

O CUIDADO À MULHER COMO CENTRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**Women's care as the center of the Family Health Strategy**Ernande Valentin Prado¹**RESUMO**

O objetivo deste artigo é descrever e discutir a implantação do Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Rio Negro, no Mato Grosso do Sul (MS), entre o ano de 2007 e 2008. O entendimento era que a mulher é quem cuida, chamando para si a responsabilidade por toda família. Por isso concluiu-se que, para cuidar verdadeiramente da mulher, precisa-se atender toda a família e a comunidade. Trata-se de um relato de experiência que demonstra como a organização do programa de saúde da mulher potencializou a implantação dos diferentes programas de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a própria organização da ESF enquanto modelo de saúde alternativo ao modelo biomédico. A partir do entendimento das necessidades da mulher, toda comunidade se beneficiou, pois o serviço foi organizado de forma a cuidar e não simplesmente vigiar a saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Cuidados de Enfermagem; Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this article is to describe and discuss the implementation of the Program of Comprehensive Attention to Women's Health in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Rio Negro, Mato Grosso do Sul (MS), between the years 2007 and 2008. The understanding was that it is the woman who handles care, taking on herself the responsibility for the whole family. Therefore it was concluded that, to truly take care of the woman, the needs of the whole family and community must be met. This is an experience report that demonstrates how the organization of the women's health program has enhanced the implementation of various Primary Care programs of the Ministry of Health and the organization of the FHS itself as a model of health, as an alternative to the biomedical model. Understanding the needs of women benefited the whole community, because the service was organized to care for, and not simply monitor, the health of the population.

KEYWORDS: Women's Health; Nursing Care; Family Health.

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, é a mulher quem se dedica a cuidar da casa, dos filhos, do marido, dos pais e de outras pessoas doentes. Também, são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), porém não buscam cuidados apenas para si, mas, principalmente, para as crianças, para as pessoas idosas ou deficientes, para os vizinhos e amigos.¹

Tanto o homem quanto a mulher podem cuidar² e

cuidam. Mas a mulher tem assumido essa função cotidianamente a partir de uma construção sócio-histórica. Essa, além de trazer a dimensão da desvalorização do espaço privado em detrimento do público, reflete uma sociedade machista. O cuidado está na história da mulher. Elas são as principais cuidadoras.³ Portanto a sociedade depende da mulher, pois sem cuidado a sobrevivência não seria garantida.⁴

Para continuar sendo a grande cuidadora da família, a

¹ Ernande Valentin Prado, sanitarista. Enfermeiro. Professor de Enfermagem na Faculdade AGES - BA. Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop) e Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde do Ministério da Saúde - CNEPS/MS. E-mail: emboraeuqueira@uol.com.br

mulher precisa estar bem. Portanto pode-se deduzir que uma assistência à saúde da mulher reverte-se para toda comunidade. Esse foi o entendimento da equipe de saúde da família da área urbana de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, ao iniciar a organização do programa de saúde da mulher.

Em março de 2007, em primeira avaliação, foi constatado que a mulher não desfrutava de cuidados à altura de sua importância e necessidade. Os números da assistência pré-natal, por exemplo, eram baixíssimos. Os números de atenção ao puerpério não eram compatíveis com o de pré-natal e o preventivo de câncer de colo de útero praticamente não era feito. Já o exame clínico de mama não era realizado de fato, mesmo sendo o câncer de mama o principal tipo a acometer e matar mulheres.⁵

Esses exemplos são úteis para demonstrar as deficiências do serviço no tocante a questões básicas da saúde da mulher. Mas pensar saúde da mulher não se restringe apenas a esses aspectos, embora seja compreensível começar por eles, uma vez que são protocolados e discutidos em nível nacional. Portanto já há tempo suficiente para ser de conhecimento geral essa necessidade.

O diagnóstico referente ao ano de 2006 evidenciava essa situação. O relatório não refletia uma realidade fiel, mas a baixa importância dada aos números como forma de planejar o cuidado. Por isso, assumiu-se que os dados não eram totalmente reais, mas não estavam longe da realidade. Sabia-se, por exemplo, que muitas mulheres não realizavam pré-natal ou o iniciavam com a gravidez em estágio avançado. Poucas mulheres realizavam preventivo de câncer de colo de útero e a consulta de puerpério. Além disso, não se aproveitava o momento do pré-natal para realizar o exame de colo de útero.

De um modo geral, as mulheres não tinham atenção diferenciada, no que essa diferença tem de positiva. Como acesso, por exemplo, era considerada apenas a demanda espontânea. Mas essa situação não podia ser considerada discriminação, uma vez que era assim para homens, idosos e crianças, independente de sexo.

