A EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Adriele Rodrigues de Oliveira[1]
Nathália Luz de Lima[2]
Cristina Maria Arêda Oshai[3]

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) representa um marco essencial para o olhar atento e crítico no contexto de discussão de saúde e gênero. O estudo tem o intuito de verificar a materialização da PNAISM dentro da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) com foco na Clínica Cirúrgica Ginecológica. Para isso, o estudo teve caráter exploratório, descritivo e abordagem qualitativa e do método dialético. Realizaram-se: pesquisas bibliográfica, documental e de campo, observação participante e entrevista com dez usuárias da Clínica Cirúrgica da FSCMP. Evidenciou-se as principais dificuldades das usuárias no acesso, o percurso desde a atenção básica e a percepção sobre os atendimentos. O estudo contribui para a análise sobre a qualidade da atenção na alta complexidade; as formas de acesso dessas usuárias aos serviços de saúde da FSCMP; as dificuldades no acesso e a percepção das usuárias acerca dos serviços de saúde.
Palavras-Chave: Atenção à Saúde. Saúde da Mulher. Política de Saúde da Mulher. Serviço Social.

ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Attention to Women's Health (PNAISM) represents an essential milestone for an attentive and critical look in the context of the discussion of health and gender. The study aims to verify the materialization of PNAISM within the Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará (FSCMP) with a focus on the Gynecological Surgery Clinic. For this, the study was exploratory, descriptive and qualitative approach and dialectical method. It was carried out: bibliographic, documental and field research, participant observation and interviews with ten users of the FSCMP Surgical Clinic. The main difficulties of users in accessing, the route from primary care

[1] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Para (UFPA). Belém, Pará, Brasil. E mail: adrioliveira32147@gmail.com. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Para (UFPA). Belém, Pará, Brasil. E mail: nathy.luz.391@gmail.com Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Para (UFPA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: cristinareda@gmail.com
[2] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Para (UFPA). Belém, Pará, Brasil. E mail: nathy.luz.391@gmail.com Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Para (UFPA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: cristinareda@gmail.com
[3] Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Para (UFPA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: cristinareda@gmail.com

and the perception about the assistance were highlighted. The study contributes to the analysis of the quality of care in high complexity; the forms of access of these users to the FSCMP health services; the difficulties in accessing and the users' perception about the health services.

Keywords: Health Care. Women's Health. Women's Health Policy. Social service.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é uma versão da monografia de conclusão de curso do Curso de Serviço Social, em 2019. Foi motivado pelas experiências do estágio supervisionado realizado na Clínica Cirúrgica Ginecológica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP). Com base em observações sistemáticas, anotações no diário de campo e entrevistas realizadas junto a dez (10) usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidas na referida instituição (campo de estágio), foram identificadas dificuldades constantes para o acesso e para o início do tratamento na rede de atenção básica de saúde.

A partir do exposto, as observações foram norteadas pela PNAISM, que tem o objetivo de promover a saúde da mulher considerando as especificidades. Logo, o artigo apresenta reflexão sobre a efetividade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e quais os impactos no atendimento das mulheres na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Considerando a impossibilidade de avaliarmos a efetividade da PNAISM de modo geral, fizemos dois recortes, sendo o primeiro concernente à seguinte diretriz: “[...] atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais [...]” (BRASIL, 2004d, p. 63). Contudo, não incluímos todos os setores da FSCMP para investigar sobre “todos os ciclos de vida”, pois a análise dessa diretriz está restrita ao local escolhido para a pesquisa, a Clínica Cirúrgica Ginecológica da FSCMP.

O segundo recorte diz respeito ao objetivo específico da Política referente à “[...] ampliação e qualificação a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo [*Human Immunodeficiency Virus*] HIV e outras [Doenças Sexualmente Transmissíveis] DST [...]” (BRASIL, 2004d, p. 69). Neste objetivo específico se considera a Fundação Santa Casa de Misericórdia, que atua na atenção à saúde da mulher considerando a assistência ginecológica no pré-natal, no parto e no puerpério, bem como oferecendo programa de planejamento familiar, sendo referência na atenção à gestante com gravidez de alto risco e ao recém-nascido.

Diante do exposto, relacionamos a diretriz e o objetivo específico mencionado aos serviços de saúde prestados às mulheres atendidas pela FSCMP.

