



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE GRADUAÇÃO

AMANDA CALILA CUNHA BARRADAS

**ESTRATÉGIAS DE MULHERES PARA O CUIDADO À SAÚDE NA REDE DE  
ATENÇÃO**

Salvador

2014

AMANDA CALILA CUNHA BARRADAS

**ESTRATÉGIAS DE MULHERES PARA O CUIDADO À SAÚDE NA REDE DE  
ATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho

**Co-orientadora:** Msc. Andiara Rodrigues Barros

Salvador

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,  
SIBI - UFBA.

B268 Barradas, Amanda Calila Cunha

Estratégias de mulheres para o cuidado à saúde na rede de  
atenção / Amanda Calila Cunha Barradas – Salvador, 2014.

42 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia.  
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Mulher. 2. Saúde. 3. Enfermagem. I. Coelho, Edméia de  
Almeida Cardoso. II. Universidade Federal da Bahia. III.  
Título.

CDU 613.99

**AMANDA CALILA CUNHA BARRADAS**

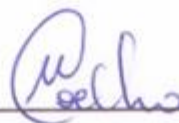
**ESTRATÉGIAS DE MULHERES PARA O CUIDADO À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentada ao Colegiado de Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 16 de dezembro de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

**Edméia de Almeida Cardoso Coelho** \_\_\_\_\_



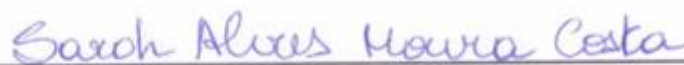
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

**Isa Maria Nunes** \_\_\_\_\_



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

**Sarah Alves Moura Costa** \_\_\_\_\_



Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

À todas as pessoas que lutam pela saúde das mulheres.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, por todo apoio e ensinamentos, sem eles não alcançaria meus objetivos.

À professora Edméia Coelho, por me orientar tão bem ao longo da execução desse trabalho. Sua dedicação e compromisso fez toda a diferença.

Às minhas irmãs por me ensinar a perseverar pelos meus sonhos.

Ao meu namorado Tiago, pela compreensão na minha ausência e ajuda nos momentos difíceis.

A Andiará Barros pela parceria no PIBIC e co-orientação nesse Trabalho de Conclusão de Curso. Sua participação foi de muita valia.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem da UFBA por ofertar as boas bases para minha profissão.

Aos amigos, conquistados ao longo da vida, pela torcida na concretização desse sonho.

Aos colegas de turma por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem também para minha formação.

BARRADAS, Amanda Calila Cunha. **Estratégias de mulheres para o cuidado à saúde na rede de atenção.** 2014. 42 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

## RESUMO

No Brasil, indicadores epidemiológicos evidenciam que, apesar da existência de políticas públicas específicas, as mulheres continuam vulneráveis a uma série de agravos. A Estratégia Saúde da Família (ESF) insere-se no sistema com o objetivo de reorganizar a atenção básica. No âmbito da saúde da mulher, pesquisas revelam dificuldades de acesso, baixa resolutividade e distanciamento de mulheres da ESF. O estudo tem como objetivos conhecer estratégias adotadas por mulheres cadastradas na ESF para o cuidado à saúde e analisar as estratégias adotadas na perspectiva da integralidade. Trata-se de estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo integralidade como categoria analítica. Desenvolvido com doze mulheres em idade reprodutiva cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família (USF). O material empírico foi produzido por entrevista e analisado pela técnica de análise de discurso. Os resultados revelaram desequilíbrio entre oferta e demanda, sem garantia de infraestrutura no tocante a recursos materiais e humanos. A busca pela rede especializada constitui estratégia utilizada para o cuidado à saúde, considerada mais capaz de garantir acesso e dar respostas, havendo uma inversão de papéis contrária aos princípios do SUS e da ESF. Em conclusão, na realidade estudada, a ESF não vem cumprindo seu papel. Urge sua reorganização, com resgate de princípios e de equipes multiprofissionais que resguardem competência técnica e relacional. Ao poder público é impositivo assegurar resolutividade das ações, que favoreça o vínculo das mulheres e que permita vislumbrar-se a integralidade dessa atenção.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Demandas de saúde; ESF; integralidade; enfermagem.

BARRADAS, Amanda Calila Cunha. **Women strategies for health care in care network.** 2014. 42 p. Work Completion of course (Graduation) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014

## **ABSTRACT**

In Brazil, epidemiological indexes evidence that, despite the existence of specific public policies, women continue vulnerable to a series of grievances. The Family Health Strategy (ESF) is inserted in the system with the purpose of reorganizing basic care. Within the scope of women's health, researches reveal the difficulties of access, low problem-solving capacity and distancing of women from the ESF. The studies have the purpose of understanding the strategies adopted by women registered in the ESF for healthcare and analyzing the strategies adopted under the perspective of integrality. This is an exploratory study, with a qualitative approach, with integrality being the analytical category. The study was developed with twelve women, or reproductive age, registered in two Family Health Units (USF). The empiric material was produced through interviews and analyzed using speech analysis. The results reveal an imbalance between offer and demand, without any guarantee of infrastructure in relation to material and human resources. The specialized network has a strategy used for healthcare, considered more capable of guaranteeing access and offering answers, representing a role inversion contrary to SUS and ESF principles. In conclusion, under the researched reality, the ESF is not fulfilling its role. Reorganization is necessary, with the recovery of principles and multiprofessional teams, preserving technical and relational competence. It is imperative that the public authorities assure problem-solving capacity, improving bonding with women, aiming towards integrality.

**Key-words:** Woman Health; Health demands; ESF; Integrality; Nursing.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEM – Grupo de Estudo Sobre Saúde da Mulher

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCCU – Prevenção de Câncer de Colo Uterino

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

USPSTF – U.S. Preventive Services Task Force

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	6
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	8
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES	14
2.1.1 A integralidade como norteadora das ações de qualidade nos serviços de saúde	18
<b>3 METODOLOGIA</b>	22
3.1 TIPO DE ESTUDO	22
3.2 LOCAL	22
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	22
3.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	23
3.5 PLANO DE ANÁLISE	24
3.6 QUESTÕES ÉTICAS	25
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO</b>	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS PARTICIPANTES	27
4.2 DIFICULDADE DE ACESSO ALTERANDO PAPÉIS DA REDE DE ATENÇÃO	28
4.2.1 Rede especializada como estratégia para a atenção frente ao descrédito na ESF	28
4.2.2 Rede privada como estratégia para resolutividade na ausência do SUS	32
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34

<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A – Adendo ao Projeto</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO A – Autorização de Uso do Banco de Dados</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade. A rede regionalizada possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados (PAIM, 2009).

No SUS a atenção à saúde é oferecida em três níveis de complexidade, formando uma pirâmide, com a atenção básica na base, a atenção secundária na parte intermediária e a atenção terciária no topo da pirâmide. O objetivo é racionalizar o atendimento e criar um fluxo ordenado de usuário(a)s por meio de mecanismos de referência e contra-referência (CECÍLIO, 1997).