Este artigo descreve e discute como essa constatação foi importante para indicar nova forma de ver e praticar saúde da mulher na cidade de Rio Negro - MS entre os anos de 2007 e 2008. Foi interessante ainda perceber que, a partir de ações concretas destinadas a um público importante, muitas vezes negligenciado, caminhou-se para organização efetiva da ESF de forma mais integral e equânime.

Trata-se de um relato de experiência, assumindo este como sendo uma sistematização, ou seja, uma experiência fundamental de grande importância para acumular elementos que representam processos inéditos e irrepetíveis.⁶

Estrutura do serviço de saúde em Rio Negro - MS

Em 2007, havia, em Rio Negro, 4.961 habitantes.⁷ O grande empregador era a prefeitura. Mais de 50% dos habitantes viviam com renda de até um salário mínimo. Muitas tinham como única fonte de renda o programa bolsa família. O principal problema encontrado na cidade, nessa época, era a baixa autoestima, causada pela situação sociocultural e financeira.⁸

De modo geral, o serviço de saúde era fisicamente bem estruturado. Havia, à disposição, profissionais de diversas formações: Enfermeiro, Nutricionista, Farmacêutico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Médico e Assistente Social. Mas não havia integração. Cada um trabalhava de forma particular, sem levar em conta os outros.⁷ Eram duas Unidades de saúde da Família, com cobertura de cem por cento. Ambas com equipes de Saúde Bucal. Havia um laboratório de análises clínicas, farmácia básica, coordenação de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e de endemias. E um hospital com 16 leitos. Apesar disso, não existia trabalho interdisciplinar.

Em janeiro de 2007, o Sistema de Informação em Saúde (SIS/pré-natal) registrava quarenta mulheres inscritas. Para efeito de consolidação, consideram-se apenas mulheres com início do acompanhamento até cento e vinte dias de gravidez. Com os exames preconizados realizados, vacinas e, no mínimo, seis atendimentos mais a consulta de puerpério até quarenta e dois dias após o parto.⁹ Apenas duas mulheres se enquadravam nesses critérios.

Verificavam-se os seguintes problemas: falha no registro das atividades; cálculo errado da Data Provável do Parto (DPP); vacinas não registradas; falta de anotações dos acompanhamentos.

Segundo os registros do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), apenas cento e nove mulheres realizaram preventivo de colo de útero no Centro de Saúde José de Souza Brandão entre 2006 e 2007.

Até 2005, as condições para realização de coleta de preventivo não eram favoráveis. Usava-se uma sala apertada. Primeiro entrava a mulher e, depois, o profissional já com ela na maca, pois não havia espaço para os dois.¹⁰ Além disso, não existia nenhuma preparação para trazer a mulher, dar-lhe segurança sobre o exame, como preconiza o MS ao dizer que “não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecer aos postos de saúde [...]”^{1:48} O mais comprometedor não era exatamente essa precariedade e sim o fato de não se perceber o quanto essa situação era indigna.

Embora anticoncepcional oral estivesse disponível, no município, desde 2006, poucas mulheres faziam uso do recurso. Não havia divulgação ou programa específico

para estimular o uso. Das 23 mulheres inscritas no programa em novembro de 2007, 75% foram inscritas durante o último ano.

Havia uma grande dificuldade para a mulher ter acesso aos anticoncepcionais. Em anos anteriores, chegavam a ter o prazo de validade vencido por falta de uso. Para retirar os comprimidos na farmácia, era necessário que a mulher apresentasse receita médica mensal. Não havia o cadastro e acompanhamento das mulheres de forma regular, mas a necessidade de consulta médica mensal para renovar a receita.

Como exigência da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, Rio Negro, só o ginecologista estava habilitado a oferecer anticoncepcionais orais. Assim, na falta desse profissional, os mesmos não eram disponibilizados. Além disso, apenas a medicação conhecida com ciclo 21 era ofertada.