O estudo foi norteado pelo método dialético, o qual busca reconhecer as nuances do sujeito e das relações sociais, considerando os principais aspectos que o caracterizam, isto é, a historicidade dos acontecimentos sociais, conjunturas econômicas e contradições sociais. Por considerar as nuances dos sujeitos e a historicidade, julgamos pertinente dialogar com mulheres usuárias do SUS, como já foi referido antes. Em relação aos aspectos éticos, ressalta-se que o projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FSCMP e do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob o Parecer nº 3.236.736-2019.

2. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída e estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2004, sendo fruto das lutas e reivindicações das mulheres por meio dos movimentos sociais. O caminho desde sua elaboração até a implementação da política foi marcado por estudos, análises de indicadores e pesquisas relacionados ao perfil social, de condições de vida, epidemiológico e principais enfermidades que afetam as mulheres brasileiras, com o objetivo de garantir ações e serviços que atendam às necessidades da mulher de maneira integral e com qualidade em todas as dimensões.

A apresentação dos diversos grupos de mulheres brasileiras na PNAISM reforça a importância de reconhecer a existência dessa diversidade entre as mulheres, bem como considerar as suas especificidades durante os atendimentos nos serviços de saúde, proporcionando-lhes a melhoria da qualidade de vida. Coelho *et al.* (2009) corroboram com a discussão afirmando que:

> O não-atendimento às especificidades femininas e às necessidades no campo da saúde sexual e reprodutiva tem repercussões nas experiências vividas com seus parceiros, quase sempre acompanhadas de dificuldade de negociação na vivência da sexualidade. Constrangidas e desrespeitadas em seus direitos, as mulheres têm dificuldades de construir vínculos com o serviço de saúde e muitas são submetidas ao risco de gravidez indesejada e suas consequências, que se somam às dificuldades enfrentadas no âmbito doméstico na relação com os parceiros. (Coelho *et al.*, 2009, p. 158)

Essa discussão sobre o olhar para as especificidades femininas que ultrapassam o atendimento materno-infantil subsidiaram a escolha da diretriz norteadora da pesquisa, uma vez que as experiências no estágio instigaram a investigação sobre o número de cirurgias ginecológicas e sua relação com a qualidade da atenção oferecida, buscando identificar as dificuldades enfrentadas pelas usuárias desde a atenção básica até os atendimentos em média e alta complexidade no hospital em foco. Além da atenção diferenciada que deve considerar as especificidades de gênero, evidenciam-se também como princípios norteadores da PNAISM a humanização e a qualidade da atenção em saúde, sendo esses princípios destacados na política como:

> Condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004d, p. 59).

Sobre essas condições a pesquisa desvelou a satisfação da maioria das usuárias com o atendimento recebido na FSCMP. No entanto as condições infraestruturais e burocráticas, relacionadas à regulação do acesso, deixaram a desejar. Diante do exposto, apresentaremos nas seções seguintes algumas reflexões em conformidade com a diretriz e objetivos, relacionados respectivamente à integralidade dos atendimentos considerando as especificidades femininas.

3. PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE QUE

FUNDAMENTAM A ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A concepção de saúde inclui diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, a moradia e a renda. O conceito de saúde está em consonância com o artigo 3 da Lei nº 8.080/90, que afirma:

> A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, s. p.).

Diante do exposto, tem-se que a saúde é vista a partir de dimensões que vão além do bem-estar físico, sendo analisada dentro do contexto social, o qual se traduz em fatores econômicos, culturais, políticos que interferem direta e indiretamente na qualidade de vida dos usuários. Além disso, a reafirmação da saúde como direito é essencial para os avanços no acesso e na qualidade do atendimento no SUS, preconizados não apenas pelas LOS's**,** mas também pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), pelas políticas setoriais como a PNAISM, entre outras.