No âmbito da saúde das mulheres, estudos revelam que a baixa resolutividade, a alta rotatividade de profissionais e a precariedade de infraestrutura têm acompanhado a experiência de usuárias do SUS, que se distanciam da rede básica e buscam a rede especializada, que vem tornando-se referência para a atenção em todos os níveis. Todavia, as dificuldades de acesso quase sempre levam as mulheres a recorrer à rede privada que se mostra mais resolutiva fortalecendo o modelo clínico e a medicina especializada, em detrimento dos princípios do SUS (BARROS, 2013).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou a baixa resolutividade é uma característica da atenção a todos os grupos populacionais que na busca do cuidado a suas demandas constroem estratégias na tentativa de resgatar sua condição de sujeito, buscando o cuidado de saúde que deseja, nem que para isso tenha que se deslocar... e esperar... e "lutar"..." (OLIVEIRA, MATTOS; SOUZA, 2009).

Na tentativa de reverter o modelo hegemônico de atenção, foi criada pelo governo brasileiro na década de 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de reorganizar a atenção básica desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, referindo aos níveis de maior complexidade as situações que extrapolam o seu campo de ação. A ESF deve seguir as diretrizes do

SUS de equidade, universalidade e integralidade, sendo responsável por nortear os serviços da atenção básica e contribuir para a reorientação do sistema de saúde. Busca a integração entre ações preventivas e curativas, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitário(a)s de saúde (ACS) (PAIM, 2009).

Todavia, a ESF encontra-se consolidada apenas em pequenos municípios, que possuem poucos serviços de saúde. As maiores dificuldades de consolidação estão nos grandes centros urbanos, onde há exclusão de grande parte da população dos serviços de saúde, complexos perfis de saúde-doença e redes assistenciais desarticuladas (PAIM, 2009). Localização geográfica, recursos disponíveis, escolhas individuais e também, disponibilidade e tipos de serviços oferecidos influenciam tanto no acesso quanto na utilização dos serviços de saúde (MIQUILIN, 2008).

Pesquisas realizadas em Salvador, pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher (GEM), vêm revelando desequilíbrio entre as demandas das mulheres por cuidado à saúde e as respostas que a rede pública oferece à população. Há uma expressiva não utilização da ESF, atribuída à descontinuidade das equipes, falta de infraestrutura material e de acolhimento das pessoas que procuram atenção à saúde nesses serviços (SANTOS, 2010; SOUZA, 2011; BARROS, 2013). Entende-se por demandas o pedido expresso pelo(a)s usuário(a)s que expõem as suas necessidades mais complexas em saúde, modeladas nas ofertas feitas pelos serviços de saúde, como as consultas médicas, o consumo de medicamentos ou a realização de exames (CECÍLIO, 2001 *apud* BARROS, 2013).

A ESF está implantada em áreas de vulnerabilidade social e econômica e em recortes geográficos que garantem a proximidade da Unidade de Saúde da Família da população a ser cuidada. O trabalho das equipes deve ser facilitado pela delimitação do espaço a atuar, com número específico de famílias sob a responsabilidade de cada equipe. Tais características buscam facilitar o acesso, o acolhimento das usuárias e o consequente vínculo com a Unidade.

Pesquisa desenvolvida por Barros (2013) intitulada *Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado*, realizada em uma área circunscrita a três USF no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, revela o distanciamento das mulheres da atenção na ESF, sobretudo por dificuldade de acesso e baixa resolutividade, relacionadas à ausência

de médico(a)s e descontinuidade na oferta de insumos. Essa realidade nos fez decidir por estudo que possibilitasse visibilizar as estratégias adotadas pelas mulheres para o cuidado à saúde quando a ESF não responde a suas demandas.

Buscamos responder à seguinte questão de pesquisa:

Quais as estratégias adotadas por mulheres para o atendimento de suas demandas em saúde, quando a ESF não oferece as ações propostas para a atenção básica?

A pesquisa tem como objetivos:

1. Descrever as estratégias adotadas por mulheres cadastradas na ESF para o cuidado às suas demandas em saúde.
2. Analisar as estratégias adotadas por mulheres para o cuidado à saúde nas situações em que a ESF não cumpre o seu papel na atenção básica.

O interesse pela temática surgiu com a participação no GEM e pela minha afinidade com questões relativas à saúde da mulher, especialmente após ter cursado o componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Com a realização deste estudo pretende-se oferecer subsídios para a compreensão do fenômeno a ser estudado sob a perspectiva da integralidade, dando visibilidade aos meios encontrados pelas mulheres para suprir demandas de saúde, bem como às iniquidades a que estão submetidas na relação com o sistema de saúde.

Esta pesquisa amplia os estudos na área da atenção à saúde da mulher e da integralidade do cuidado articulada à abordagem de gênero, ambas norteadoras da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Também fortalece a linha de pesquisa Saúde da mulher, relações de gênero e integralidade do cuidado do GEM da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), oferecendo subsídios para o redirecionamento de políticas públicas, no nível das práticas concretas e da gestão do SUS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

As desigualdades de acesso constituem um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos. Como meio de seguir as diretrizes e fortalecer o SUS, o governo utiliza-se de políticas públicas, que têm como objetivo eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, enfrentar a mercantilização do setor saúde e a iniquidade oferta/demanda existente. Para construção de tais políticas, leva-se em consideração características dos grupos populacionais e o contexto em que vivem, como a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização dos serviços, acolhimento, necessidades e aceitação da população e resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema (ASSIS; JESUS, 2012).

Na Constituição Federal de 1988, foram definidas as diretrizes do SUS, sendo essas universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. Baseando-se nesses princípios, o SUS visa diminuir as iniquidades existentes na atenção à saúde, buscando garantir direitos da população, garantidos constitucionalmente (BRASIL, 1988).

Para a consolidação do SUS no âmbito da atenção básica, algumas estratégias foram criadas. Entre elas, a criação dos distritos sanitários, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (LINARD et al., 2011).

O PSF, criado em 1994 pelo governo brasileiro, tem dentre suas características o foco na família, considerando seu ambiente físico e social como unidade de ação; inclusão do(a)s usuária(o)s pela definição de território de abrangência; participação de equipe multiprofissional; ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e identificação das necessidades da população. A ponte entre a população e o serviço, é feita pelo(a)s ACS, atuando como agente de transformação social, capaz de organizar a comunidade para melhorar suas condições de vida (GOMES, 2010).

Após algum tempo de implantação do PSF, esse foi renomeado passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família, sob os mesmos princípios. A ênfase é

dada ao caráter multidisciplinar, ações planejadas segundo as necessidades locais e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, garantindo-se atenção básica efetiva. Para atender à política de atenção básica, a ESF precisa combinar tecnologias e correlacionar forças favoráveis às mudanças, com ações baseadas na intersetorialidade, educação permanente em saúde, monitoramento contínuo e estímulo à participação da população nas ações de saúde (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Segundo Backes et al. (2012), a “ESF torna-se estratégia facilitadora e estimuladora do processo de ampliação e consolidação das redes de cuidado em saúde, pela possibilidade de dialogar saberes, trocar ideias e fortalecer a autonomia dos atores sociais”.