O programa de saúde da mulher não estava implantado. Na verdade, nenhum programa do Ministério da Saúde estava implantado na cidade, apesar de a Estratégia de Saúde da Família já estar há mais de cinco anos.⁷

As mudanças

Para mudar essa situação, uma série de estratégias foi adotada. A primeira etapa visava resolver os problemas detectados na avaliação. As providências desenvolvidas foram: na visita domiciliar, os ACS passaram a conversar sobre sintomas de gravidez. Uma vez identificado algum sintoma sugestivo, a mulher era orientada a fazer uma consulta. Era, inclusive, oferecida a oportunidade de agendar de imediato. Uma vez detectada a gravidez, o pré-natal começava imediatamente, uma vez que “quanto mais precoce a primeira consulta menor o número de nascimentos prematuros.”^{11:26}

A primeira consulta, a terceira, a relativa à vigésima semana e a consulta de puerpério passaram a ser realizadas pelo Enfermeiro. As outras, pelo médico. Todas as gestantes eram encaminhadas para atendimento odontológico e, conforme avaliação, com Nutricionista, Assistente Social, Fisioterapeuta e Profissional de Educação Física. Todos os exames eram solicitados e realizados conforme preconizado pelo MS.¹² O acompanhamento coletivo e de visita domiciliar era realizado por toda equipe, inclusive pela Nutricionista. Foram desenvolvidos impressos específicos para as gestantes, conforme preconizado: cartão de gestante, prontuário, pedidos de exames e cadastros. Passou a ser oferecida, para toda gestante, até o terceiro mês de gestação, coleta de preventivo de colo de útero. A equipe somou-se ao grupo de gestantes da igreja em parceria com o serviço social e passou a ter responsa-

bilidade pelo planejamento e execução das reuniões. Essas ações tinham como objetivo oferecer o máximo de serviços possível como forma de melhorar a comunicação/registro das ações e a integralidades dos cuidados.

A mulher passou a receber visita domiciliar e apoio para cuidar e amamentar o bebê nos primeiros dias após o parto e, na primeira semana, a visita do Enfermeiro, Nutricionista, Técnico de Enfermagem e do ACS. Em muitos casos, recebia três visitas na semana. Além da rotina, a mulher poderia acionar a equipe a qualquer momento. Esse suporte levava em conta que nem sempre a boa vontade da mulher é suficiente para garantir a amamentação. Em muitos casos, ela necessita de suporte técnico e emocional. Quando isso não começa na ESF pode representar sofrimento para mulher.¹³

Os relatórios mensais mostraram que, nos primeiros meses após iniciar as mudanças, o número de mulheres começando o pré-natal até o segundo mês passou de 28% para 38%. Esse é um resultado significativo, principalmente porque não se trata de resultado consolidado de um ano inteiro. Esperava-se que, em 2008, esse percentual de gestantes iniciando o pré-natal no segundo mês fosse consolidado ou que melhorasse.

O que impulsionou a organização do programa de saúde da mulher e deu respaldo junto à Secretaria de Saúde foi o fato de a reorganização não aumentar os custos e, ainda, ter aumentado os recursos financeiros da SMS. No início de 2007, com os dados consolidados de 2006, apenas R\$ 80,00 reais foram obtidos. Já em novembro, haviam sido calculados R\$ 1.080,00 reais. Os recursos obtidos foram revertidos todos em benefício das gestantes.

O grande desafio para melhorar a realização de preventivo de câncer de colo de útero e mama era vencer a desconfiança das mulheres em relação ao serviço. “A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 95% das mulheres que vivem em países classificados como “em desenvolvimento” nunca tenham se submetido ao exame citopatológico do colo uterino. No Brasil, com base em dados coletados em 96 centros oncológicos, entre 1995 e 2002, observou-se que 45,5% das pacientes com câncer de colo uterino encontravam-se nos estágios III ou IV no momento do diagnóstico inicial.”^{14:2502} Havia a percepção de que essa situação poderia ser diferente em Rio Negro, caso houvesse um trabalho centrado na modificação da situação. Um dos primeiros obstáculos a vencer era a crença da equipe de que as mulheres da cidade não aceitavam colher preventivo com enfermeiro, situação que não se mostrou real.⁹

A reorganização da coleta de preventivo começou um pouco antes dessas mudanças, mas foi aprimorado a partir delas. As estratégias eram: oferecimento de realização de

exame clínico de mama para todas as mulheres em consultas na unidade de saúde; encaminhamento conforme preconização; divulgação do programa de prevenção em rádio, cartazes, reuniões e em visitas domiciliares; possibilidade de atendimento com dia e hora diferenciados; atendimento sem agendamento prévio nas sextas-feiras pela manhã como rotina; reunião preparatória antes da coleta; escolha sobre quem faria o procedimento – Enfermeiro ou a Auxiliar de Enfermagem; consulta de enfermagem antes e depois da coleta, com prescrição de tratamentos preconizados conforme cada situação protocolada; desenvolvimento de formulários específicos para acompanhamento; publicação de norma administrativa preconizando orientação e oferecimento de procedimentos preventivos em todas as consultas realizadas pela equipe.