Além do conceito de saúde, que contempla as múltiplas dimensões do ser humano, julgamos importante destacar e analisar os princípios éticos do SUS – universalidade, integralidade e igualdade. A universalidade pode ser entendida a partir de:

> Dois sentidos [...] um geral, expresso na própria ideia de que todos têm o direito à saúde (note-se que, nesse enunciado, não há, no texto constitucional, qualquer menção à equidade); o segundo, restrito ao acesso às ações e serviços de saúde. (MATTOS, 2009, p. 777)

A primeira perspectiva diz respeito ao direito à saúde sendo inerente a todos independentemente de suas condições humanas, físicas, étnico-racial, sociais; enquanto a segunda é referente ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis

de complexidade que devem ser garantidos pelo Estado. A integralidade é relevante não apenas para a garantia do atendimento qualificado e humanizado em todos os níveis de complexidade, mas também para o respeito e consideração das particularidades, entre elas as abordagens de gênero.

À vista disso, a PNAISM foi formulada tendo como base a integralidade e a intersetorialidade com as políticas públicas pertinentes para cada demanda, a fim de garantir a integralização dos serviços de saúde e, com efeito, a qualidade nos serviços oferecidos às usuárias do SUS. O princípio da integralidade está diretamente relacionado com as diretrizes e os objetivos estabelecidos na PNAISM, principalmente no que se refere à diretriz "[...] atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais [...]" (BRASIL, 2004d, p. 63).

A partir da análise, um grande fator que interfere na integralidade da atenção à saúde no SUS é o acesso. Discutida como uma característica que ainda precisa ser analisada e ampliada para garantir o direito à saúde da população, a exemplo do que faz Jesus e Assis (2010), quando afirmam que "o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania" (2010, p. 162).

No entanto, a distribuição e o ordenamento das vagas necessitam de aparatos organizacionais para o controle dessa porta de entrada aos serviços ofertados, com isso tem-se o sistema de regulação[4], fundamentado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS 2001/2002 e a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde/M S nº 729/2002. Observa-se que o acesso é multifatorial envolvendo aspectos financeiros, infra estruturais, burocráticos, relacionais e sociais relacionados aos usuários. Tais fatores podem facilitar ou dificultar o acesso igualitário aos serviços de saúde, contestando os princípios vigentes do SUS. Apesar de garantir legalmente uma atenção qualificada, na prática, essa atenção, assim como a universalidade, a

[4] É uma estratégia de implementação da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada com outras ações da regulação da atenção à Saúde, visando regular a oferta e a demanda em Saúde, de maneira a adequar a oferta de serviços de Saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em Saúde. (BRASIL, 2009, p. 90)

integralidade e o acesso nem sempre são efetivados, como foi identificado no estudo realizado, principalmente se for considerado o tempo de espera e as estratégias necessárias para se ter acesso nos três níveis de complexidade.

A efetividade vai além da avaliação técnica ligada à relação objetivo-resultado, considerando os impactos sociais causados na população com o alcance dos objetivos previstos na política ou nos programas sociais. Silva e Barros (2004) ressaltam a importância da avaliação, ao afirmar:

> [...] que a avaliação não se reduz a um procedimento meramente técnico, desprovido de qualquer interesse ou viés político. Ao contrário, assim como no chamado ciclo da política, o processo de avaliação de políticas públicas é permeado de sujeitos, racionalidades e outras variáveis contextuais que extrapolam o planejamento técnico-instrumental (SILVA; BARROS, 2004, p. 02).

Apoiadas na discussão de Silva e Barros (2004), salientamos a importância dos procedimentos técnicos para avaliação e para monitoramento da política, contudo há a necessidade de buscar além disso, compreender como as relações e os processos que transcendem o tecnicismo, as dificuldades e as fragilidades que se apresentam nas vivências e rotinas existentes em espaços institucionais onde são realizadas ações de atenção à saúde. No que concerne à execução e ao acompanhamento da PNAISM, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) elaborou um documento para o monitoramento e para o acompanhamento dessa política, em que descreve como “[...] uma contribuição da SPM que tem como objetivo verificar os avanços e dificuldades que essa Política enfrenta para atender às necessidades e direitos das mulheres na área da saúde [...]” (BRASIL, 2015, p. 11).

