implica sérios riscos para a vida das mulheres que desconhecem as formas de prevenção da doença, podendo acarretar em seu descobrimento em estágios mais avançados. Havendo o rastreamento e a descoberta precoce, o processo de cuidado é menos doloroso e não irá requerer tecnologias duras e procedimentos mais invasivos e onerosos.

Nota-se que, para além da falha nas ações preventivas, há também uma falha na entrega dos resultados dos exames. Há, na narrativa, relato de que nunca foi recebido o resultado do exame realizado. Dessa forma, se sua realização já constituía um processo íntimo e difícil para a mulher, o fato de não receber o resultado fragiliza ainda mais a crença no serviço e na ação preventiva, uma vez que, se não chegou o resultado, talvez sua realização não seja de fato tão importante.

O processo de tratamento, repleto de intervenções clínicas, embora doloroso, é enfrentado bravamente como forma de resistência e esperança para continuar sobrevivendo, agora, com mais qualidade de vida. A narrativa aponta para a garantia do acesso ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno em uma unidade especializada, assim como a disponibilidade de toda a tecnologia necessária, garantindo assim o que propõe a linha do cuidado para o CCU, quando trata da confirmação diagnóstica e tratamento, configurando-se como uma das potencialidades da linha do cuidado.

TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DO CUIDADO EM SAÚDE: ACOLHIMENTO E VÍNCULO

Em Araripina tem Dr., tem hospital só que os Doutor não é muito sabido, mas tem e eles zelam muito da gente.

Só que é um médico, acho que ele não entende é nada. Vêi que só a serra. Ele passou remédio pra gente, não serve pra nada e no outro dia, que vai de novo, é o mesmo remédio, a mesma coisa. Só.

Sou mais não acompanhada pelo posto. Eu num fui lá mais não. Graças a Deus! Porque eu tô me tratando aqui. Eu gosto de lá, agora não gosto muito bem não porque são tudo chato, tudo chei de direito. É uma dificuldade muito grande. A gente tem que pegar a ficha. Falta muita coisa lá. Farta remédio, tá fartando tudo. Só vou quando tem alguma coisa pra eu cuidar lá, aí eu vou. (...) Tô só aqui, graças a Deus.

Desde noventa e seis sou acompanhada aqui, (...) mudou muita coisa. (...) Pra melhor sim. Tem uma enfermeira idosa, trabalha aqui com o Dr.

Sinto à vontade pra fazer o exame porque eu tiro a ficha e falo com a menina: a enfermeira. Aí, ela bota eu. Quando eu termino de fazer, vou pra casa de apoio: pronto. Não sinto nem dor, quando ela faz.

O Dr. não aceita mais não o exame de lá, só aceita daqui. Eu fazia lá porque ficava mais fácil. Quando eu viesse, eu já trazia pronto pra ele ver. Mas ele não quer aceitar mais. O Dr. (...) passa remédio quando precisa e pronto. (...) Gostei de tudinho, todos três médicos. Eles chegava, procurava se eu tava boa, falava que tava, não tava sentindo nada. Pois vá pra casa namorar, que era tá bom de namorar”, eu dizia: “não tem namoro, não. Acabou-se! Nós já tamo véi, não tem mais namoro, não”. “Mas, cuide de namorar, senão o véi vai é arranjar outra mulher”, aí eu dizia: “Não, não quero mais namorar, não. Já tô véia e doente”, “não, mas tá boa agora. Pode namorar bem muito”, aí eu ficava só rindo, eles com essa história. Era três que me acompanhava. Todos três é bom, é legal, todos três. Sentia bem. Até hoje, eu me sinto bem. São legal, são muito bom, todos três.

Aqui fui muito bem recebida. Me senti muito bem. Eles trata muito bem a gente. (...) Tem até uma doutora aí (...) que eu me tratava com ela, o pessoal falava muito dela, que ela é braba, que é ignorante, mas eu não acho não. (...) Uma médica muito boa. (...) Fazia minha prevenção. Eu ria demais com ela, que quando eu fui fazer meu exame, eu gritei de dor, aí ela pegou: “Mas, a senhora numa idade dessa, a senhora ainda é, o que é que ela disse, a senhora ainda é donzela!” Aí eu disse: “Dra, pelo amor de Deus, o que é isso?!” “A senhora ainda é donzela!” (...) Essa mulher brincava demais. Aí ela mandou outro médico fazer o mesmo exame que ela fez em mim, mandou um médico fazer. Aí eu conversando com o médico lá, o médico fazendo tudinho, o médico fez o exame e eu não gritei. Aí eu disse: “Dr., eu fiz esse mesmo exame semana passada com Dra. (...), gritei tanto, tanta dor, e porque hoje

eu não gritei com o Sr.?” Ele falou: “Já viu mulé ter pena de outra mulé?” eu digo: “Agora deu!” Porque tem que botar luva, bota um cremezinho, uma coisa... acho que ela passou sem creme sem nada, empurrou de uma vez. (...).

A Dra. quando fez os exame, fez (...) vou passar você pra o Dr. (...). Eu chega eu respirei. É isso que eu não gostei, né? (...) Eu disse: “tá certo”. Sempre pra homem. Mas eu vou me trata, né? Quanto homem eu não vou passar? Aí, o Dr. (...) foi quem me operou. O Dr. (...) é muito sisudo, viu? Olhe, a primeira vez que eu vim falar com ele, ele era perguntando as coisa e danado escrevendo. Não olhava nem pra mim. Eu digo: “que médico chato danado”. Aí, eu sei que eu não tomo transfusão de sangue. A gente não toma, testemunha de Jeová morre e não toma. A gente sempre morre, então morrer obediente com Jeová é melhor do que ofender a ele e no fim não ter a ressurreição, que ninguém morre para sempre, não: a gente morre ai depois tem a ressurreição. Ele disse: “eu não opero testemunha de Jeová”. Eu disse: “ô, Dr. (...) eu gosto tanto do Sr., e o Sr. vem dizer isso pra mim. Me entenda que eu entendo você”. E nesse tom, não é? Não é grosso, né. Escrevia tudinho. Dr. (...) é um homem, é um médico de pouca conversa. Esse não. Esse aqui já conversa bastante.

Eu não tenho o que falar dos meus médico. Aqui são tudo bom. (...) Eu achava melhor mulé, né, do que homem. Aquela vergonha, né? Aquela coisa de vergonha. Hoje em dia, to me dando muito bem com médico. Chego aí, faz revisão em mim. “Fique aí à vontade, relaxe. Aí eu: “Pelo amor de Deus, uma mulé veia dessa, e um médico tão novo desse, ô, meu Deus!” “Já tá feito o exame, vá simhora, levante-se!” é muito bom. Mesma coisa a dentista aqui também, a doutora, tudo é bom pra mim aqui. (...) Ele me abraça logo, me abraça, me cheira, “Como é que tá” “Tô bem.” “Tô vendo sua cara que tá bem”. Aí pronto, faz revisão, olha, anota, pronto. Não pede nem um AS pra eu tomar. Agora o médico não passou nenhum remédio pra mim, não me operou, nem nada. Só fez mesmo dizer pra ter repouso, ter descanso, não ter raiva. Mas hoje em dia, quem não tem raiva, né? A pessoa que cria principalmente neto, né? Aí ele passou pra tomar muita maresia, passear, me divertir, conversar. O que eu puder fazer, eu faço, né?