Desde que a ESF foi implantada, existem discordâncias quanto ao que deve ser uma prática em saúde adequada à atenção básica e o que realmente tem sido oferecido à população. Nota-se que ainda há muitos desafios a serem vencidos para a real implantação da atenção básica. O primeiro de todos, é a visão do(a)s trabalhadore(a)s que se inserem na ESF. Estes desvalorizam a sua prática, ao considerar que por ser atenção básica, um nível de menor complexidade, serve apenas para profissionais recém formados ou prestes a se aposentar. Isso leva então à instabilidade do vínculo trabalhista e a uma insegurança quanto à permanência nos cargos, sendo essa situação uma das mais responsáveis pela alta rotatividade de profissionais que atuam nas equipes. Outro desafio é a formação acadêmica voltada para a fragmentação do cuidado e valorização de especialidades, que vai de encontro ao que é proposto pelo SUS e fortalece o modelo hegemônico tradicional que privilegia a assistência curativa, centrada apenas na doença e na sua cura (COSTA et al., 2009).

Embora haja dificuldades na sua implantação e discordância no que é oferecido à população, ainda assim, a ESF traz o compromisso de transformar e melhorar a qualidade de vida da população, ampliando o acesso e resolutividade à atenção básica (BARROS, 2013). Isso demonstra sua importância para melhoria das condições de saúde e redução de iniquidades em grupos considerados vulneráveis, auxiliando então a reorientação do modelo de atenção à saúde.

De acordo com Arakawa (2012), as avaliações realizadas sobre a ESF são relevantes, principalmente quando na perspectiva do(a) usuário(a), pois permitem o



olhar crítico-reflexivo sobre as práticas realizadas pelas equipes contribuindo para a melhoria dos serviços oferecidos nas USF. Em seu estudo, usuárias relatam utilizar a ESF para acompanhamento de doenças crônicas e infecciosas e realização de pré-natal. Tal afirmação, embora revelando que há a procura pela ESF, põe em dúvida se as ações mais amplas vêm sendo implementadas conforme proposto, já que esse(a)s usuário(a)s fazem parte de grupos populacionais aos quais se destinam uma diversidade ações da atenção básica.

Em estudo de Lima-Costa; Turci; Macinko (2013), que comparou a ESF com outros níveis de atenção e as diferentes fontes de financiamento da saúde, utilizado indicadores de qualidade e a percepção de usuário(a)s, foram obtidos os seguintes resultados: cerca de 60% das pessoas que utilizam o SUS encontram algum tipo de dificuldade em conseguir consultas médicas; o acesso a medicamento gratuito é maior entre usuário(a)s da ESF quando comparado(a)s aos/às que utilizam os demais serviços; a percepção da duração das consultas médicas em todos os grupos foi insatisfatória, na rede pública e privada, por acharem que essas duram menos que o necessário; a cobertura dos exames de rastreamento em todos os grupos analisados estava próxima ou acima das metas estipuladas pela U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

Há heterogeneidade na forma de uso e qualidade de serviços oferecidos na rede de atenção, mas quando comparados usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da ESF, esta tem maior aceitação, entre seus/suas usuário(a)s regulares, inclusive na recomendação para outra pessoa (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013).

Como resposta aos problemas de saúde pública ou necessidades de um grupo específico, o governo cria programas e/ou políticas especiais a fim de garantir resolubilidade a esses. Objetivam-se ações de atendimento integral, nas esferas preventiva e assistencial, em toda a rede de atenção, ampliando possibilidades de respostas às demandas de saúde (MATTOS, 2001).

Entre os grupos populacionais que têm prioridade na atenção básica, destacam-se as mulheres consideradas um grupo exposto a riscos e agravos, sendo a elas destinadas políticas públicas específicas. Historicamente, a saúde das mulheres foi valorizada somente no ciclo gravídico-puerperal, sem o devido foco nas especificidades de todo o ciclo vital. A luta feminista na década de 80 do século XX

levou à formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 (COELHO, 2001).

O movimento feminista foi um dos pioneiros a defender o uso da noção de integralidade como atributos das respostas governamentais aos problemas de saúde de grupos específicos. Subjacente à criação do programa, estava a crítica ao modo como as necessidades e os problemas de saúde das mulheres vinham sendo abordados da rede de atenção, pois “eram pensados de forma reducionista, sem levar em conta os contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidade ao adoecimento das mulheres” (MATTOS, 2001, p.58).

Nas diretrizes gerais do PAISM, era prevista a melhor capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, com foco em ações para o controle das patologias mais prevalentes. Exigia-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde, levando em conta o conceito de assistência integral e pressupondo ações educativas para permear todas as atividades a serem desenvolvidas, de modo que as mulheres pudessem ter acesso aos meios necessários para maior controle sobre sua saúde. Propunha uma atenção integral à mulher, englobando aspectos clínico-ginecológicos; melhoria do controle pré-natal, parto e puerpério; abordagem dos problemas que ocorrem em todas as fases da vida da mulher, desde a adolescência até a terceira idade; controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e de mamas e assistência completa para concepção e contracepção, respeitando sempre os direitos das mulheres (OSIS, 1998).

Após duas décadas de PAISM, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), para preencher lacunas e fortalecer as ações voltadas para esse grupo específico. Foi uma iniciativa importante, no sentido de atender aos princípios do SUS e respeitar a autonomia das mulheres, trazendo em suas bases a preocupação em reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Reforça a aplicabilidade da humanização da atenção em saúde, devendo facilitar o acesso ao sistema nos três níveis da assistência, ofertar materiais e tecnologias necessárias, formalizar sistemas de referência e contra-referência e disponibilizar educação em saúde. A integralidade deve nortear a atenção e ser garantido o atendimento às demandas de saúde das mulheres (FREITAS et al., 2009).

### **2.1.1 Integralidade como norteadora da atenção de qualidade nos serviços de saúde.**

A integralidade pode ser entendida na assistência como a articulação entre ações e serviços, de maneira contínua, focada na prevenção e cura, individualidade e coletividade, específicas em cada situação apresentada, com interação de todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (PAIM, 2009).

Tratando-se de saúde como um direito universal, a integralidade acaba por ganhar múltiplos significados. Não abrange somente o acesso à saúde, mas também toda uma gama de condições que envolvem políticas públicas para a oferta de uma vida digna à população, e o exercício pleno da cidadania (PINHEIRO; MATTOS, 2005). Identifica-se com ações que enaltecem o cuidado e adota o(a) usuário(a) como sujeito, que precisa “ter atendido e respeitado em suas demandas e necessidades” (PINHEIRO, 2001 apud GOMES; PINHEIRO, 2005).

Assim, integralidade é um termo polissêmico, sua construção não se dá por meios normatizados nem preconcebidos. É algo que se constrói no cotidiano, na prática, no dia a dia, avaliando as necessidades e individualidades do(a)s usuário(a)s, e articulando os diferentes modos de cuidar em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Diante da realidade de saúde no Brasil, a integralidade não configura-se apenas como um princípio do SUS, mas também como uma “bandeira de luta”. Enuncia características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis por alguns. Fala de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais equânime e solidária. A integralidade corresponde então a uma crítica da dissociação entre as práticas assistenciais e a saúde pública, diluindo as diferenças já cristalizadas nesses modos de organização dos serviços de saúde (MATTOS, 2001).