Com base nesse documento, delimitamos aspectos específicos para nortear a avaliação da PNAISM a partir da perspectiva das dez (10) interlocutoras na pesquisa, são eles: a integralidade (em especial no que se refere ao respeito às particularidades de gênero na atenção); o acesso aos serviços na instituição; o tempo de espera desde a atenção básica até a programação cirúrgica e a qualidade dos serviços oferecidos pela FSCMP. Além disso, os aspectos listados fundamentaram a análise para verificar se a execução é efetiva de acordo com a diretriz que descreve sobre os cuidados de

saúde específicos em cada ciclo da vida e faixa etária e sobre o objetivo referente à qualidade da atenção ginecológica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base nas entrevistas realizadas com mulheres atendidas na Clínica Cirúrgica Ginecológica da FSCMP, constatamos em seus relatos pontos importantes acerca da forma de acesso dessas usuárias ao SUS, em especial aos serviços de saúde oferecidos pela referida instituição. À vista disso, buscou-se identificar e compreender o percurso trilhado por elas, desde o diagnóstico da doença até o acesso na Clínica, levando em consideração os seguintes aspectos: o processo até o diagnóstico da doença; tempo de espera após o diagnóstico da doença até o acesso à FSCMP; as formas de acesso das usuárias para conseguir atendimento na FSCMP; as dificuldades no acesso e a identificação e avaliação dos profissionais de saúde nos atendimentos realizados durante as consultas e a internação na FSCMP.

Em relação **à descoberta do diagnóstico da doença**, sete (07) usuárias enfatizaram questões relacionadas aos sintomas que sentiram durante sua rotina diária, como dores fortes, inchaços anormais da região abdominal e sangramento excessivo durante o período menstrual e que, por isso, procuraram atendimento médico. Assim, foi verificado que a maioria das participantes não realizava nenhum acompanhamento ginecológico de prevenção e de rastreamento de doenças ginecológicas antes dos sintomas da doença.

Ao serem questionadas sobre o motivo desse não acompanhamento da Ginecologia, as respostas das participantes se referiam ao período longo de espera para conseguir esses serviços na unidade básica; não ter tempo para procurar os serviços, justificando-se em razão da rotina de trabalho e familiar; outras afirmaram não ter conhecimento sobre os exames básicos femininos, como o PCCU, e por esse motivo não procuraram um ginecologista.

No que tange à questão do **tempo de espera transcorrido desde o diagnóstico até o acesso,** verificamos que as mulheres com mioma e com cisto no ovário, que realizaram a cirurgia de histerectomia, esperaram em média de três a oito

meses desde o diagnóstico até a realização das cirurgias. Quanto à participante que apresentava prolapso e necessitava do procedimento cirúrgico de colpoperíneoplastia, o período de espera foi de três meses. O outro aspecto é referente à percepção das participantes sobre o tempo de espera, considerado curto para elas, por entenderem que se tratava do SUS, e em comparação às outras instituições de saúde. Essa percepção evidencia uma forma de pensar que esse sistema por ser público, não precisa necessariamente prover acesso célere. Por isso, quando não há uma clareza de informações sobre processos, tempo e trâmites, somado a elementos como a baixa escolaridade e às dificuldades de acesso, resultam na conformidade e no contentamento com o atendimento alcançado.

No tocante **à identificação das formas de acesso das usuárias para conseguir atendimento na FSCMP,** constatamos que nove (09) mulheres entraram pela modalidade eletiva e uma (01) usuária entrou pela urgência/emergência. Na modalidade eletiva, observamos que sete (07) mulheres garantiram esse acesso por meio de familiares, de amigos ou de conhecidos que tinham contato com servidores que trabalham na FSCMP e apenas uma (01) usuária dessa modalidade foi encaminhada da UBS pelo Sistema de Regulação (SISREG) para atendimento de primeira vez no hospital. Dentre as usuárias participantes da pesquisa uma era adolescente e paciente do hospital desde criança e, como realizava tratamento em outras especialidades da FSCMP, houve encaminhamento interno da endocrinologia para a ginecologia.

Verificamos que, das dez (10) participantes, sete (07) utilizaram como estratégia a rede de amigos e conhecidos para acelerar o processo da entrada e conseguir prioridade na fila de espera. Essa forma de acesso utilizada pelas participantes também foi identificada por Tavares (2016) e denominado por ela de “atalhos”, ou seja, estratégias criadas pelos usuários para acessar os serviços de saúde em uma determinada unidade hospitalar. Essa prática, no entanto, para se efetivar conta com a participação de profissionais da saúde, tendo sido constatado:

> [...] que alguns profissionais também “atalham” o sistema formal e acionam membros de uma rede de relações que agilizam o acesso e o tratamento de usuários por meio dos “atalhos”. Os usuários internados estão cadastrados como frequentadores regulares no sistema, não são “marginais”, apenas

> conseguem "chegar" mais rapidamente e, para isso, "criam" uma organização que denominei de "atalhos" como parte do subsistema do SUS. Os "atalhos" são invisibilizados ou escamoteados pelos dirigentes e por alguns trabalhadores e usuários (TAVARES, 2016, p. 16).

