

CÂNCER DE COLO UTERINO: atenção integral à mulher nos serviços de saúde

Marilu Correa SOARES^a, Silvana Martins MISHIMA^b, Renata Cunha da SILVA^c,
Caroline Vargas RIBEIRO^d, Sonia Maria Könzgen MEINCKE^e, Ana Cândida Lopes CORRÊA^f

RESUMO

Objetivou-se compreender como os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde estão organizados para contemplar a integralidade na atenção à mulher com câncer de colo uterino. Pesquisa qualitativa, descritiva, com 20 mulheres. Utilizou-se na coleta dos dados a entrevista semiestruturada conjugada à observação participante. A análise temática evidenciou o tema "A procura pela assistência: o acesso ao Sistema Único de Saúde e a utilização dos serviços na busca de atenção integral". Identificou-se que, na utilização dos serviços de saúde, as mulheres expuseram concepções sobre a atenção recebida, as potencialidades e limites da integralidade nesse contexto. Conclui-se que a efetivação das ações de saúde, em busca da integralidade da atenção às mulheres, requer ousadia e a promoção do diálogo entre os atores sociais, como forma de construir uma consciência sanitária que permita o compromisso ético em direção às mudanças necessárias ao cuidado.

Descritores: Enfermagem oncológica. Neoplasias do colo do útero. Saúde da mulher. Assistência integral à saúde.

RESUMEN

Se objetivó comprender cómo los servicios del Sistema Nacional de Salud están organizados para hacer frente a la integralidad de la atención a la mujer con cáncer de cuello uterino. Investigación cualitativa, descriptiva con veinte mujeres. Fue utilizado en la recolección de datos, la observación participante y la entrevista semiestructurada. El análisis temático reveló: La búsqueda de la atención: el acceso a SUS y el uso de los servicios de salud en la búsqueda de atención integral. Se identificó que las mujeres han puesto de manifiesto las concepciones acerca de la atención recibida, las potencialidades y los límites de la integralidad en este contexto. Se concluye que la eficacia de las acciones de salud en esta búsqueda requiere coraje y la promoción del diálogo entre los actores sociales, como una manera de construir una conciencia de salud que permita el compromiso ético hacia los cambios necesarios para el cuidado.

Descriptorios: Enfermería oncológica. Neoplasias del cuello uterino. Salud de la mujer. Atención integral de salud.
Título: Cáncer del cuello del útero: la atención integral a la mujer en los servicios de salud.

ABSTRACT

This study aims to understand how the health services of the Brazilian Public Health System (BPHS) are organized to give an integral care to the woman with cervical cancer. This is a descriptive, qualitative research with 20 women. Semistructured interviews were coupled with participant observation in data collection. The thematic analysis revealed the theme: "The search for care: access to BPHS and use of health services in the search for integral care". In the use of health services, women have exposed their views on the received care, and on the potentialities and limits of integrality in this context. The conclusion is that the effectivation of health actions that aim at the integrality of care for women requires courage and the promotion of a dialogue between social actors as a way to build a health awareness that allows an ethical commitment pointing towards the necessary changes in care.

Descriptors: Oncologic, nursing. Uterine cervical neoplasms. Women's health. Comprehensive health care.
Title: Cervical cancer: integral care to the woman in health services.

^a Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^c Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Enfermeira Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde, Área de concentração Saúde da Criança.

^e Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta II da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^f Discente da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é um problema de saúde pública que compromete a saúde das mulheres, alterando a qualidade de vida em um estágio da existência em que elas, muitas vezes, estão estruturando sua vida familiar, profissional e social. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura são de 100% e existem evidências científicas que comprovam formas simples, eficientes e eficazes para o rastreamento desse tipo de câncer, bem como para a detecção das lesões precursoras⁽¹⁾.

Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Nos países desenvolvidos, a partir da implantação de programas de rastreamento de base populacional, uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada⁽²⁾.

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano. No Brasil, para 2010, são esperados 18.430 casos, com um risco estimado de 18 a cada 100 mil mulheres⁽¹⁾.