Apesar de ser um dos princípios do SUS com grande potencial para melhoria da qualidade da atenção, ainda é muito negligenciada, tendo inúmeras dificuldades para tornar-se eixo orientador da organização dos serviços e das práticas em saúde. Concorre para isso, a formação profissional ainda voltada para o modelo hegemônico, com fragmentação dos sujeitos na atenção, bem como a fragilidade no

mecanismo de referência e contra-referência, dificultando a continuidade da assistência. (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Para que a integralidade torne-se realidade nos serviços de saúde, é preciso repensar a forma de gestão. Executá-la visando a reformulação do processo de trabalho, através da horizontalização de saberes e práticas profissionais, e estímulo à multidisciplinaridade, de forma que incorpore o princípio na renovação das ações em saúde, que devem ser sempre voltadas para a valorização da atenção e do cuidado, mantendo o(a) usuário(a) como centro das práticas (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Os estabelecimentos de saúde tem papel importante na produção e aquisição de conhecimentos sobre como construir integralidade em saúde, uma vez que possui no mesmo espaço formações e interesses diferentes (interação entre profissionais, gerentes e usuários). Além disso, oferecem meios de avaliar a efetivação das políticas públicas, configurando-se assim como “um *locus* privilegiado de observação e análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade” (PINHEIRO; MATTOS, 2003, p. 18).

A integralidade é, portanto, um meio de organizar o fazer profissional, o processo de trabalho e as políticas públicas em saúde, com ações sempre voltadas a garantir os direitos sociais. Com reflexões sobre o processo de trabalho e baseando-se na intersectorialidade o cuidado integral é construído, contrário à fragmentação e as práticas descontextualizadas (SEVERO, 2010). Apresenta-se então como uma forma de organizar os serviços para atender não somente as necessidades de saúde da população já apreendidas anteriormente, mas também as que possam vir a surgir ao implantar as ações já estruturadas, ou seja, amplia as possibilidades de apreender novas necessidades através do diálogo profissional-usuário(a) (MATTOS, 2001).

Ao analisar a visão de profissionais acerca da integralidade do cuidado, Mattioni; Budo; Schimith (2011) ressaltam a importância de interagir as disciplinas de conhecimento e o contexto social em que o(a) cliente está inserido(a) para que as ações possam ter efetividade. Profissionais tem a percepção de que o(a) usuário(a) é um ser complexo, que vive em uma realidade particular também complexa e entende que somente o conhecimento da sua área de atuação não é suficiente para

alcançar a resolutividade do cuidado às demandas, reconhecendo assim a complexidade em se implementar esse princípio.

Mattos (2001) reflete que para a integralidade acontecer, não depende somente da postura do profissional para com o usuário(o), ou seja, há também influência em como as práticas estão configuradas na rede de atenção. Se a organização de uma unidade se dá por cobranças de produtividade, isso pode vir a dificultar um atendimento integral.

Ainda no âmbito dos serviços de saúde, constata-se que, quando não há interação e diálogo entre as equipes multiprofissionais, mantém-se a reprodução da fragmentação das práticas. A integralidade requer mudanças na visão do saber e do fazer em saúde e práticas eficazes dependem também da integração de toda a equipe e da rede de atenção (SEVERO, 2010).

Seguindo a lógica da atenção integral, é preciso pensar em articulação entre os serviços. Não considerar o hospital como responsável somente pela cura e nem as UBS como local destinado apenas para ações preventivas. Os dois precisam participar no processo de mudança das condições de vida da população. Dois mecanismos que são fundamentais para assegurar a recomposição das ações nesse sentido, são os de referência e contra-referência e articulação intersetorial, pois a integralidade se faz tanto dentro dos estabelecimentos de saúde como fora deles, devido à complexidade das demandas expressas pela população (BONFADA, 2012).

A integralidade também depende da realização de esforços de trabalhador(a)s e gestor(a)s, a fim de mudar conceitos e formas de agir refletindo sobre as práticas e vencendo os obstáculos criados pelos interesses contrários à sua efetivação (MATTIONI; BUDO; SCHIMITH, 2011). Portanto, urge a necessidade de criar um novo paradigma de assistência para primeiro entender e depois buscar atender as necessidades e demandas da população. A efetivação de políticas públicas sob novas bases torna-se imprescindível ao cuidado integral e assim gerar melhorias do serviço prestado à população (MACHADO, 2007).

Os serviços de saúde configuram-se como local que gera diferentes conhecimentos do que uma população demanda e do que lhes é oferecido em ações de saúde. Por isso, a integralidade é escolhida como categoria analítica, com vistas

ao seu cumprimento na rede de atenção, pois assim dará subsídios para conhecimento da reformulação do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Pinheiro; Mattos (2003) a categoria integralidade pode ser usada como forma de avaliação contínua das instituições de saúde, porque relaciona-se com uma estrutura peculiar, que é formada por ações sociais específicas, e com a objetividade e subjetividade originadas através das relações entre profissionais, gestores e usuários ao executarem seus papéis no interior das instituições. Baseando-se nessa lógica,

“é necessário assumir a integralidade como eixo norteador de novas formas de agir social em saúde [...], de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais” (PINHEIRO; MATTOS, 2003, p.20).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Exploratório, de abordagem qualitativa, tendo a integralidade como categoria analítica. Foi desenvolvido a partir do banco de dados da pesquisa intitulada “*Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na Busca pelo cuidado*” de autoria de Barros (2013), que identificou as participantes do seu estudo através da pesquisa “*Associação de fatores sociodemográficos a eventos reprodutivos*” de Santos (2010), todos sob coordenação da orientadora desse Trabalho de Conclusão de Curso.

#### 3.2 LOCAL

O local escolhido para o estudo foi uma área circunscrita a duas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, bairro de Ilha Amarela, no município de Salvador, capital do estado da Bahia. O Subúrbio Ferroviário é uma região da cidade de Salvador constituída por diversos bairros, com uma população de 324.931 habitantes, sendo a atenção à saúde oferecida por Unidades de Saúde da Família, onde atuam 42 equipes de saúde; 5 Unidades Básicas de Saúde; 1 Hospital Estadual e 1 Pronto-Atendimento Municipal. A área é uma das mais carentes da cidade do Salvador-BA, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas (SALVADOR, 2006).

#### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Constituíram sujeitos da pesquisa mulheres em idade reprodutiva, cadastradas nas USF de Ilha Amarela e Rio Sena e que relataram, na pesquisa de Santos (2010), intitulada *Associação de fatores sociodemográficos a eventos reprodutivos*, não utilizar a ESF para o cuidado à saúde no âmbito do planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de colo uterino e pré-natal.

Foram utilizados como critérios de inclusão:

1) Ter entre 15 e 49 anos (faixa etária de mulheres da pesquisa de referência).

2) Ser cadastrada na USF de Ilha Amarela, que agrega as equipes da USF Rio Sena e ter referido não utilizá-la para o cuidado à saúde no âmbito do planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de colo uterino e pré-natal na pesquisa de Santos (2010).

As mulheres participantes do estudo foram identificadas por meio do instrumento de coleta de dados, cujos dados encontravam-se sob poder da pesquisadora Andiana Barros sendo previamente autorizado o uso pela pesquisadora Ana Paula Santos. A referida pesquisa integra o grupo de estudos do projeto matriz *Demandas de Saúde e a Experiência de Mulheres na Busca pelo Cuidado: Estudo em Municípios da Bahia com Cobertura da Estratégia Saúde da Família*, financiado pelo CNPQ de 2012 a 2014 e coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

### 3.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A produção do material empírico foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. O acesso às USF deu-se após autorização da Secretaria de Saúde do Município, da Coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário e das gerências das USF.