A citação da autora acima está em consonância com o que verificamos nos relatos das participantes sobre as estratégias para acessar os serviços de saúde da FSCMP, sendo destacado por Tavares (2016) que esses "atalhos" são como "[...] um fenômeno na instituição hospitalar [...]" (TAVARES, 2016, p. 17). Ainda sobre as narrativas que demonstram as dificuldades no acesso e nas estratégias criadas pelos sujeitos atendidos pelo SUS, Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012, p. 125) afirmam que:

> O cotidiano, no entanto, mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictício e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços. [...]. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados.

A reflexão dos autores está de acordo com o observado durante as entrevistas com as usuárias, pois todas as mulheres que optaram pela rede de amigos e familiares para conseguir atendimento na FSCMP alegaram que, se recorressem ao SUS pelo fluxo normal, não iriam conseguir o atendimento, visto que consideram esses serviços precários e insuficientes para atender a população. Outra estratégia constatada para acelerar o acesso e reduzir o tempo de espera para a realização do procedimento cirúrgico é a procura pela rede particular, a fim de realizar exames específicos, pois a liberação da cirurgia depende dos resultados desses exames. De acordo com as participantes, a sugestão para a procura pela rede privada partiu do profissional de saúde, sob a alegação de que pelo SUS há muitas dificuldades para marcação desses tipos de exames. Assim sendo, vemos que diante dos entraves para acessar os serviços pelo SUS, as usuárias criaram outras modalidades de entrada, estratégias que hoje são realidade dentro das instituições de saúde.

No que diz respeito à **percepção das participantes referente à identificação e à avaliação dos profissionais de saúde nos atendimentos realizados durante**

as consultas e a internação na FSCMP, verificamos que as usuárias não se lembravam dos nomes dos profissionais de saúde, porém recordavam quais categorias de profissionais acompanhavam seu tratamento, citando frequentemente a presença de médicos-residentes, enfermeiras e técnicas de enfermagem. Diante disso, as participantes, sem exceção, julgaram o atendimento bom ou excelente, considerando as questões da educação e da gentileza dos profissionais durante esses atendimentos.

Para mais, perguntamos as usuárias acerca do esclarecimento da equipe médica sobre o diagnóstico da doença e do procedimento cirúrgico, sendo identificado que as participantes foram esclarecidas sobre as formas de tratamento e de procedimentos cirúrgicos que iriam realizar. Contudo, quando questionadas sobre a cirurgia ou o diagnóstico, não sabiam esclarecer. Considerando as narrativas das participantes e as nossas observações, ressaltamos que os atendimentos dos profissionais de saúde referidos foram além de uma recepção cordial, tendo sido considerado "[...] o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde [...]" (BRASIL, 2013b, s.p.). Quando o profissional de saúde considera em seus atendimentos as dúvidas, as queixas e as angústias em relação ao processo de tratamento, isso contribui para a criação e/ou fortalecimento de vínculos entre sujeitos envolvidos no processo de cuidado (profissionais da saúde e usuários), promovendo qualidade nos serviços e melhor condição de saúde aos usuários.

Sobre as **especificidades das mulheres destacadas pela PNAISM**, foi observado por uma das autoras ao longo do estágio que algumas particularidades como a orientação sexual e pertencimento étnico-racial, não são discutidos e não constam na ficha social. Sabe-se que o Brasil é reconhecidamente um país pluriétnico e multicultural e, na região norte a diversidade se expressa nas várias etnias indígenas, nas formas de organizações sociais ribeirinha, quilombola, extrativista, população negra, dentre outras expressões. Sendo assim, analisamos que os profissionais da saúde devem dar atenção às especificidades da mulher paraense das mais diversas origens. Essa conduta é considerada como essencial para obter a qualidade da atenção em sua integralidade, exatamente como destaca a PNAISM, ao ressaltar que as particularidades femininas são elementos fundantes na

implementação da política e "[...] devem ser consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto, com melhores resultados [...]" (BRASIL, 2004d, p. 25). É importante ser lembrado sempre que o atendimento humanizado ultrapassa a cordialidade e as brincadeiras durante a internação, o respeito e a escuta, vínculos e perguntas que vão além do "onde dói?".