O resultado mais expressivo na coleta de preventivo não foi exatamente a expansão numérica, embora tenha melhorado, mas a satisfação das mulheres após fazer o exame. A reorganização do serviço de coleta de preventivo está descrito no artigo Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS.

A melhora do fornecimento de anticoncepcional foi obtida basicamente com a divulgação da existência dos comprimidos. Além disso, foram oferecidos outros tipos de medicações a partir de diálogo com a Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Mulher.

As estratégias foram: divulgação em rádio, panfletos, cartazes, reuniões e visitas domiciliares; consultas de Enfermagem e de Assistente Social para orientação; encaminhamento para consulta médica pré-agendada; cadastro no programa para retirar os comprimidos necessários mensalmente; distribuição de preservativos sem necessidade de cadastro; todos os servidores do serviço foram autorizados a entregar os preservativos e cadastrar os usuários, bastando apenas anotar a idade e a quantidade, que a própria mulher decidia, em formulário de controle.

Isso elevou em 75% o número de mulheres cadastradas para receber anticoncepcional oral em 2007 quando comparado ao ano de 2006.

Embora não exclusivo para mulheres, mas com expressiva participação feminina, eram oferecidos os seguintes projetos: grupo de controle de peso – encontros mensais para avaliação do peso corporal e discussão de estratégia para perder peso; projeto costurando saberes – encontros semanais com objetivo de oferecer atividades manuais e diálogo sobre diversos problemas; ginástica laboral e ginástica aeróbica; programa Saúde Comunitária – Programa de rádio com 79% de audiência.¹⁵

Os projetos e programas foram pensados tendo a mu-

lher como centro, mas sempre levando em conta parceiros, filhos, pais e outros. Essa preocupação em oferecer serviços diversificados visava aumentar a possibilidade de participação de todos e todas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros programas de saúde da mulher no Brasil tinham uma visão restrita. O foco era a especificidade biológica e o papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação e manutenção da família¹. Em Rio Negro, em pleno século XXI, a compreensão não era diferente. Por isso a ênfase inicial foi melhorar a compreensão da equipe. Tinha-se em mente que oferecer cuidado à mulher era ao mesmo tempo dar atenção ao seu filho, ao companheiro, aos pais e parentes. Mas, sobretudo, dar oportunidade para ela se expressar, sentir-se à vontade para expor seus problemas e desejos, insatisfação, temores e alegrias. A isso se deve grande parte dos resultados positivos. A outra ponta foi divulgação dos serviços e capacitação técnica da equipe.

Buscava-se entender o aspecto de gênero relacionado à discriminação da mulher, à falta de oportunidade e ao papel secundário na sociedade. Isso era debatido abertamente na equipe. A par dessa situação, mas não conivente, buscou-se organizar o serviço para dar voz e contribuir para que essas questões fossem levadas em conta.

As preocupações com a mulher e a implantação do programa de saúde da mulher mostraram-se, nessa experiência, ser o ponto de convergência de todos os programas implantados na ESF. Infelizmente, nem todos os resultados puderam ser acompanhados até o fim. Isso por questões políticas relacionadas à precariedade dos vínculos empregatícios.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Oguisso T. Trajetória histórica e legal da Enfermagem. 2ª ed. Barueri: Manole; 2007.
3. Salci MA, MarconSS. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(3):544-51.
4. Boff L. Saber cuidar. Petrópolis: Vozes; 1999.
5. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer. [Citado 2011 out. 26]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>

wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.

6. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. Brasília: MMA; 2006.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados demográficos de Rio Negro. 2007. [Citado 2008 mar. 17]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>.

8. Prado EV. Os caminhos que me trouxeram até aqui. In: Mano MAM, Prado EV, organizadores. Vivências de educação popular na atenção primária à saúde. São Carlos: EDUFSCAR; 2010. p.81-82.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. [Citado 2011 abr. 24]. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=0401>>.

10. Prado EV, Pereira WSB, Assis Md. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS. Rev Atenção Primária à Saúde. 2009; 12(4):498-03.

11. Moraes ENd, Alflen TL, Spara P, El Beitune P. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. Rev Bras Ginecol Obstetr. 1998; 20:25-32.

12. Janine S. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: SPS/Ministério da Saúde; 2000.

13. Caldeira AP, Aguiar GNd, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(8):1965-70.

14. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSd, Quintana SM, Marcolin AC. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16:2501-10.

15. Prado EV. Programa de educação em saúde via rádio: percepção do ouvinte. Mundo Saúde. 2007; 31(3):394-02.

Submissão: novembro/2011

Aprovação: agosto/2013