A integralidade da atenção na saúde das mulheres também pressupõe que estas, em algum momento de suas vidas, fizeram uso dos serviços de saúde para atendimento de seus problemas e necessidades, ou de seus familiares. Momento este em que poderiam ter sido orientadas quanto à importância dos cuidados necessários à prevenção do agravo ou para sua detecção precoce.

Os anos de 1980 e 90 foram palco de propostas de mudança na organização do sistema de saúde brasileiro. O movimento da Reforma Sanitária é considerado o ponto de partida das mudanças no campo da saúde, sendo que a Constituição Federal de 1988 materializou as discussões e propostas desse movimento, possibilitando a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando diretrizes para organizar a atenção e o cuidado à população⁽³⁾.

Instituído o SUS, mecanismos foram sendo desenvolvidos com a finalidade de articular ações e serviços, buscando a construção de um sistema de saúde cujas diretrizes legais propunham uma direção única, em cada esfera de governo, indicando o movimento de descentralização da gestão^(3,4).

A construção de um sistema de saúde único, acessível, igualitário e com qualidade é um desafio que ainda está em construção. A saúde tem que ser compreendida de forma ampliada, e as políticas e práticas sociais precisam buscar estratégias de enfrentamento da dura realidade brasileira, marcada por tantas desigualdades. Os grandes problemas na atenção à saúde, como o acesso desigual, a inadequação dos serviços quando confrontados com as necessidades, a ausência de atenção integral, o paralelismo da oferta e a baixa qualidade dos serviços delimitam as orientações para a reestruturação de modelos de atenção⁽³⁾.

No contexto preconizado pelo SUS, a organização da atenção elege um conjunto de princípios éticos e estratégicos para conferir robustez à conquista da saúde como direito de cidadania. Reconhece-se ainda que os desafios para alcançar as mudanças no aparato legal e na estrutura político-administrativa das instituições nos direcionam para inovações no modo de gestão do SUS, na gerência e na organização do trabalho em saúde. Associa-se, ainda, no contexto do SUS a humanização da saúde na perspectiva da construção de redes comprometidas com a produção de saúde dos usuários do sistema, os quais, por sua vez, são estimulados ao exercício da autonomia, co-responsabilidade e participação no processo de saúde individual e coletiva^(3,5).

Um conjunto de inovações vem desafiando a organização do sistema de saúde brasileiro, traduzido por uma pressão para a incorporação de um contingente populacional que estava excluído do acesso à atenção à saúde; uma demanda por uma qualidade na atenção; a progressiva incorporação de tecnologias nos serviços; e a definição de critérios de equanimidade para a distribuição de recursos⁽⁴⁾.

Nesse contexto, parece ser de fundamental valor o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, voltados à manutenção da saúde. Ações que visem o preparo dos indivíduos para o exercício da cidadania com consciência, pois contar com a participação da comunidade na formulação e implantação de novas políticas de saúde multiplica as possibilidades de sucesso do processo. Destaca-se aqui a categoria de integralidade como referência para a produção do cuidado à saúde e para a necessidade de articulação de diferentes instâncias de atenção.

Entende-se que a integralidade na assistência à saúde deva ser pensada como um processo que envolve a vida das pessoas, suas histórias, suas vivências, seus anseios, suas expectativas. E considerando as questões de demanda e necessidades da comunidade, articuladas com a atuação dos trabalhadores de saúde, rumo a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado à saúde.

Portanto, a garantia de integralidade pressupõe o estabelecimento de ações que permitam a interligação entre os diferentes serviços disponibilizados à população, em seus diversos níveis de atenção à saúde. O Ministério da Saúde, mais recentemente, passou a trazer em documentos oficiais a ideia de rede para o trabalho em saúde, relacionando a proposta com os princípios e diretrizes do SUS e com a atenção integral à saúde^(6,7).

Assim, ações para o fortalecimento de um modelo de atenção que busque, por meio de estratégias de promoção e prevenção, o atendimento ao princípio da integralidade da assistência têm sido propostas nas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a integralidade configura-se como o fio condutor da organização dos serviços e da educação permanente dos trabalhadores de saúde.

