

POTENCIALIDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL: PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE ACUERDO CON LAS USUARIAS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Michele Mandagará de Oliveira¹

Ione Carvalho Pinto²

Valéria Cristina Christello Coimbra³

El objetivo de este estudio fue analizar la atención integral dentro de las prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino bajo la concepción de las usuarias de la Estrategia Salud de la Familia. Investigación de tipo exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo. Fueron seleccionadas catorce usuarias quienes realizaron el examen de Papanicolaou durante el mes de diciembre de 2002, en cuatro Servicios de Salud de la Familia vinculados a Instituciones de Enseñanza Superior. La recolección de datos fue realizada entre abril y junio de 2003. Los resultados demuestran que las usuarias analizan y evalúan la atención recibida formando su opinión, en especial, con relación a las tecnologías leves (de relación). Se concluye que las prácticas humanizadas con responsabilidad profesional/equipo favorecen al cuidado integral, fortaleciendo el vínculo entre las usuarias con los servicios y la promoción de la salud.

DESCRIPTORES: atención integral de salud; frotis vaginal; salud de la familia

POTENTIALITIES IN INTEGRAL CARE: UTERINE CERVICAL CANCER PREVENTION ACCORDING TO THE USERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

This study aimed to analyze the integral care in the uterine cervical cancer prevention practices in the conception of users of the Family Health Strategy through an exploratory and descriptive research with a qualitative approach. A total of 14 users who performed the Pap smear in December 2002 in four Family Health Units affiliated to Higher Education institutions were selected for the study. Data were collected between April and June 2003. We found that the users analyze and assess the praxis by issuing a value judgment about the care they receive, mainly in terms of light (relational) technologies. Concluding, humanized practices provided by professional/team favor integral care, strengthening the bond between users and health services, as well as health promotion.

DESCRIPTORS: comprehensive health care; vaginal smears; family health

POTENCIALIDADES NO ATENDIMENTO INTEGRAL: A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA CONCEPÇÃO DE USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O objetivo deste estudo foi analisar o atendimento integral nas práticas de prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da Estratégia Saúde da Família. Foi realizada pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa dos dados. Foram selecionadas quatorze usuárias que realizaram o exame Papanicolaou no mês de dezembro de 2002 em quatro Unidades de Saúde da Família, vinculadas a instituições de nível superior. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2003. Como resultado foi observado que as usuárias analisam e avaliam a práxis emitindo juízo de valor à assistência recebida, principalmente, no que se refere às tecnologias leves (relacionais). Conclui-se que práticas humanizadas com responsabilização profissional/equipe favorecem cuidado integral fortalecendo o vínculo das usuárias com os serviços de saúde e a promoção da saúde.

DESCRIPTORES: assistência integral à saúde; esfregaço vaginal; saúde da família

¹ Professor de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahia, Brasil, Becada PICDT, Estudiante de Doctorado, e-mail: mioliveira76@yahoo.com.br; ² Profesor Doctor, e-mail: ionecarv@eerp.usp.br; ³ Profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil, Estudiante de Doctorado, e-mail: valcris@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Investigación en Enfermería, Brasil

INTRODUCCIÓN

Medidas preventivas dirigidas en especial a la prevención de cáncer de cuello uterino, (PCCU) fueron fortalecidas al inicio de la década del 80 con la creación del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), lanzado en 1983, el cual priorizaba la asistencia integral a la salud de la mujer⁽¹⁾.

Actualmente, la PCCU integra acciones de Atención Básica dirigida a grupos específicos poblacionales, como actividad incluida en el Manual para la Organización de la Atención Básica ⁽²⁾, siendo preconizadas como una de las acciones parte de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF)⁽³⁾.

Este estudio presenta gran parte de los resultados de la disertación de maestría de una de las autoras sobre el PCCU. En este estudio se presentará la discusión referente al cuidado integral en las diferentes tecnologías que establecen esta práctica.

La discusión parte del supuesto que la atención integral percibe y cuida de la salud de la mujer en su totalidad, solucionando y atendiendo a las necesidades manifestadas, considerando específicamente, la utilización de tecnologías leves - leves duras - duras en las prácticas del PCCU. La atención integral puede ser promovida desde el momento exacto en el cual la usuaria busca el servicio de salud con la finalidad de realizar el examen de Papanicolao, o inclusive en el propio domicilio, durante la visita del Agente Comunitario de Salud (ACS).

La atención integral es la segunda directriz fundamental del Sistema Único de Salud e indica prioridades para las acciones preventivas sin prejuicio de los servicios asistenciales⁽⁴⁾.

Las tecnologías leves del trabajo en salud, son aquellas que se establecen creando un modo propio de gobernar los procesos, construyendo sus objetivos, recursos e intenciones, actuando de cierta forma en el espacio que interviene; el es un momento de encuentro del trabajador con el usuario, para la producción de bienes-relaciones⁽⁵⁾.