A carência de outros profissionais da equipe multidisciplinar foi constatada durante a realização das entrevistas com as participantes, visto que, quando questionamos acerca da qualidade dos atendimentos dos profissionais que realizaram visitas em seus leitos na enfermaria, as participantes afirmavam que somente médicos, enfermeiras e assistente social haviam conversado com elas. Entre os profissionais que faltam na Clínica, observamos que as participantes relataram a necessidade de ter tido algum atendimento com a Psicologia, pois algumas alegaram sentir medo, angústia, nervosismo ou preocupação com o processo pré e pós-cirúrgico.

A retirada do útero e/ou dos ovários é um dos procedimentos mais realizados na Clínica Cirúrgica Ginecológica, tendo sido observado em 70% das participantes. Como descreveu uma usuária, é delicado, principalmente quando são retirados os ovários e o útero, é um processo difícil para a mulher. Além disso, a FSCMP realiza atendimento ininterrupto e contínuo e a indisponibilidade de profissionais da equipe multiprofissional em todos os horários pode interferir diretamente na qualidade da atenção. Assim, verificamos que o atendimento psicológico é importante para as usuárias, pois os procedimentos são processos delicados que necessitam de apoio psicológico.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo teve o intuito de verificar de que forma a PNAISM está sendo consolidada na FSCMP, com ênfase na diretriz "[...] atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais [...]" (BRASIL, 2004d, p. 63) e também com foco no objetivo específico que visa "[...] ampliação e qualificação à atenção clínico-

ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST [...]" (BRASIL, 2004d, p. 69).

A partir dessa perspectiva, e considerando que a historicidade entrevistamos dez (10) usuárias que estavam internadas na Clínica Cirúrgica Ginecológica. Em relação à qualidade dos serviços prestados pela, foi constatado que as participantes elogiaram os atendimentos dos profissionais da FSCMP, porém observaram que há necessidade de melhorias na estrutura física das enfermarias. Destacamos também que as usuárias enfatizaram a necessidade de haver ampliação dos serviços oferecidos pela FSCMP para melhorar o fluxo de atendimento dos usuários. As perguntas realizadas para as usuárias foram direcionadas à qualidade da atenção, nas formas de acesso aos serviços da FSCMP, no tempo de espera para o tratamento e na percepção das mesmas acerca do atendimento, dos serviços, da estrutura física e do tratamento no hospital.

No que concerne às formas de acesso aos serviços da FSCMP, identificamos que as participantes buscaram alternativas extraoficiais para acessar os serviços de saúde da instituição, buscando a rede familiar ou de amigos que possuem vínculo com a FSCMP. Dessa forma obtiveram maior agilidade no acesso aos atendimentos e aos serviços do hospital. Diante disso, observamos as fragilidades do Sistema de Regulação para regular o acesso na perspectiva da universalidade, integralidade e igualdade, como afirmado na Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei nº 8080/1990 (Brasil, 1990).

As narrativas das usuárias também evidenciaram a fragilização da atenção básica, na medida em que foram citadas questões referentes à precarização das UBSs, à ausência de marcação de exames e de consultas especializados e aos longos períodos de espera para realização de consultas de primeira vez nas instituições de alta complexidade. Por outro lado, também ficou evidente a fragilização na alta complexidade, em especial nos atendimentos de urgência e de emergência, como foi narrado por uma das participantes. No entanto, a demora na liberação de exames e consultas via Sistema de Regulação pode revelar o estrangulamento do Sistema, promovido entre outras práticas, pelos próprios "atalhos" que favorecem alguns usuários, em detrimento de outros.

Sobre a existência de programas ou ações específicas para a saúde da mulher na FSCMP, observou-se que o hospital conta com a estrutura do denominado Ambulatório da Mulher com várias especialidades. Entretanto a disponibilidade desses programas se refere a temáticas com ênfase na questão da maternidade e da reprodução, ocasionando a invisibilidade de programas que abrangem a saúde mental, atenção ginecológica, direitos sexuais e de gênero.