Me sinto à vontade aqui, tenho muito prazer e gostei mesmo do atendimento. (...) Perguntavam (...) se eu estava melhor, se tava pior, se tava passando bem. Eu dizia que tava mior e tava passando bem. Graças a Deus e os Dr. daqui eu tô me sentindo muito bem graças a Deus! Trata a gente muito bem, sou bem atendida e gostei muito de me tratar aqui e dos Dr, das Dra, todos que me acompanha aqui é muito bom, até aqui. Graças a Deus. Dou graças a Deus e a todos eles daqui desse hospital.

A princípio, a partir da narrativa, pode-se entender que houve, sim, a construção de vínculo entre usuária e profissionais do serviço de saúde. A vinculação entre os sujeitos implicados no processo de cuidado é fundamental para a adesão e o alcance de respostas positivas durante o tratamento.

No entanto, para a construção do vínculo o usuário precisa ser reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SCHIMITH; LIMA, 2004). Embora a narrativa demonstre a todo o momento o destaque dado para essa vinculação, esse aspecto que a caracteriza não é observado. Um olhar mais atento em busca da essência revela que, de fato, em diversos momentos o que houve foi, sim, uma violência de gênero, assim como uma violência institucional.

No relato, a sexualidade é trazida pelos profissionais, em diversos momentos, como se houvesse a “alta médica” da mulher para atender aos desejos sexuais do seu parceiro, e não aos desejos dela. Mesmo que ela se coloque e expresse sua vontade, essa é relevada, prevalecendo as orientações do profissional. O tom de brincadeira e descontração não ameniza o fato de estar havendo, nessa relação, a negação dela enquanto mulher.

Por parte delas, há uma ponderação e o enfrentamento da situação sem um nível maior de crítica, sendo normal aquele tipo de comentário, visto que parte do seu cuidador. Isso tem uma implicação maior, uma vez que esse mesmo profissional deve estar ali como um dos sujeitos ativos no processo de cuidado, escutando-a e responsabilizando-se por ela.

Ao mesmo tempo, destacamos o fato de que muitas vezes o profissional não se vê no lugar de violador, mas desconsidera que as palavras são repletas de significados e que elas podem provocar situações de fragilidade no vínculo construído, assim como provocar diversos outros rebatimentos na vida do/a usuário/a. Uma mediação necessária para compreensão desse processo é a questão da formação profissional.

O estudo de Moraes (2008) objetivou analisar, na visão de enfermeiros da ESF, o processo de produção dos serviços de saúde com a implantação do PSF na cidade de Caicó (RN). De acordo com os sujeitos participantes, a formação profissional parece distante da realidade dos serviços de saúde atualmente. Reiteramos que a educação profissional em saúde não deve apenas ficar a cargo das universidades, quando se refere à qualificação, processo de trabalho e formação em serviço. Por isso, enfatizamos, aqui, a Política Nacional de Educação Permanente para a Saúde, implantada pelo Ministério da Saúde em 2009, que lançou as bases para as políticas regionais de cada estado e município. Essa política considera as

especificidades de cada região, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional como campos de práticas de educação na saúde.

Entretanto, um projeto de educação profissional contra-hegemônico

exige refundar uma nova compreensão sobre o papel da educação profissional, radicalmente diferente da que predominou até então. Uma nova concepção deve tomar a educação profissional como importante medida no processo de construção de conhecimento científico-tecnológico na esfera nacional e da formação humana dos trabalhadores, na perspectiva de se tornarem dirigentes (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 105).

Sobre o vínculo entre usuário e profissional, um estudo de caso realizado com uma idosa portadora de doença crônica no estado do Rio de Janeiro buscou compreender como se dava o vínculo entre ela, sua família e o médico de confiança. A pesquisa identificou que a relação de vínculo estabelecida era unidirecional, partia apenas da usuária; não foi percebida, no estudo, a responsabilização do profissional no processo de cuidado à idosa (SOARES, 2013).

A partir da narrativa percebe-se não apenas a falta de cuidado na realização de procedimentos, mas também a falta de solidariedade entre o mesmo gênero, uma vez que no mesmo procedimento realizado por um determinado profissional a dor se fez presente apenas pelo fato da usuária ser mulher e estar em uma situação de maior vulnerabilidade. A dor não foi sentida quando realizada por outro profissional do sexo masculino, embora tenha sido realizado o mesmo procedimento.

O presente estudo aponta para uma boa vinculação com a equipe de enfermagem. Entre as causas, podemos apontar o fato de uma das profissionais ser mais antiga na Instituição, assim, há uma maior identificação e segurança pelo fato de conhecer profissionais que de alguma forma lhe prestarão algum cuidado.

Pesquisa realizada em um município do estado do Rio Grande do Sul, que analisou o trabalho de uma equipe do Programa Saúde da Família, identificando o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários, encontrou alguns entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários em função da organização do trabalho da enfermagem (SCHIMITH; LIMA, 2004). O presente estudo encontrou uma situação oposta, sendo o fato importante para a vinculação das usuárias à Unidade e realização do tratamento.

Podemos ainda perceber que não houve, por parte de um profissional, em um determinado momento, o respeito à crença religiosa de sua paciente. O fato poderia ter maiores implicações, como a negação da idosa em ser atendida por ele, podendo acarretar até

mesmo a desistência do tratamento na Instituição. No entanto, apesar da postura dura e de pouca conversa, houve empatia por parte dela, preferindo, a partir do diálogo proposto, continuar sendo acompanhada por esse profissional.

Conquanto tenha havido uma série de dificuldades, o fato de ter sido garantido o acesso e o sentimento de acolhimento pela Instituição conseguiu tornar o período do tratamento menos doloroso. A narrativa aponta para o fato de haver identificação com o Hospital do Câncer e reforça o sentimento pelo serviço e seus profissionais. O fato corrobora com Souza et al (2008, p. 101) quando defende que acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.

5.3 Integralidade e linha do cuidado para o Câncer do Colo do Útero

A partir da análise dos dados, foram criadas duas categorias: a reafirmação do modelo de atenção à saúde *médico-assistencial privatista* no cotidiano do cuidado e o acesso e consumo dos serviços às diferentes tecnologias que compõem a atenção à saúde.

O modelo médico-assistencial-privatista tem suas bases fundamentadas no Relatório Flexner e levava em consideração o conceito restrito de saúde, ou seja, saúde era a falta de doenças (VASCONCELOS, 2011). Esse modelo foi hegemônico até a década de 80, quando entra em voga o SUS, com uma nova proposta de pensar e produzir saúde no país. Contudo, percebemos que as bases ideológicas desse modelo anterior ainda se encontram bem presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Nosso estudo encontrou uma atenção à saúde a essas mulheres pautada por uma grande ênfase na assistência. No processo de cuidado relatado pelas idosas, antes mesmo do adoecimento pelo câncer até o seu diagnóstico, ações de promoção e prevenção à saúde não faziam parte do seu cotidiano no encontro delas com os diferentes serviços e unidades de saúde.

Na década de 70 havia uma polarização do sistema de saúde, que se dividia entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Ministério da Saúde. O primeiro se ocupou das ações assistenciais, organizando os serviços para responder a demanda espontânea; o segundo deveria se ocupar daquelas outras necessidades de saúde pública (MATTOS, 2004).