Este encuentro trabajador/usuario se establece en el espacio de trabajo, el cual muestra aspectos relacionados a los procesos de producción en salud (proceso salud-enfermedad y proceso de trabajo). En todo lugar en el cual se establecen estos encuentros se operan tecnologías de relaciones, es decir; en todo lugar que ocurre el proceso tecnológico

se observa el trabajo vivo, que tiene por objetivo escuchar las necesidades, para el intercambio de informaciones, para el reconocimiento mutuo de los derechos y deberes y, para un proceso de decisiones que permiten intervenciones⁽⁶⁾.

Trabajar en equipo multiprofesional dentro de la atención de salud de la mujer se considera un enfoque apropiado para la atención integral, no obstante, un trabajo eficiente de equipo no es fácil de conseguir, siendo el problema más evidente la comunicación y la transferencia de informaciones necesarias para la atención integral⁽⁷⁾.

Las prácticas del PCCU dirigidas a la educación en salud, estimular el auto-cuidado, realizar el examen de Papanicolao, realizar consulta médica y de enfermería en el área de salud de la mujer y el retorno para la entrega del resultado; son diversos momentos de la relación servicio/profesional/usuario. El uso de las diferentes tecnologías de trabajo, las cuales están relacionadas o estructuradas, son parte constituyente de la práctica integral⁽⁸⁾.

Ampliando la discusión se percibe que ambas tecnologías podrán ser realizadas en momentos similares, sin embargo; el profesional que establece el proceso de trabajo basado en una perspectiva mas amplia de salud y con visión diferenciada de la praxis, utilizará las diferentes tecnologías, brindando atención integral, centralizando como meta la humanización del cuidado y la calidad de la asistencia.

Por ejemplo, la acogida una vez normalizada no se encaja en la perspectiva relacional, cayendo en la imposición de conocimiento profesional/equipo, es decir, en la práctica del trabajo muerto.

Por otro lado, se percibe que existen muchos profesionales/equipos de salud de la familia quienes realizan atención integral, a pesar de los obstáculos encontrados en el modelo biomédico, el cual es centrado en la queja principal y en la enfermedad.

Frente a lo expuesto, el objetivo de la investigación es analizar la atención integral en las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino bajo la concepción de las usuarias de la ESF.

MÉTODO

Fue realizado un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo. La recolección fue guiada por una entrevista semi-estructurada. Siendo seleccionadas usuarias, quienes realizaban el

examen de Papanicolao en el mes de diciembre de 2002. La recolección de datos fue realizada durante los meses de abril a junio de 2003.

Siendo entrevistadas catorce mujeres usuarias, quienes aceptaron participar del estudio, siendo procedentes de cuatro Unidades de Salud de la Familia (USF) quienes fueron seleccionadas por el vínculo con el instituto de nivel superior, ambas localizadas en el municipio de Ribeirão Preto, SP. Las usuarias fueron identificadas a partir de sus auto-denominaciones: Tranquilidad, Amor, Pasión, Comunicación, Calma, Miedo, Alegría, Tristeza, Emoción, Descanso, Enriquecida, Saludable y Felicidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al analizar la práctica del PCCU fue posible observar que la usuaria, quien buscaba el servicio de salud para realizar el examen de Papanicolao, era probablemente orientada/atendida por un equipo multidisciplinario desde su llegada hasta su salida de la USF. Probablemente en la práctica del PCUU se utilizaron todas las tecnologías leves y/leve-duras/duras, no obstante fue establecida una calificación de la atención durante el cuidado integral, tanto desde el punto de vista técnico como del de la propia usuaria.

En las entrevistas seleccionadas, se puede observar que la propia usuaria percibe y evalúa la praxis estableciendo juicios cuando se refiere que "fue bueno", siendo ella positiva o negativa; lo cual es importante para la construcción de prácticas integrales en los servicios de salud.

El usuario del sistema de salud, a través de la participación comunitaria como parte del control social, posee competencia para evaluar e intervenir, modificando el propio sistema de salud⁽⁹⁾.

Se observa en las entrevistas que las usuarias reconocen las diferencias, tecnologías en las cuales se da el proceso de prácticas de prevención, lo cual se da en la relación profesional/equipo-usuarias, en especial en la parte de educación en salud, recolección de examen de Papanicolao, resultados y tratamientos necesarios.

Aquí no se siente vergüenza, me sentí tranquila, relajada, no sentí nada de dolor, incomoda un poco al colocar el espejito, pero es soportable (...) me sentí cómoda, siempre estamos con miedo del resultado, pero gracias a Dios, solo tuve algo tratable, con una crema mejora (...) Existe un lugar para cambiarse de ropa, para colocar una bata (...) (Comunicación).