Diante do exposto, elaborou-se o seguinte questionamento: Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde estão organizados de modo a contemplar a integralidade na atenção à mulher com câncer de colo uterino? Para respondê-lo, traçou-se como objetivo deste estudo compreender como os serviços de saúde do SUS estão organizados para contemplar a integralidade na atenção à mulher com câncer de colo uterino.

METODOLOGIA

A presente investigação utilizou uma abordagem qualitativa, descritiva. Para os procedimentos analíticos, optou-se pela análise temática, seguindo as etapas de ordenação, classificação e análise⁽⁸⁾.

Seguindo as normatizações presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾, o projeto da pesquisa foi encaminhado para análise junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sendo aprovado sob o Parecer nº 030/06.

Os dados secundários originaram-se das informações do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). A captação dos dados

primários ocorreu no período de junho a dezembro de 2006 e teve como local de coleta o domicílio, o local de trabalho e a Unidade Básica de Saúde (UBS) das mulheres identificadas com diagnóstico de CCU, entre os anos de 2003 a 2005.

Para viabilizar a coleta dos dados empíricos, optou-se pela entrevista semiestruturada, como técnica de pesquisa, por possibilitar a introdução de certos questionamentos básicos e até aprofundar outras questões que pudessem surgir no transcorrer da entrevista⁽⁸⁾. Também foi utilizada a técnica de observação para a complementação dos dados empíricos. A proposta de observação teve a finalidade de acompanhar as mulheres em seguimento nos serviços de saúde para tratamento radioterápico e/ou quimioterápico, momento no qual a pesquisadora, na qualidade de observadora participante, procurou captar as situações de atendimento à mulher em tempo real, com registro em diário de campo.

Participaram deste estudo 20 mulheres identificadas por meio dos registros do SISCOLO para os anos de 2003-2005 e que preencheram os critérios de seleção: diagnóstico comprovado de CCU realizado na rede pública de saúde do município, no período de 2003 a 2005; ser moradora do município do estudo; consentir na gravação da entrevista; permitir acompanhamento durante o tratamento na quimioterapia e/ou radioterapia, para observação; disposição para participar do estudo; permitir a divulgação dos dados no meio científico. Para garantia do anonimato, as mulheres foram identificadas por nomes fictícios de sua escolha.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tema depreendido na análise dos dados e abordado neste artigo é "A procura pela assistência: o acesso ao Sistema Único de Saúde e a utilização dos serviços na busca de atenção integral".

Desafios ainda são colocados, quando olhamos para a organização dos serviços de saúde na perspectiva da atenção integral. Produzir cuidados de saúde para a mulher como um todo, na expressão de suas necessidades e problemas, independente da fase do ciclo vital ou da sua condição como trabalhadora, é considerar uma lógica de ação que nos direcione a apreender as necessidades individuais e coletivas das mulheres, em seu contexto social.

Assim, as mulheres entrevistadas neste estudo tinham o entendimento de que os serviços de

saúde ainda não conseguem atender a população de forma satisfatória, apontavam falhas e responsabilizam os gestores do sistema, mas também se reconheciam como sujeitos ativos, para buscarem os seus direitos a serviços de qualidade.

Acho que nossos serviços de saúde ainda não conseguem nos atender em tudo. Há muitas falhas não só da parte dos profissionais, mas também da parte dos responsáveis pela Secretaria da Saúde da cidade, do estado e até do país. Penso que as pessoas que usam o SUS deveriam ser mais ativas na busca de seus direitos, não ficarem esperando que as coisas aconteçam, reclamem e cobrem um atendimento decente. Nós deveríamos ter mais participação. Eu estou tentando ir nas reuniões do bairro, para ver se consigo ajudar de alguma maneira (Beatriz).

Dizer que nossos governantes precisam olhar com mais carinho a saúde das pessoas, pois está tudo muito largado, ninguém se compromete com nada, é muito roubo, muito desvio de dinheiro que deveria ser empregado na saúde (Dalva).