Após autorização da gerência da USF, Agentes Comunitários(as) de Saúde participaram da pesquisa, a fim de facilitar o acesso às mulheres que haviam sido selecionadas como possíveis participantes do estudo. Os(as) ACS acompanham famílias da área sob sua responsabilidade e têm acesso facilitado aos domicílios das mulheres, sendo por esse motivo solicitada sua colaboração para realizar contato com as mulheres, agendar a entrevista para aquelas que concordaram em participar do estudo, além de acompanhar a entrevistadora na ocasião das entrevistas.

No contato com o gerente da USF e ACS, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, sendo informada a pretensão de entrevistar mulheres que não compareciam à USF para acompanhamento nos serviços de Pré-natal, Prevenção



do Câncer de Colo Uterino (PCCU) e Planejamento Reprodutivo, correspondendo a um número expressivo encontrado na pesquisa de Santos (2010), ponto de partida para esse estudo. Foi realizado um teste piloto com quatro mulheres, que favoreceram a avaliação e ajustes no instrumento, sendo excluídas do estudo. Participaram 12 mulheres, sendo definido esse número à medida que as recorrências, redundâncias e repetições se apresentaram frequentes, dando a certeza de que o material empírico coletado permitiria atingir os objetivos da pesquisa.

A entrevista semiestruturada utilizada como técnica de produção do material empírico foi conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Foram explorados os aspectos referentes ao contexto de vida das mulheres que não frequentavam a USF para cuidar da sua saúde, buscando os motivos que as levam a não utilização do serviço de atenção básica. Foram aplicadas questões semiestruturadas, realizando-se intervenções quando necessárias para organizar a conversa, sempre com foco nos objetivos. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas. Os nomes utilizados para a identificação das usuárias são fictícios e foram escolhidos pela pesquisadora.

A produção do material ocorreu na USF e no domicílio, sendo oferecida às mulheres a possibilidade de escolha quanto ao local de realização da entrevista. A maioria foi realizada nas residências, sendo estas locais de difícil acesso, devido à geografia local, o que constituiu uma importante dificuldade enfrentada nessa fase do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2012, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por meio da Plataforma Brasil sob o parecer 92.069.

### 3.5 PLANO DE ANÁLISE

O material empírico será analisado por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin (2003).

Os discursos são construções sociais organizadas com base nas imagens, ideias, representações que os sujeitos constroem acerca do mundo a partir das suas vivências, sendo suas crenças e valores inconscientemente, incorporados e naturalizados. A análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo determinada socialmente, uma vez que o discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2003).

O processo de análise do material empírico por meio da técnica de análise de discurso obedecerá aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2003):

1) Leitura do texto inteiro, tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo plano de significação, de modo a garantir a coerência.

2) Agrupamento dos dados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados .

3) Depreensão dos temas centrais com formulação de subcategorias que levam à construção de uma ou mais categoria empíricas centrais.

4) Análise e discussão das categorias empíricas orientadas pelo eixo teórico, em articulação com a literatura pertinente.

### 3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Em todas as suas etapas, o projeto atendeu aos requisitos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), pois era essa vigente durante a realização do estudo no qual foi utilizado o banco de dados. É referente à ética na pesquisa, que estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e que diz respeito à autonomia, não maleficência, justiça, veracidade e fidelidade. Antes da coleta de dados foi feito o cadastramento no SISNEP e na Plataforma Brasil e submetido o projeto ao Comitê de Ética para uma avaliação e autorização. O projeto obteve parecer aprovado sob o número 92.069, com data de relatoria: 12/09/2012, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, por meio da Plataforma Brasil.

As participantes foram informadas que sua participação na pesquisa seria livre e que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A privacidade está mantida através da não identificação do nome das participantes. Estas receberam um nome fictício sugerido pela entrevistadora, para preservar suas identidades. Além disso, houve a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações e o que foi falado durante a entrevista se manteve em segredo. Foi permitido o acesso das mulheres aos resultados do estudo.

Todas atenderam ao critério de inclusão citados, sendo oferecido a estas um documento com informações sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Também foi solicitada a autorização das participantes para uso do gravador. Os resultados da pesquisa foram transformados em transcrições e o material (mídias, questionários) será guardado por cinco anos, e ao final desses, as participantes poderão tê-lo ou autorizar sua destruição.

Consideramos que esta pesquisa não confere risco para os sujeitos estudados, no que diz respeito à sua integridade física e moral, uma vez que o instrumento foi elaborado com questões prevendo condições de serem bem aceitas pelos sujeitos da pesquisa. No entanto, foi garantido que se alguma das participantes do estudo, durante a coleta de informações, sentisse desconforto psicológico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, pudesse desistir de participar da pesquisa e sua decisão seria imediatamente acatada sem nenhum prejuízo para a mulher, dando-se o suporte necessário. Caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis pela pesquisa, com assistência integral.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS PARTICIPANTES**

Neste estudo, foram entrevistadas 12 mulheres, na faixa etária entre de 27 a 51 anos, predominando a faixa dos 30 e 40 anos. No que diz respeito à raça-cor, a maior parte das mulheres declararam-se negras, o que inclui as pretas (5) e pardas (6) e apenas uma da cor amarela. Quanto à escolaridade, cinco tinham o ensino médio completo, quatro o ensino médio incompleto e três o ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, predominou o número de casadas, correspondendo a cinco mulheres, havendo quatro solteiras e três em união consensual.

Quanto à situação ocupacional, por ocasião da pesquisa, cinco entre as 12 mulheres entrevistadas não desenvolviam atividades remuneradas, eram donas de casa e cuidadoras do lar e sete exerciam atividades remuneradas sendo suas funções: prestadoras de serviços a domicílio (2), revendedoras de cosméticos (2), balconista (1), artesã (1) e costureira (1). Das mulheres que trabalhavam fora de casa, todas exerciam função com características próximas a dos cuidados domésticos e, sem qualificação profissional, inseriam-se na parcela populacional de baixa renda.

A renda individual mensal no período da pesquisa era inferior a um salário mínimo para seis mulheres. Três afirmaram possuir renda individual entre um e dois salários mínimos e três não possuíam renda, sendo o companheiro referido como principal responsável pelo sustento da família (8), seguidos de filhos (2) e pela mãe da mulher (2). Os baixos salários a que as mulheres estavam submetidas e a dependência econômica que tinham dos parceiros ou pessoas da família limitam a autonomia dessas mulheres, aumentando as desigualdades de gênero. Quanto à prática religiosa, seis mulheres eram católicas, duas protestantes e quatro referiram não praticar nenhuma religião.

As mulheres participantes da pesquisa apresentaram como característica comum possuírem filhos(as).