En la entrevista con Comunicación, se percibe satisfacción por parte de la usuaria relacionada con el ambiente físico, sobre todo con lo referente al cuidado de su cuerpo, lo cual pasa para ellas tranquilidad y aceptación del ambiente, del profesional y de la recolección del examen de Papanicolao.

Entre los requisitos necesarios para la organización de la sala del PCCU, es importante que exista un local para cambiarse de ropa, resaltando la presencia de batas y sábanas para cubrir a la paciente, además de la previa organización de los materiales utilizados en la recolección⁽¹⁰⁾. Estos cuidados pueden ser interpretados como tecnologías que influyen en la calidad de la asistencia para la atención integral.

Los profesionales de salud tienen acceso a una sala, materiales a ser usados para el examen y explican a la usuaria tanto en la consulta individual, como durante las charlas de educación en salud, sobre la importancia del examen de Papanicolao⁽¹¹⁾.

Fue muy bueno siempre saco consulta con la Dra, ella me realiza el examen. Ella me explica todo, realiza examen de mama y me dice para yo también realizarlo en casa después del periodo menstrual, enseñándome como hacerlo. Generalmente ellas explican como el examen va a ser realizado y cuando va a ser colocado el espejito, pasa el hisopo y ya coloca en la lámina, recuerdo que me dijo que tenía una infección, por lo que me dio un medicamento (Felicidad)

En la entrevista con Felicidad se percibe la satisfacción por la atención durante el examen de Papanicolao, lo cual nos recuerda sobre la utilización de tecnologías relacionales en sincronía con las tecnologías duras, cuando la paciente menciona la educación en salud, el momento y etapas del examen de Papanicolao, así como el hecho de dar una atención inmediata frente a la detección de un problema local y de su tratamiento.

El que las usuarias, durante la evaluación de la atención atribuyan juicio de valor sobre la atención recibida, muestra potencialidades relacionadas a la asistencia ofrecida en las respectivas USF, reconociendo a la USF como un servicio de salud que es escenario de la organización en salud y que representa a la institución a través de los servicios, los cuales proponen prácticas profesionales diferentes y de calidad.

Fue muy bueno! (...) yo fui bien atendida, realicé el examen preventivo, la médica conversó conmigo, y me explico el porque de este examen, el cual debe ser realizado, así me dio confianza y amistad, y me hizo sentir más cómoda, entonces fue una atención muy buena (Amor).

Esta atención no fue 10%, fue 100% buena, pues yo estaba con vergüenza por ir sola al médico y estar cara a cara haciéndome preguntas de mi vida, luego uno se comienza a abrir, igual como la confesión con el padre (...), al comienzo estaba con vergüenza, pero luego vi al médico no solo como médico sino como un amigo! Él es una persona excelente y como médico muy atento, (...)no es como aquellas personas que uno consulta y la tratan mal. En la USF fui muy bien atendida tanto por las enfermeras como por el médico (Alegría).

Yo fui bien atendida nunca tuve problemas (...)Allá hay menos gente, ellos nos brindan mejor atención, los agentes de salud y el doctor están más próximos que en el puesto, ellos recuerdan nuestros nombres, se crean menos barreras, son realmente de la familia (Tranquilidad).

La asistencia aquí es mucho mejor, siempre preguntan, y si uno tiene algo dicen: voy intentar encontrar un horario para atenderte, y si no encuentran ellos van a tu casa (...) (Pasión)

Las entrevistas con las usuarias con relación a la buena atención de los profesionales es relacionada con las características de tecnologías leves (de la acogida, del vínculo, del escuchar, de la atención, de la proximidad afectiva), lo cual nos muestra que el conocimiento popular, reconoce estas tecnologías como característica "inherentes al buen profesional".

En un estudio realizado anteriormente, se observó que la proporción de exámenes de papanicolao es mayor entre mujeres que están mas tiempo inscritas en la USF, lo cual presenta una fuerte asociación entre el realizar el examen de Papanicolao y el vínculo con el servicio por parte de las usuarias (12).

El vínculo, la acogida, el escuchar son percibidos, analizados y evaluados por los usuarios, por lo cual emiten un juicio de valor, diferente al de la evaluación de la práctica profesional, sobre todo en lo que se refiere al déficit de tecnologías basadas en la relación.

El no saber escuchar y el tipo de acogida influyen negativamente en las relaciones de vínculo (usuario-profesional-servicio), lo cual puede contribuir en la insatisfacción de la usuaria con la asistencia propuesta. Como puede ser observado en la siguiente entrevista.

Ellos dijeron que iban a realizar la recolección de la muestra, y yo dije ah, pero no estoy preparada (...), ahí ese médico llamó a otro médico, quien me dijo que yo tenía que hacerlo, no necesita tener vergüenza toda mujer pasa por esto (...)no me gusto, porque con lo que me dijo nada cambio(Calma).