A fala de Beatriz demonstra um movimento da mulher para a concretização da integralidade no cuidado:

[...] nós deveríamos ter mais participação e reclamem e cobrem um atendimento decente [...] (Beatriz).

Acredita-se que posicionamentos como os acima citados possibilitariam o surgimento de uma nova cultura, voltada para as necessidades de saúde das mulheres.

Essa participação e a reclamação podem assumir o caráter de essas mulheres estarem mais próximas aos processos de decisão e controle dos serviços de saúde, de modo a permitir que os princípios de universalidade e integralidade estejam efetivamente presentes no cotidiano dos serviços.

Na observação, essa concepção de um atendimento ruim no SUS foi verbalizada pelo familiar (Dinorá), que adotou uma postura de “vigilância” durante o tratamento de sua mãe Djanira.

[A familiar Dinorá referiu que, quando foi feito diagnóstico de câncer da sua mãe, ficou muito receosa de que o atendimento fosse ruim]. [...] Quando vim com minha mãe aqui, já fui me preparando para o pior [...]. [Observa-se que Dinorá está sempre atenta a toda movimentação junto de sua mãe, indaga sobre a medicação, solicita a presença dos

trabalhadores de saúde constantemente, fato que parece incomodar Djanira que retruca] [...] Já falei para ela que as meninas sabem o que estão fazendo, acho muito chato isso [...] (Diário de Campo - Djanira, 06/07/2006)

A concepção do SUS como um serviço no qual se é mal atendido e onde há demora reforça a possibilidade da alternativa de pagamento, para acelerar o processo de atenção à saúde em outros serviços de saúde.

Eu queria salientar uma coisa. Nem todos os exames eu consegui pelo SUS. Tive que pagar alguns exames, uma ultrassonografia transvaginal, abdominal total foi pago, porque são exames que levam certo tempo pelo SUS. A pessoa entra em uma lista de espera e, como a gente queria isso rápido para poder começar a sessão de radioterapia, aí paguei por fora. Pelo SUS não tem chegar e ser atendida, tem fila para marcar e fazer os exames. Eu já sabia que demorava, aí cheguei nos locais e perguntei: “Quero fazer determinado exame. Quanto custa?” Mostrei a requisição, disse que tinha pressa e qual era o problema. Eu não procurei pelo SUS, porque eu sabia que ia demorar mesmo (Thereza).

Entretanto, ao experienciar o atendimento, a mulher se surpreendeu com a resolubilidade e teve a possibilidade de mudar sua concepção sobre o SUS.

[...] aquela ideia, pois falam tanta coisa assim, né? Eu pensava: “Vou ter que esperar, vai custar, vou ter que pagar”. Achei que teria que pagar antes, porque, no mesmo dia que ele me deu os exames que eu tinha que fazer, a mãe já saiu marcando. E o meu médico ligava, para ver se conseguia agendar mais rápido, explicando o caso. Ele foi muito interessado. Eu achei que ia demorar, que ia ser mal tratada, a gente ouve cada história... Agora mudei meu pensamento com relação ao SUS mas fui muito, muito bem tratada [...] (Fernanda).

É assim mesmo, a nossa saúde está em maus lençóis, mas eu queria me tratar e não podia pagar particular, então o negócio era enfrentar o SUS. E te digo que foi tranquilo mesmo, até me surpreendi (Silvana).

Com relação às dificuldades enfrentadas pela mulher, a maneira com que os trabalhadores do sistema de saúde atendem na marcação de exames, com desinteresse, má vontade e falta de paciência, contribui para uma avaliação negativa do SUS.

[...] *meu neto é que caminhou para marcar e me levava no dia. Caso contrário, ah!... não fazia mesmo, pois é muita burocracia, muito corre-corre... Depois, é tudo muito demorado, as pessoas não têm paciência e eu, que já estou velha, menos ainda, né? Eu acho que essa demora prejudica, porque, se eu fosse esperar os dois meses que ia levar para marcar para eles me atenderem, eu não ia chegar até lá, morria antes, com certeza [...]* (Nancy).