## 4.2 DIFICULDADE DE ACESSO ALTERANDO PAPÉIS DA REDE DE ATENÇÃO

### 4.2.1 Rede especializada como estratégia para a atenção frente ao descrédito na ESF

No cenário onde foi realizada esta pesquisa, área em que a população apresenta vulnerabilidade social e econômica, é perceptível a fragilidade da ESF, havendo dificuldade de acesso da população à atenção básica. Os depoimentos das participantes revelaram a negação de seus direitos de cidadania na saúde pela ESF, que não lhes garante profissionais nem ações que atendam a suas demandas. A procura pela rede especializada é a estratégia que se apresenta para a busca do cuidado à saúde por ser considerada como mais capaz de garantir acesso e dá respostas, passando a representar a primeira escolha numa inversão de papéis que contraria os princípios do SUS e da ESF, o que pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

*Aí toda vez que eu vou não tá marcando. [...] É por essas dificuldades de não conseguir [...] a enfermeira não está, eu prefiro logo ir pra cidade. E tem alguns exames aí que tá difícil de achar pelo SUS. E quando vai pagar é um absurdo. [...] Procuro em outro lugar, eu vou atrás de outro lugar ou tem que dar um jeito de pagar... (SANDRA).*

*Aí só faz preventivo, mas não faz completo, só pela metade. Para você fazer o preventivo completo você tem que fazer em outro lugar [...] Eu acho que deveria fazer pelo menos isso aí e fazer outros exames de sangue, fezes e urina, que a gente não precisasse ir para outro lugar, deslocar daqui para outro lugar (JULIANA)*

*Primeiro lugar não tem médico, [...] eu busco em outro lugar, porque aqui não tem nada pra oferecer assim, às minhas necessidades [...] antes disse que ainda tava fazendo aí o pedido, que você poderia ir falar com a enfermeira e ela passava, mas pelo fato de eu... nunca ser atendida também, procurei já outras unidades (MÁRCIA).*

As participantes ao informarem que procuram outro lugar, referem-se à rede especializada, o que foi demonstrado no estudo de Barros (2013) com o mesmo grupo e que deu origem a esta pesquisa. Partindo de estudo que mostrou o distanciamento de mulheres da ESF, a autora conheceu as razões para tal, sendo revelado na experiência das mesmas uma história de frustrações com o serviço, com dificuldades de acesso por diferentes motivos, entre eles a descontinuidade da

equipe de saúde, fortemente marcada pela ausência de médico(a), mas com dificuldades de regularidade também de enfermeiras e dentistas.

O grupo entrevistado também refere baixa resolutividade do trabalho em função de infraestrutura material precária, e descontinuidade na oferta de insumos diversos relativos a medicamentos e exames de rotina. A ausência de insumos compromete também o atendimento odontológico que se agrava pela incerteza quanto à presença de dentista (BARROS, 2013).

As mulheres criam sua própria rede de referência, elegendo serviços que consideram poder confiar suas demandas. Todavia, suas buscas são orientadas pelo modelo clínico e ao procurarem a rede especializada orientam-se pela perspectiva de identificar problemas que resultem em tratamentos médicos. Sob tal referência e diante da baixa resolutividade da ESF na área em que foi realizada a pesquisa, a rede especializada se fortalece e aumenta o descrédito na rede básica (BARROS, 2013). Depoimento de uma das participantes respalda tal afirmação: *nos lugares que a gente vai, sempre atende a gente mais ligeiro, marca as consultas mais próximas para o que a gente quer (MARINA)*. Destacam sobretudo o Hospital Irmã Dulce, o Hospital João Batista Caribé, e para as crianças o Martagão Gesteira, embora ressaltem que precisam enfrentar madrugadas para conseguir agendamento:

*Eu saio cedo e sair aqui do bairro não é perto, tem que pegar o ônibus[...]. A gente arrisca até mesmo a vida, né? A gente chega em um ponto ainda meio escuro e não consegue chegar lá tão cedo, consegue chegar as vezes 6 horas, já pega uma fila grande e muitas vezes [...]nem consegue mais vagas. Eu corro atrás, vou pra outro lugar ou tento ir de novo mais cedo ainda, né [...] tem vez que a gente chega lá quatro horas e não consegue marcar porque já tá cheio de gente. (TAÍS)*

*Tem que fazer um preventivo, a gente tem que se deslocar daqui para outros lugares, sabe... os exames de laboratório mesmo, a gente não tem aqui, tem que ir para outro lugar para fazer, aí tem que acordar quatro horas da manhã, pegar o primeiro ônibus, essas coisas. (JOANA)*

Ao adotarem a estratégia de acordar cedo para sair de casa na expectativa de serem atendidas em outro local, já que desses hospitais referidos apenas um localiza-se no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, se expõem a riscos sem

garantias de atendimento ou de agendamento, numa clara negação da integralidade da atenção a essas usuárias do SUS.

Os retornos sucessivos sem acesso e/ou resolutividade fazem com que a USF não se torne referência para a atenção básica, passando a ser lugar de busca eventual, pois a garantia de acesso é facilitadora do vínculo da população com a ESF. Em estudo de Oliveira (2012), foi constatado que o distanciamento é causado por dificuldades de acessibilidade organizacional, como o longo tempo de espera para realização da consulta e fatores geográficos, constituindo barreiras que deixam evidente que o processo de implantação ESF e o modelo de territorialização adotados não atenderam aos princípios que devem nortear a organização da atenção primária à saúde. São também problemas a concentração de equipes de saúde da família em uma única unidade com o objetivo de garantir a cobertura de grandes extensões territoriais, o que pode provocar problemas de acessibilidade geográfica.

Embora recorram à rede especializada para atenção básica, há uma expectativa das mulheres que a USF amplie seu alcance realizando exames para os quais a rede básica não se propõe, como exames de imagem. Distanciada da sua função principal, a USF não consegue prover as mulheres de informação necessária, bem como valorizar e ser valorizada em sua razão de existência no SUS, conforme lê-se a seguir em depoimento que representa os demais:

*Para fazer exames de rotina, preventivo a gente não pode contar,[...] eu vou pro Caribé. [...] eu preciso fazer a mamografia, pra depois eu fazer a ultrassom mamária, ai não tem... aí nunca teve. O preventivo que já teve, mas a transvaginal você não tem ai. [...] [...] Eu pego minha requisição e vou fazer no Irmã Dulce, eu vou fazer no Caribé. [...]Je tenho o problema de colesterol alto, então eu acho necessário eu sempre procurar um especialista pra cuidar dessa doença.[...] eu acho o atendimento no posto regular. [...] agora mesmo eu fiz meus exames, deu triglicérides altíssimo. Não tem médico aí em cima... então o atendimento pra mim aí é regular. [...]E eu também prefiro levar pra os médico fora, porque aí eu não sei (CARLA)*

Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a ESF traz no centro de sua proposta a expectativa de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais

como o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (ALVES, 2005).

Segundo Bonfada (2012) a assistência individual e curativista assumiu o papel de protagonista da produção dos serviços de saúde. Existe uma série de determinantes que fortalecem esse modelo como a formação profissional ainda embasada em referências que não dão suporte para a assistência integral, voltada para a transformação da realidade da atenção à saúde. Mantém-se a influência mercadológica capitalista orientada pelas grandes empresas em saúde que apontam a atenção curativa como rentável e a saúde como uma mercadoria a ser consumida e negociada.