A assistência integral propõe a prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). No entanto, embora a criação do SUS tenha modificado, por meio da legislação, esse arranjo institucional, não necessariamente transformou as práticas dos serviços, fazendo das atividades assistenciais e preventivas uma unidade complementar (MATTOS, 2004).

Como podemos perceber por meio das entrevistas realizadas, apenas uma das mulheres relatou ter participado de ações de educação em saúde na USF.

“Tem, tem palestra. (...) Eu assistia, mas depois que eu comecei me tratar aqui não fui mais lá não” (Dorothy).

Algumas mediações são necessárias para essa compreensão. Percebe-se que, para a usuária, as ações de educação em saúde não assumem importância a ponto de, mesmo tendo iniciado tratamento em um outro serviço, manter-se vinculada à Unidade mais próxima de sua residência, responsável pela garantia de outros cuidados.

É importante refletir ainda sobre a forma de condução desses momentos, por parte da equipe de referência. Será que eles foram construídos com os usuários? Os temas abordados eram de interesse dos participantes? Qual a forma de abordagem e discussão?

Ainda, uma das mediações necessárias para essa reflexão deve perpassar a compreensão de como se organizava a política de saúde e como a saúde era compreendida no período em que elas foram se constituindo enquanto mulheres.

“Nunca fiz exame de qualidade nenhuma. Nunca tomei uma vacina. Nunca. Até meus filhos hoje, nunca dei uma vacina nos meus filhos. Nunca levei pra médico. (...) Eu acho que sei lá, era costume de ser criada, (...) ninguém via negócio de médico, negócio de agente de saúde, ninguém via nada”. (Simone)

Assim, novas formas de fazer saúde, compreendendo-a para além da doença e suas formas de cura devem ser pensadas e postas em prática no exercício cotidiano de fazer saúde. A operação dessas transformações faz-se necessária porque se compreende que, indiscutivelmente, tal arranjo não favorece a melhoria da saúde da população. Obviamente, tanto a experiência de sofrimento como a expectativa frente aos serviços de saúde são construídas socialmente, embora experimentadas individualmente, o que nos leva à conclusão de que essa demanda, que parece ser espontânea, de fato é construída socialmente (MATTOS, 2004).

A maioria das mulheres tem alguma doença crônica e, por isso, são acompanhadas pela USF de referência. De acordo com os seus relatos, percebe-se que a atenção prestada a

elas não conseguia superar a medicalização da saúde e limitava-se, muitas vezes, apenas, à entrega dos medicamentos necessários para controle da doença.

“Ela toma remédio controlado pra pressão, aí ela tem sempre que tá verificando, renovando, no caso, trocando a receita (...).” (acompanhante de Cora).

“A gente vem pra lá, aí mede a pressão da gente aí a Dra. diz se tá alta, se tá baixa, se é obrigado a gente tomar remédio e que remédio é pra tomar.” (Chiquinha).

“Eu vou lá, verifico a pressão aí (...) o remédio eu pego lá” (Dorothy).

No serviço terciário de atenção à saúde essa perspectiva não foi alterada. A assistência baseava-se no grande número de consultas, exames, procedimentos, intervenções cirúrgicas e remédios, esses últimos para aliviar dores e enjoos causados pela quimioterapia. De acordo com Merhy e Franco (2009), a ação cotidiana de realizar procedimentos constitui um compromisso e uma das características principais do modelo tecno-assistencial. Para os autores, a assistência à saúde se confunde com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicamentação da sociedade.

A partir do processo de adoecimento, houve a necessidade de mudar hábitos e estilos de vida, no entanto, percebe-se que, para a maioria delas, esse processo ocorreu de maneira brusca e impositiva.

“Eles já tirou eu de macarrão, de bebida, bebida nenhuma eu tomo. (...) Eu tomava umas cervejinha. Passava a noite tomando. Aí depois o Dr. disse que eu não podia tomar mais nem guaraná que ofendia a pressão. Aí eu nem tomo guaraná e nem posso comer massa” (Cora).

“Eu tô evitando, num como nada de doce. Comi muito doce antigamente, esses negócio de bolo. Deixei de comer pro mode num coisar a diabetes” (Dorothy).

“Eu comia todo tipo de cumê e achava bom. (...) Eu comia milho assado, milho cozinhado, pamonha, feijão, comia arroz, carne, comia tudo, tudo eu comia. (...) Hoje não é todo tipo de cumê que eu como não, que eu já tô véa, hoje meu cumê é bem pouquinho. (...) O Dr. disse que eu não posso comer salgado, eu tenho que comer tudo friinho de sal” (Chiquinha).

A partir de um processo de adoecimento, essas mulheres precisaram, de uma hora pra outra, aprender a conviver com a doença, assim como aprender a viver com esses novos hábitos. Pensar essas mudanças na vida de qualquer indivíduo pode revelar grandes dificuldades de adaptação àquele estilo de vida. Mas, pensar esse processo para as pessoas

idosas pode ser ainda mais difícil, uma vez que levaram anos e anos vivendo de um modo que, para elas, era o possível, pois era o que conheciam e a que tinham acesso.

Embora a mudança tenha sido necessária, em virtude do surgimento dessas morbidades, não foi um processo fácil, porque não foi construído aos poucos, à medida que elas sabiam da existência de fatores de risco que auxiliam no aparecimento de determinadas doenças. Foram mudanças impostas e não negociadas. Assim, para ter um pouco mais de qualidade de vida, muitas vezes sem nem entender todos os benefícios, essas mudanças tiveram que ser acatadas.

Uma das consequências desse processo é a busca por cuidados tardios em saúde. Ela se dá apenas após o aparecimento dos sintomas. Esse fato ocorreu com todas as entrevistadas do estudo e corrobora os dados sobre o CCU em mulheres idosas, apontando que os casos mais graves ocorreram justamente nessa faixa-etária (ALBUQUERQUE, 2012; SILVA, 2012; VILAÇA et al., 2012).

A análise das entrevistas revela um conceito de saúde baseado na ausência de doenças por parte das mulheres. As idosas que possuem comorbidades (como hipertensão e diabetes) descobriram ser portadoras das doenças apenas diante de um processo de agudização. Assim, ao não sentirem nada, a visita ao posto de saúde poderia esperar, isso não fazia sentido para elas.

“(...) eu tinha passado a noite sangrando no nariz. Aí quando eu cheguei lá o médico procurou o que era que eu tinha. Aí eu falei que tinha passado a noite com dor de cabeça e sangrando pelo nariz e ele disse que tinha sido sorte que não tinha dado infarto n’eu, que eu tinha levado sorte. A partir daquele dia eu tinha que tomar remédio controlado” (Cora).

A perspectiva de saúde baseada na mera ausência de doenças está enraizada, tanto no ideário popular, quanto entre os profissionais e gestores. A operação de mudanças para um novo entendimento do que pode ser a saúde para essas mulheres não deve recair numa responsabilidade individual. Essa transformação deve ser assumida pelo Estado, por meio das legislações e políticas intersetoriais e posta em prática pelos gestores e trabalhadores, que devem fazer do seu cotidiano um movimento de mudanças pela materialização dessas políticas.