Actividades aisladas de algunos profesionales de salud tienden a perjudicar "las cosas", nos

referimos a "las cosas", cuando hablamos del empeño del equipo durante la construcción del cuidado con calidad, lo cual es una propuesta de la ESF.

Es necesario reflexionar sobre las prácticas en la ESF, sobre el compromiso y responsabilidad del profesional/usuario para la transformación del modelo asistencial biomédico, para un modelo técnico-asistencial para el usuario centrado en la práctica integral (7).

El equipo de salud necesita estar atenta a las quejas, dudas y la ansiedad de las usuarias, es decir, el profesional que cuida debe desarrollar la capacidad de interacción e intercambio, es preciso saber escuchar y hablar, evitando términos técnicos o científicos, de forma que la usuaria comprenda y se sienta comprendida y cuidada, como una forma de motivarla a controlar el miedo y la vergüenza (11).

Una práctica humanizada, que desarrolla la capacidad de interacción, actuando no solo con preparación técnica, sino también con intuición y sensibilidad, lo que contribuirá para la calidad de la asistencia brindada a la mujer, durante el examen de Papanicolao(11).

Las tecnologías acaban tornándose complementarias, sobre todo con relación a lo integral del cuidado. Las usuarias perciben esta asistencia integral y de calidad, involucrándose con el equipo, con actividades del servicio y con la promoción de la salud.

(...) es bueno prevenir en especial, si que existen establecimientos de atención, dependiendo del lugar donde uno vive, cada quien es atendida en su propio barrio, pero a mi me gusta, es muy bueno (Felicidad).

Ellas me atienden super bien (...) La atención, la educación y el respeto, uno llega y ellos ya vienen con el mayor cariño, vienen sonriendo (Pasión).

Tienen educación, ellos no son toscos, ellos te atienden con la mayor paciencia y ponen mucha paciencia, ellos escuchan lo que uno tiene para decir (Miedo)

La implantación de la ESF es un reto para los profesionales, para la población y para los gestores, quienes necesitan romper con las prácticas de poder ya instituidas en los servicios. Es necesaria la participación y el empeño de todos los actores.

Discusiones en grupos de educación en salud con las usuarias de la ESF pueden ayudar en la construcción de la atención integral del PCCU, pues tanto la formación del vínculo como la co-responsabilidad con su salud son fortalecidos por el diálogo(13).

Los profesionales/equipos de salud, necesitan atender a las usuarias con una visión dirigida a la atención integral, lo que incluye la educación en salud⁽¹⁴⁾ visto como un reto y poder para realizar atención primaria frente a la detección precoz de cáncer de cuello uterino.

CONCLUSIONES

La organización de la asistencia en salud, de acuerdo con la propuesta de reorientación del modelo asistencia y calificación de atención primaria de salud, tiene por objetivo facilitar el acceso a las necesidades básicas, mayor cobertura y calidad de la asistencia. Por lo cual las prácticas del PCCU puede ser adecuadas en la ESF, desde que los profesionales/equipo

promuevan la atención integral, la cual es un principio del SUS.

Las prácticas del PCCU en la ESF requieren ser de calidad por parte de los gestores, profesionales/equipo, así como de las usuarias, pues es necesario asumir una conducta que este enfocada en prácticas integrales y de calidad en todas las direcciones del cuidado.

Las usuarias de la ESF, pueden y debe integrarse a esta propuesta de responsabilidad y compromiso con la atención integral, pues ellas reconocen y evalúan la práctica como usuarias del sistema de salud.

Las usuarias deben tener una participación activa en el contexto social, buscando y garantizando la atención integral, una vez que son ciudadanos y copartícipes del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zeferino L, Galvão L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil. In: Galvão L, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1999. p. 346-65.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual para a organização da atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): FASE/IBAM; 1995.
5. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p.71-112.
6. Coimbra VCC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
8. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ci Saúde Coletiva 2006 janeiro-março; 11(1): 53-61.
9. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ci Saúde Coletiva 2002 julho-setembro; 7(3):581-9.

10. Secretaria de Estado da Saúde (SP). Manual de procedimentos técnicos e administrativos: coleta do papanicolaou e ensino do auto-exame da mama. São Paulo (SP): Secretaria de Estado de Saúde; 2001.
11. Merighi MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. Rev. Escola de Enfermagem da USP 2002 setembro; 36(3): 289-96.
12. Ramos AS, Palha PF, Costa ML Jr, Sant'Anna SC, Lenza NFB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de papanicolau. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):170-4
13. Oliveira MM. A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
14. Oliveira MM, Silva ENF, Pinto IC, Coimbra VCC. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. Rev Gaúcha de enfermagem Porto Alegre (RS) 2004 agosto; 25(2):176-83.