Tal modelo gera a valorização das especialidades médicas, com o uso de tecnologias complexas, cujo acesso é estimulado a toda a população sobrepondo-se às ações básicas. Ainda de acordo com Bonfada (2012), esse sentido traz à tona uma das críticas mais frequentes ao arranjo das práticas em saúde que é a ênfase na assistência individual, curativista e biologicista, que impossibilitam visualizar o ser humano em sua singularidade e em sua inserção no espaço coletivo. Como consequência, temos uma atenção à saúde limitada aos trâmites da queixa-conduta, que em pouco contribui para a superação do modelo de atenção hegemônico.

Retornos sucessivos à rede pública sem conseguir acesso leva à desistência de busca pela atenção, *acomodação*, na interpretação de Joana, que transfere para si o que é responsabilidade do SUS, o que representamos pelo depoimento:

*E às vezes quando eu não consigo, a gente deixa pra lá. Só quando é uma coisa mesmo grave, né? Mas quando é uma coisa que pode passar, a gente se acomoda. Quando eu não consigo eu volto pra casa [...] espero ter uma oportunidade e vou tentar de novo [...] se não conseguir eu fico sem fazer, ou se não vou pra outro lugar, é assim (JOANA).*

Em outras situações, resgata-se a medicina tradicional, na forma de remédios caseiros:

*Eu procuro é aqui em casa mesmo. Remédio, que nem chás, esses remédios caseiros mesmo, aí não procuro nem outros médicos. Minha mãe mesmo aqui faz os remédios caseiros e dá à gente. [...] Ela cansa de fazer aí. Ai quando encontra dificuldade, que não acha um médico mesmo, enfermeira, seja lá o que for, aí a gente... ela faz isso aí, porque não vai pra outro lugar (MARINA).*



Sem alternativas, as mulheres que já se distanciaram de práticas curativas alternativas em função da predominância da medicalização da saúde, também têm como estratégia desistir das buscas ou utilizar remédios caseiros. Ainda que tenham sua eficácia, o que move as mulheres na direção do seu uso não traz consigo tal reconhecimento, mas a inoperância do SUS frente às suas demandas.

#### **4.2.2 Rede privada como estratégia para resolutividade na ausência do SUS**

A busca pela rede privada define-se como uma das estratégias utilizadas pelas mulheres para atendimento de suas demandas de saúde quando o SUS não desempenha seu papel. As entrevistadas quando procuram a rede privada, quase sempre já não buscam a USF e já foram vencidas por retornos sucessivos sem atendimento na rede pública especializada. A rede privada torna-se referência de atendimento e resolutividade, fortalecendo com ela o modelo clínico, biomédico, que distancia a população da perspectiva da ESF e de seus princípios.

*Aí mesmo não faz uns exames, a gente só consegue fazer pago, que pelo SUS é difícil. [...] O atendimento é ruim demora muito, a gente procura até pagar para ver se a gente consegue, porque se a gente depender do atendimento público para se tiver com alguma doença, morre, porque não tem. (TAÍS)*

*Às vezes a gente procura um otorrino, procura médico cardiologista aí, difícil. A maioria tudo é pago, [...] A gente fica sabendo de outra clínica, [...] Quando aquele lugar passa a ser conhecido pelas pessoas pra fazer exame, é cortado pelo SUS. [...] (SANDRA).*

*Porque desde quando a gente contribui com o SUS, eles deveriam também oferecer um trabalho melhor, aí a gente fica assim, enfrenta uma certa dificuldade devido até a parte financeira de a gente não poder pagar. Paga com sacrifício desde quando a unidade poderia oferecer. (BEATRIZ)*

*[...] se eu encontrar dificuldade, eu prefiro pagar, né... deixo de fazer uma outra coisa... [...] não é que eu tenha condições de pagar, não é isso. Mas como a saúde tá em primeiro lugar, eu tenho que pagar [...] (MARIA)*

*É assim uma dificuldade grande, [...] A gente deixa de pagar outra coisa [...] Não é todas as vezes que a gente vai poder ter aquele dinheiro em mãos pra nos cuidar. [...] Agora mesmo eu vou pagar*

*sessenta reais de uma consulta particular [...]a gente vai, bate com a cara na porta e não é atendida e muitas vezes é com aquela ignorância, né? [...]pra onde se há de correr? Pra que lado a gente vai? Pra que direção? Então a gente, só Deus mesmo, só Deus (MÁRCIA).*

O SUS foi criado com a proposta de democratização da saúde, buscando garantir acesso mais justo da população a toda rede. Representa um grande avanço na direção da universalidade da atenção, mas são grandes os desafios para a sua consecução, bem como no que diz respeito aos princípios da equidade e da integralidade. De acordo com Paim (2009) o sistema apresenta certos impedimentos para uma atenção oportuna e integral às pessoas, na medida em que 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento são privados e, destes, apenas 35% prestam serviços ao SUS, apresentando uma extrema dependência em relação ao setor privado, nos níveis secundário e terciário (PAIM, 2009).

Ao longo da história, diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde foram utilizados na saúde pública e privada, sob bases que construíram um sistema de saúde fragmentário que não conseguiu ser revertido com a criação do SUS. O empresariamento privado da saúde, manteve-se como impeditivo da redução das iniquidades na saúde com sobreposição da valorização da rede privada em detrimento da supremacia do SUS.

A disputa por segmentos de clientela e especializações, à época da criação do SUS levou a articulações do empresariado da medicina para garantir mercado, inclusive com proposta de planos de saúde simplificados ao Estado. O setor privado por meio de articulações estratégicas mantém-se fortalecido e, longe de se constituir como complementar ao sistema público investe em um mercado altamente rentável, atento aos espaços em que o setor público é deficitário (GERSCHMAN, 2008). A dependência do sistema ao serviço privado e as dificuldades de acesso em toda rede amplia as iniquidades na saúde e priva a(o)o usuária(o)s da integralidade do cuidado.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As mulheres participantes deste estudo inserem-se em um estrato populacional com condições socioeconômicas desfavoráveis e oportunidades sociais limitadas. É, sobretudo para essa população que se destina a ESF, valorizada como estratégia com grande potencial para reorganizar a atenção básica e consolidar o SUS.

Os resultados desta pesquisa mostram que os serviços de atenção básica, que têm na prevenção de agravos e promoção da saúde sua razão de existir, são afetados pela não priorização dessas ações pelo poder público, o que aprofunda a exclusão de mulheres em vulnerabilidade social e econômica. Há desse modo, negação de direitos de cidadania na saúde, por não haver garantia de profissionais e de ações que atendam a suas demandas.

A rede especializada é a estratégia que se apresenta para a busca do cuidado à saúde por ser considerada como capaz de garantir acesso e de dar respostas, passando a representar a primeira escolha numa inversão de papéis que contraria os princípios do SUS e da ESF. Ao se tornar referência de atendimento e resolutividade, fortalece o modelo clínico, biomédico, que distancia a população da perspectiva da ESF e dos princípios do SUS.

Nessa rede a busca por serviços da iniciativa privada constitui uma das estratégias utilizadas pelas mulheres que conseguem pagar quando o SUS não desempenha seu papel. Quando procuram a rede privada, quase sempre já não buscam a ESF e já foram vencidas por retornos sucessivos sem atendimento na rede pública especializada. Nesse contexto, a mercantilização da saúde é fomentada e sua manutenção é legitimada socialmente.