Uma análise mais ampla dos resultados revela que a atenção à saúde prestada a essas mulheres não tem se dado no sentido de suas necessidades em saúde, mas, sim, numa perspectiva biomédica, na qual há uma divisão em: diagnóstico; tratamento, que se divide em cirurgia, radioterapia, quimioterapia, braquiterapia; atendimento da psicologia, do serviço

social, da nutrição. Há ainda uma divisão entre quem prestará o cuidado a determinada morbidade, quem cuida da hipertensão, quem cuida do diabetes, quem cuida do câncer.

Enfim, não foi percebido, nas falas e nem na análise dos prontuários, um conjunto de esforços para uma atuação coletiva com vistas a compreender, numa perspectiva ampliada, o processo saúde-doença no qual essas mulheres estavam envolvidas. Do mesmo modo, também não foi identificado um processo de referência e contrarreferência entre a APS e a Unidade Terciária de Atenção. Processo esse cuja não existência compromete o acompanhamento longitudinal dessas mulheres, assim como a integralidade nesse cuidado.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais (CECILIO; MERHY, 2003). Mas, esse trabalho precisa ser coletivo, todos juntos voltados para um mesmo objetivo; caso contrário, não conseguirá operar mudanças no plano de cuidado dos sujeitos. Corroboramos da opinião de Bonfada et al (2012) sobre a organização tecnológica do trabalho, orientada pelo princípio da integralidade, requer uma relação democrática entre quem produz e quem consome o serviço na perspectiva do atendimento às necessidades.

Em termos de acesso aos serviços e unidades do SUS, percebe-se que houve um misto de situações. Todas elas referem residir em área coberta pela ESF, embora nem todas procurem a unidade em busca de cuidados, demonstrando, assim, a fragilidade na relação entre usuárias e a APS.

“Eu não vou não, eu levo sempre as crianças. Marco pediatra porque meu médico é só daqui mesmo” (Simone).

“A gente tem que pegar ficha, é uma dificuldade muito grande”. (...) “Vou mais não, eu num fui mais lá não graças a Deus! Porque eu tô me tratando aqui” (Dorothy).

“Às vez a gente chega lá não tem Dr., às vez chega lá e não pega ficha, (...) aí volta pra casa, aí é perto. No outro dia a gente vai de novo e consegue. É assim” (Chiquinha).

Dessa forma, diante de tantas dificuldades, não faz mais sentido, para elas, continuar buscando os serviços nas USFs de referência ao iniciar o tratamento no Hospital do Câncer. Nessa relação de cuidado, a APS não conseguiu fortalecer o vínculo ao não dar as respostas que elas precisavam. Essa busca só continuou para aquelas que são hipertensas e/ou diabéticas, uma vez que o acompanhamento para essas morbidades se dá nesse espaço. A partir do momento em que elas conseguiram iniciar seu tratamento no hospital, a referência de cuidado para as mulheres passou a ser a unidade terciária.

Esse é um dado que traz preocupação, uma vez que a APS é entendida no país como a porta preferencial do sistema. É um serviço territorializado, mais próximo de seus usuários, que se pauta pelos princípios do acolhimento, vínculo, responsabilização. Dessa forma, entende-se que há possibilidade de proporcionar maior atenção e cuidado a essas mulheres, tendo como uma das atribuições essenciais trabalhar ações de promoção e prevenção da saúde.

No entanto, por meio dos relatos, percebemos que as USF's não têm se organizado como prevê a legislação. Assim, embora o serviço de alta complexidade esteja territorialmente mais distante, foi nele que elas conseguiram respostas para suas necessidades em saúde naquele momento, assim, o acompanhamento nele é suficiente.

Das mulheres participantes do estudo, três residiam fora da Região Metropolitana do Recife, sendo duas provenientes do Sertão do estado. Isso dificultou e tornou o processo de tratamento mais doloroso. Para o deslocamento, todas elas conseguiram se cadastrar no Programa de Transporte dos seus municípios, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD)⁷.

“Eu venho no carro da Prefeitura minha filha que eu não tenho dinheiro pra vim em outro carro não. (...) A gente vai lá no posto de saúde, aí a gente trata o dia que o carro sai, aí no dia a gente vem esperar e vem” (Chiquinha).

“Eu venho no ônibus do TFD. (...) Um mês antes a gente vai dá lá os nome” (Cora).

“Tem que preencher, dar os nome. Aí apresenta a carteirinha, a data que é retorno daqui. O ônibus sai todo domingo mei-dia. Umas dez, onze, você tem que tá aguardando (...). Ele vem duas vezes na semana pra cá pra Recife” (Acompanhante de Cora).

Além de lidar com as implicações da descoberta do câncer: sentimentos, angústias, dores, entre outros, essas mulheres precisaram percorrer grandes distâncias para ter acesso ao cuidado em saúde para a doença. Embora na lista apresentada no site do Inca constem diversas cidades ofertando serviços para tratamento do câncer pelo SUS em Pernambuco: Arcoverde, Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Recife, os atendimentos e procedimentos mais complexos se concentram na capital do estado, fazendo com que as mulheres precisem se deslocar para conseguirem realizar o tratamento.

⁷ Tratamento Fora do Domicílio (TFD) – Programa normatizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS N.º 55, de 24/02/1999, prevê a garantia do transporte para os pacientes que precisam realizar tratamento nos serviços assistenciais localizados em municípios do próprio Estado ou outras Unidades Federativas, quando esgotados todos os meios de tratamento e/ou realização de exame auxiliar diagnóstico terapêutico no local de residência (Município/Estado) do paciente e desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução de seu problema ou haja condições de cura total ou parcial (SÃO PAULO, 2009).

“Quando descobre que tá com câncer, tem que vir pra Recife pra fazer tratamento, porque só aqui tem. Lá no interior não tem. Eles manda pra cá (...)” (Acompanhante de Cora).

Entendemos essa como uma fragilidade para o cuidado ao câncer no estado, visto que um dos princípios em que se estrutura a linha do cuidado ao CCU é a regionalização das ações e serviços de saúde.

O período do tratamento, para a maioria das mulheres, foi também um momento em que precisaram gastar mais dinheiro. Para algumas delas, o dispêndio se iniciou no processo de busca para identificação de sua doença.

“É ficou mais difícil pra mim porque depois que eu descobri que tava assim, a gente só gastando sem ter. Tem vez que eu quero vim pra aqui é o maior sacrifício sem dinheiro, sem nada. É aquele sacrifício medonho” (...) *“Gastei com os exames, com as consultas, gastei com tudo”* (Chiquinha).

“O dinheiro só dava pra cuidar dela, entendeu? Comprar toda a alimentação, o medicamento, pagar os táxi pra vim e voltar. Aí também meu irmão na época tinha gado, vendeu pra poder gastar, que só a aposentadoria não era suficiente porque tudo é caro, né?” (Acompanhante de Cora).

Para algumas delas, a busca por descobrir o significado dos sintomas perpassou o desembolso de quantias financeiras. Ainda, durante o tratamento, os gastos continuaram com a compra de medicamentos e da alimentação diferenciada da qual precisavam fazer uso. O fato é uma afronta a toda a legislação de proteção às pessoas idosas no país, que consideram a saúde como um direito da pessoa idosa e dever do Estado Brasileiro.

Percebe-se, nas falas, que a questão financeira é um dos dificultadores para o tratamento da doença. Algumas referem que os gastos financeiros aumentaram após descobrirem que tinham câncer e, embora todas tivessem algum tipo de renda (aposentadoria, benefício, pensão), essa não era suficiente. Elas precisaram contar com a ajuda da família e amigos, a fim de conseguir custear o que precisaram consumir durante o tratamento.