Em relação à equipe multiprofissional, verificamos a ausência de outros profissionais que deveriam integrar a equipe multidisciplinar nesse espaço, como o psicólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o nutricionista, entre outros. Desta forma, o Serviço Social conta com o apoio da equipe de Enfermagem, estabelecendo um diálogo direto acerca das vulnerabilidades sociais expressadas pelas usuárias, trocando informações e observações que sejam relevantes para o processo de recuperação da saúde das mulheres internadas.

Por fim, constatamos que a diretriz: “[...] atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais [...]” (BRASIL, 2004d, p. 63) é materializada na FSCMP e na Clínica Cirúrgica Ginecológica, uma vez que a instituição dispõe de serviços específicos para a mulher em todos os ciclos de vida. No espaço da Clínica em específico, embora atenda as mulheres com idades específicas, devido aos diagnósticos e às cirurgias, oferece serviços para as diferentes faixas etárias, mas ainda encontramos fragilidades quando se trata da atenção para os distintos grupos populacionais, se considerarmos a diversidade étnico-racial.

Com alusão ao objetivo da PNAISM referente à “[...] ampliação e qualificação a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST [...]” (BRASIL, 2004d, p. 69), verificamos que, na perspectiva das usuárias, a qualidade na atenção clínico-ginecológica está excelente na FSCMP. Em relação à ampliação da atenção clínico-ginecológica, analisamos nos relatos das usuárias a presença de longo tempo de espera para conseguir acessar os serviços de saúde especializados. Diante disso, observamos que a qualidade dos serviços ginecológicos, na perspectiva das usuárias, está presente nas intervenções

profissionais, contudo a ampliação dos serviços é deficitária e a humanização é um preceito que precisa ser debatido e introduzido na rotina da Clínica.

No que se refere às especificidades das mulheres atendidas na Clínica Cirúrgica Ginecológica, observamos que a orientação sexual e o aspecto étnico-racial são excluídos das fichas hospitalares preenchidas com as informações das usuárias da Clínica, promovendo a invisibilidade dessas particularidades. Conclui-se que os problemas aparentes do SUS estão cada vez mais evidentes, como as longas filas de espera para os atendimentos, principalmente para os procedimentos cirúrgicos. De maneira geral, a instituição oferece ações e programas importantes para a efetividade da PNAISM e para a qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019. [d]

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. **Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) e do plano nacional de políticas para as mulheres 2013-2015.** Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/85337/mod_page/content/1/pnaism_pnpm-versaoweb2015.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização (PNH).** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 03 jun. 2019. [b]

COELHO, E. A. D. C. *et al.* Integralidade do Cuidado à Saúde da Mulher: Limites da prática profissional. **Revista de Enfermagem,** Coimbra, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21. Acesso em: 01 abr. 2019.

FEBRASGO. 20% das brasileiras não vão ao ginecologista com frequência, por quê? **FEBRASGO,** São Paulo, 18 fev. 2019. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/757-20-das-brasileiras-nao-vao-ao-ginecologista-com-frequencia-por-que. Acesso em: 03 jun. 2019.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf. Acesso em: 08 jun. 2019.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuição do planejamento. **Revista & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana em Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf. Acesso em: 08 jun. 2019.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13,

supl. I, p. 771-780, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf. Acesso em: 16 abr. 2019.

RAIMUNDO, F. **Serviço social na área de internação hospitalar:** a relação do profissional com o paciente internado e seu acompanhante. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Socio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/114418. Acesso em: 13 dez. 2018.

SILVA, J. R. S.; BARROS, V. Avaliação de políticas e programas sociais: um destaque ao sentido de variáveis contextuais. **Revista de políticas públicas.** São Luís, v. 8, n. 2, 2004. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3764/1836. Acesso em: 10 maio 2019.

TAVARES, A. G. **"Doutora, eu vim tentar a sorte":** o atalhar no hospital público João de Barros Barreto. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2016. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/8942/1/Tese_DoutoraVimTentar.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

TORRES, M. M.; LANZA, L. M. B. Serviço social: exercício profissional do assistente social na gestão de políticas públicas. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 197-215, 2013. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/2979. Acesso em: 16 maio 2019.