Urge a reorganização da atenção na ESF com resgate dos seus princípios, garantindo-se equipes multiprofissionais efetivas. Ao poder público é impositivo prover as USF de infraestrutura física, humana e material, assegurando-se resolutividade das ações, o que favorece o vínculo das mulheres, vislumbrando-se a integralidade do cuidado, que hoje lhes é negada.

## **REFERÊNCIAS**

ARAKAWA, Aline Megumi et al . Percepção dos usuários do sus: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 14, n. 6, Dec. 2012 .

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, Nov. 2012.

BACKES, Dirce Stein et al . Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, May 2012 .

BARROS, Andiara Rodrigues. **Demandas de saúde e a experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado**. 2013. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

BONFADA, Diego et al . A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, Feb. 2012 .

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 40, Mar. 2012

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, 1997 v.13, n.3, p.469-478 jul./set.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Enfermeiras que Cuidam de Mulheres: Conhecendo a Prática Sob o Olhar de Gênero**. 2001. 185 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001

COSTA, Glauce Dias da et al . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 1, Feb. 2009 .

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Ática. 2003. 88 p.

FREITAS GL; VASCONCELOS CTM; MOURA ERF; PINHEIRO AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):424-8.

GOMES, Karine de Oliveira et al . O agente comunitário de saúde e consolidação

do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, Dec. 2010.

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

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; TURCI, Maria Aparecida; MACINKO, James. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 7, July 2013 .

LINARD, Andrea Gomes et al . Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre , v. 32, n. 1, Mar. 2011.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, Apr. 2007 .

MATTIONI, Fernanda Carlise; BUDO, Maria de Lourdes Denardin; SCHIMITH, Maria Denise. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 2, June 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS UERJ, p. 39-64, 2001.

MIQUILIN, Isabella de Oliveira Campos et al . Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, July 2013

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, dez. 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro Jan. 1998

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009. 148 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ, Rio de Janeiro, 2003. 228p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Construção social da demanda: direito à**

**saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos.** IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005, 304p.

SALVADOR, Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal De Salvador. Secretaria Municipal De Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, Salvador, 2006.

SANTOS, A. P. V. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família.** 2010. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.3

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June 2010 .

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.

SOUSA, J.J. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família.** 2011. 117f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador 2011



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CEPEE - UFBA Tel.: (0\*\*71) / TELEFAX:**  
e-mail: [cepee.ufba@ufba.br](mailto:cepee.ufba@ufba.br)

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup> Darci de Oliveira Santa Rosa  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade  
Federal da Bahia - CEPEE- UFBA

**ADENDO AO PROJETO *DEMANDAS DE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NA BUSCA PELO CUIDADO*, APROVADO PELO PARECER Nº 92.069**

Encaminhamos o subprojeto intitulado *Estratégias de mulheres para o cuidado à saúde na rede de atenção*, como **adendo** ao projeto matriz *Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado*, aprovado por esse Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer Nº 92.069), para que seja submetido à apreciação e emissão de parecer. Não estamos encaminhando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois já obtivemos autorização para utilização do banco de dados.

Salvador, 05 de Junho de 2014

Atenciosamente,

*Edméia de A.C. Coelho*

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho  
Pesquisadora responsável pelo projeto  
Orientadora da graduanda

*Amanda Calila C. Barradas*

Amanda Calila Cunha Barradas  
Discente EEUFBA

## ANEXO A – Declaração de uso do banco de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CEPEE - UFBA Tel.: (0\*\*71) / TELEFAX:  
e-mail: [cepee.ufba@ufba.br](mailto:cepee.ufba@ufba.br)


Ilm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Darci de Oliveira Santa Rosa  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia –CEPEE-  
UFBA

### DECLARAÇÃO

Declaro junto ao CEPEE-UFBA que o projeto de pesquisa *Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado*, aprovado por esse Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 92.069, cujos dados se encontram sob minha guarda **possui banco de dados para o qual autorizo o acesso** com fins de coleta de dados do subprojeto *Estratégias de mulheres para o cuidado à saúde na rede de atenção*, da graduanda do curso de Enfermagem Amanda Calila Cunha Barradas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da mesma.

Salvador, 05 de Junho de 2014

Atenciosamente,

  
Andíara Rodrigues Barros  
Pesquisadora responsável pelo projeto



## ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS DE MULHERES PARA O CUIDADO À SAÚDE NA REDE DE

**Pesquisador:** Edméia de Almeida Cardoso Coelho

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 33485214.5.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 741.183

**Data da Relatoria:** 13/08/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de ADENDO. Ele é subprojeto do "projeto matriz Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado, aprovado por esse Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer N° 92.069), para que seja submetido à apreciação e emissão de parecer". As autoras não encaminharam "o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois já obtivemos autorização para utilização do banco de dados". É também subprojeto de Pesquisa para elaboração de trabalho de conclusão de Curso de Amanda Calila Cunha Barradas orientado pela profª Edméia Almeida Cardoso Coelho, tendo como Co-Orientadora a Mestre Andiará Rodrigues Barros". Estudo Exploratório, de abordagem qualitativa, tendo a integralidade como categoria analítica". A ser "desenvolvido a partir do banco de dados da pesquisa de Andiará Barros (2013), Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na Busca pelo cuidado, coordenado pela orientadora desse estudo". "O projeto obteve parecer aprovado sob o número 92.069, com data de relatoria: 12/09/2012, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, por meio da Plataforma Brasil. Local: duas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, bairro de Ilha Amarela, no município de Salvador, capital do estado da Bahia. "Banco de dados da Pesquisa intitulada Demandas de Saúde e a Experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado". Cujas fontes as fichas das mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Tem como questão de pesquisa:

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 741.183

“Quais as estratégias adotadas por mulheres para o atendimento de suas demandas em saúde, quando a ESF não oferece as ações a que se propõe”.

**Objetivo da Pesquisa:**

- 1 Descrever as estratégias adotadas por mulheres cadastradas na ESF para o cuidado às suas demandas em saúde.
- 2 Analisar as estratégias adotadas por mulheres para o cuidado à saúde nas situações em que a ESF não cumpre o seu papel na atenção básica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação do risco referente ao sigilo, "as autoras expressam que Caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis pela pesquisa. Salientamos que todos os dados advindos serão tratados e analisados de forma sigilosa apenas pelos pesquisadores responsáveis, sendo utilizados somente para fins científicos, podendo ser divulgados, sem, no entanto, revelar suas informações de identificação, garantindo o anonimato do participante".

COMO BENEFÍCIOS as autoras expressam que "os benefícios originados desta pesquisa serão coletivos. Esta pesquisa amplia os estudos na área da atenção à saúde da mulher e da integralidade do cuidado articulada à abordagem de gênero, ambas norteadoras da Política de Atenção Também fortalece a linha de pesquisa Saúde da mulher, relações de gênero e integralidade do cuidado do GEM da Escola de Enfermagem da UFBA, oferecendo subsídios para o redirecionamento de políticas públicas, no nível das práticas concretas e da gestão do SUS".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante, viável e certamente trará contribuições para a população feminina, em idade reprodutiva e que vivem em área de risco.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou os termos obrigatórios e anexou o termo de dispensa de TCLE.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 741.183

**Recomendações:**

NSA

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

NÃO HÁ

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**KARINA ARAUJO PINTO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br