Sobre o acesso ao seu diagnóstico, de maneira definitiva, as mulheres com CCU informam que já ocorreu no Hospital do Câncer. Elas relatam que esse momento, embora tenha sido difícil, ocorreu de modo cuidadoso por parte dos profissionais. O fato demonstra a compreensão deles acerca do impacto que a descoberta da doença pode causar no sujeito que a recebe, proporcionando desse momento de dor, um momento de esperança e garantia dos cuidados necessários.

Contudo, diante do relato de algumas delas, podemos perceber que não lhes foi garantido o acesso à informação acerca dos procedimentos que seriam realizados a partir de então. Muitas não sabiam o que era a doença, qual o objetivo de estarem fazendo determinados exames.

“Não explicava não. Me botava na maca: Entre aqui (...). Menino o que é isso, hein? Era uma máquina bem grandona, arroteava a gente assim, parava na bundinha gente, ficava queimando, depois levantava. (...) Não explicavam nada não, só entrava na máquina e pronto, fazia.” (Simone).

E, mesmo quando elas relatam que lhes era explicado o que seria feito, percebemos uma atuação verticalizada, permeada pelo poder do profissional em face do seu conhecimento técnico, mas sem considerar os conhecimentos, medos, desejos, intenções dessas mulheres.

“Eles diz tudo: porque é que tão fazendo, que eu tenho que fazer. (...) Se eu não fizer aquilo eu digo: não, não vou fazer não, aí os médico diz, oxente e a Sra. não quer ficar boa não? Eu digo que quero, aí eles diz, pois tem que fazer tudo. Aí eu digo, é o jeito, eu vou fazer porque é o jeito, mas não é achando bom não” (Cora).

Nota-se que há uma busca pela cura, mas que não faz mediações para além dela. Era o corpo dessas mulheres que estava sendo exposto aos procedimentos, mas nesse encontro não havia diálogo, pactuação para uma escolha consciente e fundamentada.

Embora tenha havido essas falhas no cuidado integral às pacientes, é necessário colocar que todas elas destacam a facilidade no acesso ao Hospital do Câncer, assim como o consumo de exames e procedimentos necessários para confirmação diagnóstica e tratamento. Para elas, não houve demora para iniciar o tratamento.

A análise dos prontuários revelou que todas elas conseguiram iniciar o primeiro tratamento para o câncer no SUS antes do prazo dos 60 dias, previsto pela Lei nº 12.732, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início (BRASIL, 2012).

“Meu marido foi pra sala ali fazer o cartão, aí entrei e fiz a biópsia e pronto. Mandou eu vim buscar, quando tirar o negócio de dentro, né, dentro de 24 horas. Aí vim buscar o resultado e acusou. Aí entrei em tratamento ligeiro” (Simone).

“Eu vim logo, num instante me opereei. (...) A partir do momento que descobriram aí fizeram muito rápido a cirurgia nesse período” (Maria).

“Não demorou não, nada demais. Eu chega me admirei, foi!” (Dorothy).

“Tem muita gente que demora mais, eu só demorei mais um pouco ele disse, por causa que a máquina tava quebrada. Ajeitava e quebrava, ajeitava e quebrava”

“Agora vai fazer o tratamento só no mês de julho. Aqui você tem a consulta. Abril, maio, junho e julho, que a máquina tá quebrada, vai esperar que conserte ela. Quando ela tiver correndo, liga pra lá pra Ouricuri. Ai eu disse, tá bom. Aí voltemo pra trás. Aí quando foi no mês de julho nós já viemo pra ficar pra começar o tratamento” (Cora).

Entendemos a garantia do acesso ao tratamento adequado e em tempo oportuno, uma das potencialidades da linha do cuidado ao CCU. No entanto, para essas mulheres, a LC não se iniciou na APS com ações de promoção e prevenção à saúde, ainda, com o rastreamento e busca ativa da população na faixa-etária preconizada pelo Ministério da Saúde (25 a 64 anos) para realização do exame preventivo. Ainda, nosso estudo não conseguiu visualizar uma atuação da média complexidade compondo com os outros níveis a LC.

Para algumas entrevistadas, o processo de investigação dos sintomas foi realizado no serviço privado, para outras no Hospital do Câncer, na alta complexidade. Apenas uma mulher procurou um serviço especializado em saúde da mulher, que a encaminhou para realizar a biópsia no HCP. Visualizamos uma realidade na qual a média complexidade não integra essa linha do cuidado.

Após a confirmação do diagnóstico, essas mulheres não continuaram sendo acompanhadas na USF de referência para o cuidado ao câncer, identificando como referência de cuidado apenas a Unidade de Alta Complexidade. Percebe-se, então, um misto de potencialidades e fragilidades no cuidado prestado a essas mulheres, fazendo com que a efetivação da LC para o CCU seja repleta de grandes desafios para sua materialização.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar a integralidade no cuidado às mulheres idosas com CCU no SUS. Assim, por meio da entrevista em profundidade, participaram da pesquisa cinco mulheres idosas, em seguimento para o CCU no Hospital do Câncer de Pernambuco. Elas nos permitiram entrar em contato com um pouco de suas histórias de resistência e luta diária pela sobrevivência em uma sociedade que cada vez mais as invisibiliza.

O aumento no número das pessoas idosas no conjunto da população vem chamando a atenção de gestores e pesquisadores diante do impacto causado nas políticas públicas. Contudo, a visão amplamente divulgada é a de responsabilização dos/as velhos/as pelos “rombos” nessas políticas. Discordamos desse encargo que normalmente é compreendido em uma única direção, pois, entendemos que a tragédia do envelhecimento ocorre pelo processo de desigualdade social que permeia nossa sociedade e o processo de desresponsabilização por parte do Estado pela proteção social dessas pessoas durante toda a sua vida.

Isso faz com que a vivência dessa fase não seja um momento de descanso e proveito por toda a riqueza produzida durante anos e anos de trabalho, mas a marca como um período de grandes dificuldades e dependência, na qual inúmeras batalhas precisam ser vencidas diariamente, em busca da sobrevivência. O processo de envelhecimento, dessa forma, não pode ser compreendido como homogêneo, uniformizando as necessidades para toda a população idosa. Ele ocorrerá a depender da forma como foi possibilitado ao indivíduo envelhecer, diante do acesso que teve, ao longo de sua vida, aos direitos sociais.

Nesse sentido, entendendo a saúde como resultado dos diversos determinantes sociais que interferem diretamente na sua produção, para a população idosa essa é uma das suas maiores necessidades. Defendemos que o envelhecimento não pode ser visto como sinônimo de doença e dependência, no entanto, diante da forma como as pessoas envelhecem hoje em nossa sociedade, chegar nessa fase da vida sem o acometimento de alguma doença crônica torna-se mais uma exceção.

Diante da análise dos dados, compreendemos que o cuidado prestado a essas mulheres não se baseia na diretriz da integralidade. Afirmamos isso por não visualizar, para as mulheres idosas, a garantia de uma construção dialogada e negociada dos seus processos terapêuticos. Por vezes, não foram considerados seus medos, anseios, assim como o desconhecimento

sobre a doença. Não lhes foram garantidas ações para além da assistência, como ações de educação em saúde.