Eu sabia que não ia ser fácil, porque tu ouves as pessoas reclamarem da demora, da falta de informação, de paciência, dos erros médicos... é muita dificuldade (Silvana).

Essa postura dos trabalhadores compromete a integralidade, quando pensamos os diferentes saberes e práticas envolvidos na atenção à mulher nos diversos serviços por ela frequentados, na busca de cuidado. É preciso despertar no trabalhador e na mulher que a integralidade das ações se dá a partir da composição de vários saberes e nas diferentes práticas de produção de cuidado em saúde, realizadas para atender as necessidades de saúde dos usuários⁽¹⁰⁾.

Acredita-se que as práticas de saúde devem ser exercidas pelos trabalhadores de saúde por meio da utilização do conhecimento científico, mas não podem dispensar a atenção, o cuidado, a escuta e o acolhimento, que favorecem a formação do vínculo entre os trabalhadores e usuários. Ao se pensar o trabalho em saúde, aponta-se que as tecnologias leves são entendidas como aquelas que possibilitam a construção de vínculos no momento em que se dá a produção do cuidado e do acolhimento, constituídas pelas relações entre o trabalhador de saúde e o usuário⁽¹¹⁾.

Contudo, para Beatriz, o atendimento no SUS foi caracterizado pelo descaso e falta de atenção dos trabalhadores. Mas ela também referiu um atendimento qualificado, com o profissional preocupado em explicar o que estava fazendo. Sua fala demonstra a importância do trabalhador de saúde desenvolver uma interação marcada pelo diálogo com o cliente, pois, nesse dialogar, poderemos alcançar a tão almejada relação sujeito/sujeito.

Foi complicado, até a doutora me disse: "Como ninguém descobriu que tu tinhas essa doença, se tu sempre foste uma pessoa controlada?". Eu disse para ela: "Vou ser sincera, eu notava que não era bem atendida. Porque eles não me examinavam". Por exemplo, ela me colocava sentada na cadeira e me dizia: "Vou ter que te

colocar esse líquido, para ver se tem uma massa, aí a gente olha com microscópio". Explicava cada passo do que ia fazer. Já os outros não, era tudo no ligeirinho mesmo, às vezes mal davam bom-dia e, num piscar de olhos, tu já estavas fora do consultório. É um total descaso com a gente. Tem dias que, enquanto uma se vestia, a outra já estava tirando a roupa (Beatriz).

Frequentemente detectam-se reclamações quanto à insensibilidade e indiferença dos trabalhadores de saúde ao sofrimento humano e às extensas filas de espera nas UBSs e nos pronto atendimentos; as reclamações dos usuários quanto ao funcionamento do sistema de saúde e conflitos de insatisfação das equipes tornam evidente a necessidade de mudança no atual sistema⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A formação do vínculo com os trabalhadores de saúde possibilita agilizar outros atendimentos no sistema de saúde e reforça a integralidade, como princípio potencializador do cuidado. Elvira referiu que, três anos antes, não tinha essa facilidade, o que, de certa forma, levava a acreditar que houve avanço no atendimento do usuário.

É muito complicado o atendimento no posto. Em 2003, quando foi feito o diagnóstico de meu câncer, eu reclamava muito do atendimento. Era demorado, confuso, muito vai e vem, muitos exames, e principalmente muita ansiedade. Tu quer resolver o teu problema com urgência e nem sempre é possível. Hoje eu vejo que já melhorou um pouco, mas, naquele tempo, se fosse conversar contigo, com certeza ia reclamar muito. Até porque hoje eu faço revisão todo ano, religiosamente, e já tenho uma amizade com o pessoal do posto (Elvira).

O que me deixou tranquila foi o apoio que recebi da médica. Sabe aquela coisa assim como se fosse de minha família? Fui tão bem tratada, acolhida, mimada mesmo, ela se preocupou com minha doença, agilizou os exames e até hoje, passados todos estes anos, se preciso de alguma coisa, corro pra ela (Marcele).