Conquanto, percebe-se que as lacunas na formação profissional e a falta de um processo de educação permanente dos profissionais rebatem diretamente na garantia do cuidado integral. Muitas vezes os profissionais são os maiores violadores de direitos dos seus usuários, mas não se enxergam como tal, assim como muitos usuários, muitas vezes, também não fazem essa análise crítica.

Destacamos os inúmeros desafios que esses profissionais precisam enfrentar em seu cotidiano de trabalho na política pública de saúde em uma sociedade em que o Estado é mínimo para os direitos e garantias sociais. É preciso lidar diariamente com a falta de condições de trabalho, de recursos humanos e as exigências pelo maior número de realização de consultas e procedimentos.

É importante esclarecer que não estamos aqui num movimento de desresponsabilizar o profissional, entendemos sim que ele é um dos sujeitos ativos no processo de cuidado em saúde. Contudo, não pode ser visto como o único responsável nessa relação. Para tal garantia é necessário ter as condições que lhe permitam essa busca, sendo responsabilidade dos gestores e do Estado a elaboração e viabilização de políticas, programas e ações que proporcionem essa garantia.

Embora tenha havido o acesso por parte das mulheres idosas à Unidade e elas tenham se sentido acolhidas, entendemos que o vínculo construído entre elas e os profissionais, em sua maioria, se pautou por uma relação de poder desses sobre elas, muitas vezes as negando enquanto mulheres, inclusive seus desejos e interesses. Contudo, em seus relatos elas legitimam o serviço prestado pelo Hospital do Câncer, assim como dos profissionais que as acompanharam.

Dessa forma, no presente estudo não foram observados diversos elementos que configurariam a efetivação da integralidade do cuidado, como: um olhar integral sobre essas mulheres que conseguisse superar as ações assistenciais, aliando-as às ações de promoção e prevenção à saúde; a superação do olhar compartimentalizado sobre o corpo e a doença, ocasionando que determinados profissionais cuidem de determinados procedimentos, assim como cada serviço cuide da sua especialidade, o hospital oferece o cuidado ao câncer, a ESF cuida da hipertensão e diabetes.

Não foi percebido um diálogo entre os sujeitos do processo do cuidado e a proposta terapêutica para essas mulheres, assim como não observamos, nesse processo, a consideração

sobre a história e as condições de vida dessas mulheres; por fim, não percebemos um olhar diferenciado para esta fase da vida, a velhice, que traz consigo diversas mudanças físicas, orgânicas e subjetivas.

A atenção à saúde pauta-se pelo modelo médico-assistencial-privatista que não consegue superar o conceito de saúde como simples ausência de doença. O processo de cuidado tinha como fim a cura da doença, contudo, entendemos que apenas ela não é suficiente diante da complexidade da vida dessas mulheres, pois, não dá conta de suas necessidades, não operando mudanças na vida dessas pessoas.

A trajetória dessas mulheres por cuidados em saúde é permeada por caminhos diversos e difusos, nos quais a porta de entrada se configura, em sua maioria, já na alta complexidade. Há uma nítida fragilidade no vínculo entre a APS e as mulheres idosas, deixando-as vulneráveis ao não ter como referência de cuidado a unidade mais próxima de seu domicílio.

As entrevistadas relataram nunca ter realizado ou estava há muitos anos sem realizar o exame preventivo e também informaram desconhecer a importância de sua realização periódica. Ainda, todas elas apresentaram diversos fatores de risco para a doença: baixa escolaridade; gravidez e início precoce da vida sexual; baixa condição socioeconômica. Mesmo assim, elas não eram rastreadas para a prevenção do câncer.

Muitas delas não sabiam o que era a doença, passaram a saber apenas após o seu descobrimento, esse que se deu de maneira tardia, quando seu estágio já estava bem avançado. O fato demonstra uma falha na linha do cuidado, uma vez que não consegue rastrear essas mulheres, assim como garantir a realização do exame, confirmando a baixa cobertura do país para o Papanicolaou.

Percebe-se, no momento em que conseguem acessar o serviço de alta complexidade, que o “simples” fato de serem acolhidas nesse período de fragilidade é suficiente para, mesmo com a distância, passar a ser sua referência de cuidado a partir de agora, apesar de toda dor que relatam sentir durante o tratamento. Entendemos essa como uma fragilidade na LC ao CCU, uma vez que é papel da APS a coordenação desse cuidado. Uma falha nesse caminho pode resultar no que encontramos na pesquisa, uma busca tardia por cuidados em saúde e o descobrimento da doença em estágios mais avançados.

Constata-se ainda uma concentração de serviços na capital. Nosso estudo encontrou mulheres que precisavam se deslocar, muitas vezes, durante mais de doze horas, para chegar ao local de acesso ao serviço terciário onde iriam realizar seu tratamento. O seu município não conseguia garantir o acesso às condições necessárias para dar respostas às suas demandas.

Isso acarretava estresse, por ter que ficar algum tempo distante de sua casa e de sua família e também gastos financeiros para arcar com o deslocamento e sua manutenção em outra cidade.

Ao mesmo tempo, o acesso ao diagnóstico e à Unidade Terciária em tempo oportuno, com o consumo do sistema de apoio e diagnóstico foram garantidos. Para as entrevistadas, no serviço terciário não houve espera em resposta às suas demandas. O que demonstra uma potencialidade da LC, uma vez que garante o que está previsto nos marcos regulatórios sobre a doença.

Não obstante, para algumas, diante do aparecimento dos sintomas, houve inicialmente o acesso ao sistema privado de saúde, no qual tiveram que pagar para conseguir consultas e exames. Fato esse que implica na negação de um direito historicamente garantido e que revela a fragilidade da política de saúde para dar conta das necessidades de saúde da população.

Nosso estudo identificou algumas lacunas, que indicam a necessidade de realização de novas pesquisas, entre elas citamos a visão dos profissionais que atuam na rede que compõe a atenção ao CCU, com vistas a compreender as dificuldades e entraves para a garantia do cuidado integral às mulheres com CCU; o papel da média complexidade na linha do cuidado ao CCU, visto que neste estudo se mostrou quase inexistente. Faz-se necessário compreender como ela tem se organizado, seu papel na LC, assim como suas respostas às demandas. Destacamos, ainda, o fato de haver poucos estudos que tratam do CCU em mulheres idosas. Diante da complexidade que ele assume nessa faixa etária, faz-se urgente um maior número de publicações neste tema.

Perante o aumento no número de casos, a faixa-etária prioritária para o rastreamento ao exame preventivo, que antes era dos 25 aos 59 anos aumentou e hoje preconiza-se que as mulheres até os 64 anos sejam rastreadas prioritariamente. Nosso estudo encontrou três mulheres que estavam acima da faixa etária.

Diante da feminização e longevidade do envelhecimento sendo fatos cada vez mais presentes na realidade do país, aliados com as altas taxas de incidência e baixa cobertura para o Papanicolaou nessa população, somados ao número de casos mais graves concentrado nas mulheres idosas, indica-se a realização de novas pesquisas a fim de avaliar a possibilidade de aumento na idade preconizada para recrutamento das ações preventivas ao CCU.

Conclui-se assim que a efetivação de um cuidado integral à saúde de mulheres idosas com CCU enfrenta ainda muitos desafios para ser materializado na vida delas. Reforçamos a necessidade de a integralidade ser efetivada como diretriz para o cuidado ao CCU, pois,

quando aliada aos princípios do Movimento de Reforma Sanitária, possibilita outra compreensão da saúde, capaz de produzir mudanças na vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. et al. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S301-S309, 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface. Educação**, Salvador, v. 9, n. 16, p.39-52, 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. 1º ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Revista Epidemiologia, Serviço, Saúde**. Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012.

ARAUJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Unati - Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2000. **Páginas?**

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2627-2638, 2010.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Debates. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, 2000.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set.-dez. 2004a.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004b.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Editora Edições 70. Lisboa, Portugal. 5º ed. 2009, p. 281.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

_____. **A velhice**. 4º ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BIOGRAFIA de Maria da Penha. Disponível em: < <http://www.compromissoeatitude.org.br/quem-e-maria-da-penha-maia-fernandes/>> Acesso em: 24 de maio de 2016.

BIOGRAFIA de Cora Coralina. Disponível em: < http://www.e-biografias.net/cora_coralina/> Acesso em: 24 de maio de 2016.

_____. Disponível em: <
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/cultura/bibliotecas/bibliotecas_bairro/bibliotecas_a_l/coracoralina/index.php?p=4235 > Acesso em: 24 de maio de 2016.

BIOGRAFIA de Simone de Beauvoir. Disponível em: < http://www.e-biografias.net/simone_de_beaupoir/> Acesso em: 24 de maio de 2016.

BIOGRAFIA de Chiquinha Gonzaga. Disponível em: <
<http://chiquinhagonzaga.com/wp/biografia/> > Acesso em: 24 de maio de 2016.

BONFADA, D.; CAVALCANTE, J. R. L. P.; ARAUJO, D. P.; GUIMARAES, J. A. integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, a, 17(2):555-560, 2012.

BORGES, A. D. V. S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

_____. **Estatuto do Idoso** Brasília, 2003.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Cadernos de Atenção Básica número 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde amplia faixa etária para rastreamento do câncer de colo de útero. **Portal Brasil**, 2011. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/07/ministerio-da-saude-amplia-faixa-etaria-para-rastreamento-do-cancer-de-colo-de-utero>> Acesso em: 21 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Educação. [Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm). Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm> Acesso em: 02 de junho de 2016.

_____. Presidência da República. Lei Nº 12.732, de novembro de 2012. Disponível em: < http://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/LEI_12732_12.pdf> Acesso em: 02 de junho de 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, [online] Rio de Janeiro, v. 17, n 1, p. 77-93, 2007.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A L.; CANÇADO, F.A X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

_____. Noções introdutórias sobre Demografia. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010.

CAMPOS, G.W.S. A construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma microrregião, e o encarregar-se de casos singulares. In: **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família**, 2002. Disponível em:< www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-vinculo> Acesso em: 02 de junho de 2016.

CAMPOS, R. O. **A Promoção da Saúde e a Clínica**: o dilema “promocionista. In: CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006.
CARVALHO, J. B. Verdadeira história das Capitâneas Hereditárias. São Paulo. Editora Multimapas, 2008. 280p.

CASTRO-JIMÉNEZ, M. A.; VERA-CALA, L. M.; POSSO-VALENCIA, H. J. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 57, n. 1, 2006. p. 182-189.

CEARÁ. Programa Ceará Acessível. Gestão 2007-2010. Governo do Estado, 2010.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da Saúde**: reflexões, conceitos, tendências. 2 edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.

CHAGAS, P. V. Dorothy Stang dedicou vida a trabalhar entre "os pobres mais pobres". Artigo eletrônico, 2015. Disponível em: < <http://agenciabrasil.etc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-02/dorothy-stang-dedicou-vida-trabalhar-entre-os-pobres-mais-pobres>> Acesso em: 24 de maio de 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A. avaliação na área de saúde. In: HARTZ, Z. M. D. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora

Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. 20(5), p. 1417-1423.

COSTA, C. C.; FREITAS, L.V.; DIAS, L. M. B.; LIMA, T.M.; DAMASCENO, A. K. C.; PINHEIRO, A. N. K. Realização de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino: promovendo saúde em instituição asilar. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, 2010. p. 27-35

DATASUS. Indicadores e dados básicos – Brasil, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c10.def>>. Acesso em junho de 2015.

DELGADO, L. A. N. História oral e narrativa: tempo, memória e identidades. **História Oral**, v. 6, p. 9-25, 2003.

DESLANDES, S. F. O desafio da pesquisa social. In.: MINAYO, C.S. et al. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

DI GREGORIO, S. Using Nvivo for your literature review. Paper presented at the meeting of the strategies in qualitative research: Issues and results from the analysis using QSR NVivo and NUD*IST, London, 2000. Disponível em: http://www.sdgassociates.com/downloads/literature_review.pdf Acesso em: 2 jan. 2010.

DUARTE, J. **Entrevista em profundidade. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 62-83.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FERNANDES, J. V. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FLORIANO, M. I.; ARAÚJO, C. S. A.; RIBEIRO, M. A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas de Umuarama – PR. **Arquivos de Ciência e Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 199-203, 2007.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p.50-59, maio-ago. 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, p. 389-394, 2011.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Porto Alegre: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, v. 19, 2012.

Disponível em < <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-fazer.pdf>.> Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.

FRANCO, C. M. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GANCHÓ, C. V. **Como analisar narrativas**. São Paulo: Editora Ática, 2002. (Série Princípios).

GINN, J.; ARBER, S. «Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento». In: ARBER, S.; GINN, J. (Coords.). **Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico**. Madrid: Narcea, 1996.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: acolhimento e vínculo: práticas de acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 53-60, 2003.

IBGE. **Tendências demográficas no período de 1940/2000**, 2000. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/comentarios.pdf > Acesso em: 31 de maio de 2016.

_____. **Tendências demográficas no período de 1950/2000**, 2000. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias_demograficas/comentarios.pdf > Acesso em: 31 de maio de 2016.

_____. **Síntese dos indicadores sociais**, 2002. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm> > Acesso em: 31 de maio de 2016.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2003. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/coeficiente_brasil.shtm > Acesso em: 10 de junho de 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores**, 2008. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/sintese_pnad2008.pdf > Acesso em: 10 de junho de 2014.

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. Disponível em: <

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>
Acesso em: 10 de junho de 2014.

_____. **Dados do censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 10 de setembro de 2013.

IMIP. Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/sausedoadulto/oncogeriatria.html>> Acesso em: 27 de setembro de 2015.

INCA. **Conhecendo o Viva Mulher**. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>
Acesso em: 10 de junho de 2014.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, s. 2, p. 331-336, 2004.

HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO. Disponível em: <<http://www.hcp.org.br/index.php/institucional/apresentacao>> Acesso em: 27 de setembro de 2015.

KERGOAT, D. **Dictionnaire critique du feminisme**. Paris: PUF, 2000.

LIRA, G. V. et al. A narrativa na Pesquisa Social em Saúde: perspectiva e método. **RBPS**, v. 16, n. 1/2, p. 59-66. 2003.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

MARCILIO, M. L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira. Século XX. **Revista USP**, São Paulo, v. 37, p. 46-57, mar./maio 1998.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conhecimento de idosos/as sobre seus direitos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 479-485, 2010.

MARX, K. **O capital**: crítica da Economia Política. 23ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v. 1, 966 p.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, , 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

_____. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de A. (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In.: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. (Série Didática).