O Ministério da Saúde preconiza que as diferentes práticas profissionais têm relação com as diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário. Nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que facilitam ou dificultam a interação, pois existem profissionais com maior ou menor facilidade para conversar, para se relacionarem com os usuários⁽¹⁵⁾.

No encontro de duas ou mais pessoas há uma interação comunicativa, não necessariamente ver-

bal, levando à formação do vínculo. Ele depende da qualidade da interação, da compreensão da fala, da disponibilidade para a escuta. Dessa maneira, a interação-vínculo será positiva, quando promover transformações criativas e inovadoras, para satisfação das necessidades⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

No processo de cuidar em saúde, entende-se que a formação de trabalhadores de saúde realmente comprometidos com os princípios do SUS permite a construção das relações entre os sujeitos, de forma a propiciar o envolvimento, a troca e o diálogo. Para prestar uma atenção cuidadosa ao usuário, é necessário desvelar seus sentimentos, conhecer as situações por ele vivenciadas, a fim de viabilizar formas concretas e efetivas de cuidar⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÕES

A importância de conhecer as práticas de atenção à saúde e a maneira como se efetivam, no cotidiano do trabalho, para a produção do cuidado, tanto para a área da gestão, quanto da organização dos serviços de saúde, são de relevância para a configuração da integralidade. Não somente como princípio do SUS, mas também como boas práticas de saúde, para a melhoria do cuidado à saúde dispensado aos usuários do SUS.

O acesso universal à atenção integral à saúde de qualidade, contudo, parece ainda não estar contemplado no cotidiano dos serviços de saúde, mesmo com todo o amparo jurídico-legal dos princípios e diretrizes do SUS. Há um distanciamento entre os trabalhadores de saúde e os usuários, entre as equipes e a comunidade, e entre os trabalhadores e seus meios de trabalho.

A integralidade, não apenas como princípio do SUS, mas, sobretudo, como exercício de boas práticas na atenção e cuidado à mulher, se expressa também na escuta, no vínculo, nas concepções que as mulheres, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema de saúde apresentam das formas de fazer saúde, e como atentam para a possibilidade de coparticipação no processo de construção de saúde para todos.

A efetividade das ações de saúde, em busca da integralidade da atenção, requer ousadia e a promoção do diálogo entre os atores sociais, como forma de construir uma consciência sanitária que permita o compromisso ético em direção às mudanças necessárias, para o alcance do SUS que merecemos.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2009.
- 2 World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Globocan [Internet]. Lyon; 2008 [cited 2009 Sept 10]. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
- 3 Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2006;6(1):75-84.
- 4 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(4):975-86.
- 5 Koerich MS, Backs DS, Marchiori MC, Erdmann AL. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):677-84.
- 6 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(5):2297-305.
- 7 Saúde MIBM. Interrogando a operação da rede de serviços de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
- 8 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 10 Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ. 2005;17:287-301.
- 11 Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(5):2345-54.
- 12 Grisotti M, Patrício ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(3):831-40.

- 13 Gastão WSC. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc Saúde Colet. 2007;12 (Supl):1865-74.
- 14 Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/ Minas Gerais. In: Anais da 10ª Conferência Nacional de Saúde On-Line; 1996 set 2-6; Brasília (DF), Brasil [Internet]. Brasília (DF); 1996 [citado 2007 jul 10]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/CNS_Art_Betim_agosto99.htm.
- 15 Franceschini TRC. Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- 16 Teixeira CAB, Silva RM, Rodrigues MSP, Linard AG, Diógenes MAR, Mendonça FAC. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. Rev APS. 2009;12(1):16-28.
- 17 Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS; 2006. p. 459-74.
- 18 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro; 2005.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Ana Cândida Lopes Corrêa
Rua Santa Cecília, 327, Santa Terezinha
96065-410, Pelotas, RS
E-mail: analopescorrea@hotmail.com

Recebido em: 05/12/2010
Aprovado em: 25/07/2011