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde. In: BOLAÑO, César Ricardo Siqueira; OLIVEIRA, Luiz Marcos de Silva. (Orgs.). **Economia política, trabalho e conhecimento em saúde**. Aracaju: Editora - UFS, 2009. v. 1, p. 108-139.

MICHAELLIS. **Dicionário**. Disponível em: < <http://michaelis.uol.com.br/>> Acesso em: 31 de maio de 2016.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Ciência, técnica e arte: o desafio de pesquisa social. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. et al. (Orgs). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27º ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORAIS, I. F. **Saúde da Família**: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Einstein**, São Paulo, s. 1, p. 4-6, 2008.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3ª ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, s., p. 77-87, 2002.

OMS. **Situação de saúde no mundo é alarmante**. 2003. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/noticia/2003/oms_situacao_de_saude_no_mundo_e_alarmante> Acesso em: 23 de outubro de 2014.

_____. Disponível em: < <http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2014.

_____. Human Papillomavirus (HPV) and cervical câncer. **Media Centre**, 2014. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>> Acesso em: 21 de novembro de 2014.

_____. Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015. Disponível em: < <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 19 de junho de 2016.

OZAWA, C.; MARCOPITO, L. F. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, 33(5):238-45, 2011.

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.p. 301.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In:

FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A L., CANÇADO, F.A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da Região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n. 3, set./dez. 2010.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa do Estado de Pernambuco**. Recife, 2012.

_____. Política de Saúde da Pessoa Idosa. Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2015.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 255-262, 2007. Volume, número?

PINHEIRO, R. S. O.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, 687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S. O.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idoso em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul.-set. 1999.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: _____. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 11-19.

RIGHI, L. B. Redes territoriais e Projeto Terapêutico Singular como saberes referenciais para mudanças nas práticas da atenção à saúde de indivíduos e populações que envelhecem. In: DALLEPIANE, Loiva Beatriz. **Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva**. Porto Alegre: Editora Unijuí, 2009.

ROCHA-COUTINHO, M. L. *A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 1, p.65-69, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In:_____. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Revista Estudo Interdisciplinar e Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SAMARA, E. M. O que mudou na família brasileira? (da colônia à atualidade). **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 27-48, 2002.

SANTOS, D. L. P. **Análise do Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino em Pernambuco: 2007 a 2009**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Recife, 2011. Universidade Federal de Pernambuco, p.99.

SANTOS, A. M. R. et al. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 153-159, abr./jun., 2015.

SANTOS, M. S. et al. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n. 3, p. 465-471, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de normatização do TFD - Tratamento Fora do Domicílio do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2009.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov.-dez. 2004.

SILVA, J. P. V.; GULJOR, A. P. Gestão em redes e construção da Integralidade da Atenção e do Cuidado em Saúde: notas para um debate. In: FERREIRA, S. C. C.; MONKEN, M. (Orgs.) **Gestão em Saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Revista Interface**, v. 16, n. 40, p.249-59, 2012.

SILVA, K. S. B. **Avaliação da Integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), São Paulo, 2013. Universidade de São Paulo, p. 142.

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Revista de Saúde Pública**, 48(2):240-248, 2014.

SILVA, Sílvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 6, p.2753-2762, 2011.

SILVA, M. S. **Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da Retinopatia Diabética Grave**. Recife: [s.n.t.], 2015.

SILVA, D. M. G. V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. 2000. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2000. p. 197.

SILVA, D. M. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, maio-jun. 2002.

SOARES, J. L. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idosa e família. **Journal of Research Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 4, p.583-590, out./dez. 2013.

SOARES, M. L. C. A. et al. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, abr.-jun. 2016.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, s. 1, p. S100-110, 2008.

SOUZA, M. H. F. O. Câncer e envelhecimento. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2004.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, 59-80, dez. 2008b.

TEIXEIRA, S. M.; RODRIGUES, V. S. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.12, n. 2, p. 239-254, 2009.

VASCONCELOS, K. E. L. Estratégia Saúde da Família: tensões no âmbito do SUS. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA, 28. 2011, Recife. **Anais...** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011.

VERAS, R. P. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 75. Revista Quadrimestral do Serviço Social, São Paulo: Cortez, 2003. p. 278.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23 no.10, p. 2479-2489, Rio de Janeiro, Oct. 2007

VERAS, R. Desafios atuais: política nacional de saúde do idoso/a, conceito e práticas assistenciais. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia**: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010. p. 71-74.

VERAS, R. P.; LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. [Reimpr]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VILAÇA, M. N. Diferenças nos padrões de tratamento e nas características epidemiológicas entre pacientes idosos e adultas portadores de câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 497-505, 2012.

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. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2009;11(4):1037-42, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos a Sra. para participar, como voluntária, da pesquisa “*A integralidade no cuidado às mulheres idosas com câncer do colo do útero*”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Náiaide Melo Costa, com endereço à Rua Hermógenes de Moraes, nº 230, Madalena, Recife – CEP: 50610-160 – Telefone: (81) 99185-1083 e e-mail: naiademelo@gmail.com (inclusive ligações a cobrar). Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva, telefone para contato: (81) 99788-5459, e Camila Raianne Santos de Lira, telefone: (81) 99729-9852, e está sob a orientação da Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra, telefone: (81) 99962-2571, e-mail: afalangola@uol.com.br. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: O Projeto em questão tem como objetivo geral: Avaliar a atenção integral às mulheres idosas no SUS, a partir da trajetória assistencial de idosas acometidas pelo câncer do colo do útero (CCU). Mais especificamente: 1 - Desenhar as trajetórias assistenciais percorridas por mulheres idosas acometidas pelo CCU em busca de cuidados, descrevendo a rede de saúde acionada; 2 - Identificar os elementos que caracterizem a integralidade como princípio no cuidado às mulheres idosas acometidas pelo CCU; 3 - Analisar as potencialidades e fragilidades na linha de cuidado às mulheres idosas acometidas pelo CCU.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com mulheres idosas com diagnóstico de câncer do colo do útero, que estejam em tratamento ou seguimento para o câncer, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas, utilizando-se nomes fictícios que permitam manter o anonimato das participantes do estudo. O tipo de entrevista a ser realizada será em profundidade, por isso, poderá haver a necessidade de mais de um encontro; contudo, em nenhum momento este acarretará ônus para a participante da pesquisa e somente será realizada mediante sua aceitação em continuar fazendo parte do estudo. A participação na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro a fevereiro de 2016. O estudo em questão traz

riscos para os participantes, no que se refere ao constrangimento em não saber ou não querer responder as questões abordadas, por se tratar de assunto angustiante. Como forma de amenizar a entrevista, a mesma será feita reservadamente e de forma individual, deixando-a à vontade para exprimir o seu pensamento. Entretanto, o entrevistado poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo.

Neste estudo, não estão previstos benefícios diretos. Entretanto, como benefícios indiretos esta pesquisa pretende, no momento em que reconhece o sujeito entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para a sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para os serviços de saúde ofertados, bem como poderá propiciar estímulo à garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados, por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de 08 anos. O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Náia de Melo Costa
PPGERO

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) do documento “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecidas as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “*A integralidade no cuidado às mulheres idosas com câncer do colo do útero*”, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida, pela pesquisadora, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data:

Impressão
digital
(opcional)

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Documento:	Documento:
Assinatura:	Assinatura: