

ESTRATÉGIAS DE MULHERES FRENTE À BAIXA RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

STRATEGIES OF WOMEN BEFORE THE LOW PROBLEM-SOLVING CAPACITY OF PRIMARY HEALTH CARE

ESTRATEGIAS DE MUJERES FRENTE A BAJA RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

Andiara Rodrigues Barros¹
Edméia de Almeida Cardoso Coelho²
Amanda Calila Cunha Barradas³
Rosália Teixeira Luz⁴
Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho⁵
Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral⁶

Como citar este artigo: Barros AR, Coelho EAC, Barradas ACC, Luz RT, Carvalho MFAA, Sobral PHAF. Estratégias de mulheres frente à baixa resolutividade na atenção básica à saúde. Rev baiana enferm. 2018;32:e18319.

Objetivo: analisar as estratégias adotadas por mulheres frente à baixa resolutividade em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, tendo a integralidade como categoria analítica. Foram entrevistadas doze mulheres em idade reprodutiva e cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família. O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** a busca por serviços de maior complexidade constitui a principal estratégia adotada por mulheres para atendimento de suas demandas na ausência de respostas da Atenção Básica. Incorporam essa rede como referência diante da falta de infraestrutura da rede básica para efetivar o seu papel e a Estratégia Saúde da Família passa a ser lugar de procura eventual. **Conclusões:** diante da inoperância da Estratégia Saúde da Família, a rede especializada passa a ser primeira escolha das mulheres, numa inversão de papéis, que fortalece o modelo médico assistencial curativo, contraria as diretrizes do Sistema Único de Saúde e nega a integralidade.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção primária à saúde. Saúde da mulher.

Objective: to analyze the strategies adopted by women before the low problem-solving capacity in their area of Family Health Strategy coverage. Method: this was a qualitative study that adopted comprehensiveness as its analytical category. Interviews were conducted with 12 women of reproductive age and who were registered in one of two Family Health Units. The empirical material was analyzed using technical discourse analysis. Results: the search for higher complexity services was the main strategy adopted by women to care for their demands in the absence of response from primary care. This network was adopted as their reference given the lack of primary network

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. andiarabarros@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

³ Enfermeira. Salvador, Bahia, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Mestre em Saúde Pública. Professora Assistente do Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco, Brasil.

⁶ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel. Cascavel, Paraná, Brasil.

infrastructure to effectively play its role and thus the Family Health Strategy program is only occasionally sought out. Conclusions: In light of the inefficiency of the Family Health Strategy, the specialized network is these women's first choice, inverting the roles of health services, which strengthens the curative care medical model, in opposition to the principles of the Unified Health System, and denies comprehensiveness of care.

Descriptors: Family Health Strategy. Primary health care. Women's health.

Objetivo: analizar estrategias adoptadas por mujeres frente a la baja resolución en área de cobertura de la Estrategia de Salud Familiar. Método: estudio cualitativo, teniendo la integralidad como categoría analítica. Se entrevistaron a doce mujeres en edad reproductiva y catastradas en dos Unidades de Salud Familiar. Material empírico analizado por la técnica de análisis de discurso. Resultados: la búsqueda de servicios de mayor complejidad constituye la principal estrategia adoptada por mujeres para atender sus demandas en la ausencia de respuestas de la Atención Básica. Incorporan esa red como referencia ante la falta de infraestructura de la red básica para ejercer su papel y la Estrategia de Salud Familiar se torna lugar de búsqueda eventual. Conclusiones: ante la inoperancia de la Estrategia de Salud Familiar, la red especializada constituye la primera elección de las mujeres, en una inversión de papeles, que fortalece el modelo médico asistencial curativo, contraria las directrices del Sistema Único de Salud y niega la integralidad.

Descriptores: Estrategia de Salud Familiar. Atención primaria de salud. Salud de la mujer.

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde é oferecida em três níveis de complexidade, formando uma pirâmide, com a atenção básica na base e as atenções secundária e terciária, níveis de maior complexidade, na parte intermediária e no topo, respectivamente. A atenção básica, porta de entrada do sistema, deve ser capaz de resolver 80% das demandas da população⁽¹⁾. Para as demandas de maior complexidade, o sistema deve garantir referência e contrarreferência aos serviços especializados ambulatorial e hospitalar⁽²⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) insere-se no sistema de saúde com o objetivo de reorganizar a atenção básica e dar respostas às demandas de usuários/as por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, referindo aos níveis de maior complexidade as situações que extrapolem o seu campo de ação e resolutividade.

Todavia, no âmbito da saúde das mulheres, a história da busca por cuidados expressa discriminação, frustrações e violações de direitos, constituindo fonte de tensão e mal-estar psicofísico. No Brasil, indicadores epidemiológicos relativos à saúde das mulheres evidenciam que, apesar da existência de políticas públicas e de

ações desenvolvidas, desigualdades regionais contribuem para aumentar a vulnerabilidade feminina⁽³⁾.

Na ESF, questões de ordem estrutural, relacionadas ao modo de organização dos serviços, permanecem nas práticas, fazendo com que as mulheres usuárias continuem enfrentando, cotidianamente, dificuldades para o atendimento de suas demandas, geradas em contextos de desigualdades sociais⁽⁴⁻⁵⁾.

Tal realidade evidencia a negação da integralidade, na medida em que essa requer acolhimento, escuta sensível, acesso e resolutividade. Nessa perspectiva, as experiências das mulheres devem ser contextualizadas, respeitando-se as singularidades. Contudo, tem-se observado que grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde encontra-se em condição de vulnerabilidade social e econômica. O fato de serem usuárias da ESF não tem garantido acesso e resolutividade, de modo que as mudanças requeridas ainda têm muitas limitações⁽⁶⁾.

Pesquisas, em que foram estudadas as experiências de mulheres na busca pelo cuidado em área de cobertura da ESF, constataram que há desequilíbrio entre as demandas por cuidado e as respostas que a ESF oferece. Baixa resolutividade, atribuída à descontinuidade das equipes,

alta rotatividade de profissionais, além de falta de infraestrutura e de acolhimento, têm acompanhado a experiência de usuárias, que se distanciam desse nível de atenção e buscam níveis de média e alta complexidade^(4,5).

Este artigo, que constitui recorte dos resultados da dissertação intitulada “Demandas de Saúde e a Experiência de Mulheres Cadastradas na Estratégia Saúde da Família na Busca pelo Cuidado”, tem como objetivo analisar as estratégias adotadas por mulheres frente à baixa resolução em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Método

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa desenvolvido em área circunscrita a duas Unidades de Saúde da Família (USF) em Distrito Sanitário da cidade de Salvador (BA). Teve como categoria analítica a integralidade, que consiste no direito das pessoas ao atendimento, de acordo com suas necessidades e com o dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender a essas necessidades de forma integral.

Participaram da pesquisa 12 mulheres em idade reprodutiva que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter entre 15 e 49 anos; ser cadastrada nas USF selecionadas para o estudo e não as utilizar regularmente para o cuidado à saúde. Não houve critério de exclusão.

As participantes encontravam-se na faixa etária de 27 a 49 anos, predominando a idade entre 30 e 40 anos. A maior parte delas declarou-se negra e uma tinha cor amarela. Cinco mulheres eram casadas; quatro, solteiras; e três, em união consensual. Quanto à escolaridade, cinco tinham o ensino médio completo; quatro, o ensino médio incompleto; e três, o ensino fundamental incompleto. Sete mulheres exerciam atividades remuneradas, das quais seis tinham renda individual mensal inferior a um salário mínimo. O companheiro foi referido como principal responsável pelo sustento da família. As demais eram donas de casa.

Para a realização da pesquisa, houve contatos prévios com as gerências das USF, solicitando-se autorização e colaboração de Agentes Comunitário(a)s de Saúde, para facilitar o acesso às mulheres e o agendamento das entrevistas. Foi utilizada a entrevista semiestruturada como técnica de produção do material empírico, conduzida por questões norteadoras. Foi realizado um teste piloto com quatro mulheres, de modo a avaliar e fazer ajustes no instrumento. O número de participantes foi definido no decorrer do estudo, na medida em que as recorrências, redundâncias, repetições apresentaram-se frequentes, dando a certeza de que o material empírico coletado permitiria atingir os objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada de setembro a novembro de 2012. Os resultados foram apresentados por meio de recortes de discursos das entrevistadas.

O material empírico foi analisado utilizando-se a técnica de análise de discurso segundo Fiorin⁽⁷⁾, cumprindo-se os seguintes passos:

- 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 levem à construção de uma ou mais categorias empíricas centrais;
- 4) análise e discussão da(s) categoria(s) empírica(s) orientadas pelo eixo teórico, em articulação com a literatura pertinente.

A categoria empírica central deu origem ao título deste artigo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, com Parecer n. 92.069. Em todas as suas etapas, a pesquisa atendeu aos princípios bioéticos contidos na Resolução n. 466/12 de autonomia, não maledicência, justiça, veracidade e fidelidade. As entrevistas iniciaram-se após o consentimento das participantes, mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e posterior assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistadas receberam, na pesquisa, nomes fictícios.

Resultados

As demandas relativas à atenção básica que não têm as respostas esperadas da ESF, na realidade em que foi desenvolvido o estudo, levam as mulheres a adotar a rede especializada como estratégia para a busca de acesso e resolutividade, o que é expresso pelas participantes nos seguintes depoimentos:

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 disso 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).

Nos lugares que a gente vai, sempre atende a gente mais ligeiro, marca as consultas mais próximas para o que a gente quer. (Marina).

As entrevistadas destacaram instituições hospitalares como locais de maior resolutividade. Mantiveram o relato de difícil acesso, que as fazia enfrentar madrugadas para conseguir agendamento:

Eu saio cedo e sair aqui do bairro não é perto, tem que pegar o ônibus pro hospital [...] A gente arrisca até mesmo a vida, né? A gente chega em um ponto, ainda meio escuro, consegue chegar às vezes seis horas, já pega uma fila grande e, muitas vezes [...] nem consegue mais vagas. Eu corro atrás, 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, o hospital [...] 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).

As mulheres, sem o devido conhecimento da proposta da ESF, nutriam a expectativa de que ampliasse seu alcance e oferecesse tecnologia para o rastreamento de patologias, conforme se lê, a seguir, em depoimento que representa os demais:

Para fazer exames de rotina, preventivo a gente não pode contar [...] eu vou pro [hospital] [...] eu preciso fazer a mamografia, pra depois eu fazer a ultrassom mamária, aí nunca teve. O preventivo que já teve, mas a transvaginal você não tem aí [...] Eu pego minha requisição e vou fazer no [hospital 1], ou vou fazer no [hospital 2]. [...] eu tenho o problema de colesterol alto, então eu acho necessário eu sempre procurar um especialista pra cuidar dessa doença [...] agora mesmo eu fiz meus exames, deu triglicérides altíssimo. Não tem médico aí em cima [...] E eu também prefiro levar pra os médicos fora, porque aí eu não sei. (Carla).

Retornos sucessivos à rede pública sem conseguir acesso constituiu uma das razões alegadas pelas mulheres, para que os serviços privados se tornassem referência:

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 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 cardiológico 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).

Discussão

Os depoimentos em análise mostram que, na realidade estudada, a baixa resolutividade colabora para que a ESF deixe de ser referência para a atenção básica. Uma vez sem acolhimento de

suas demandas, as mulheres cadastradas procuram serviços de alta complexidade sob a referência do modelo médico centrado e a ESF, sem infraestrutura para concretizar sua proposta, passa a ser lugar de busca eventual. Em decorrência da baixa resolatividade da ESF, na área em que foi realizada a pesquisa, a rede especializada se fortalece e aumenta o descrédito na rede básica⁽⁷⁾.

Pesquisas vêm revelando que a procura de usuárias da ESF por outros locais de atendimento está associada, sobretudo, às dificuldades geográficas quanto à localização da unidade; à dificuldade de acesso ao atendimento médico; ao déficit de profissionais em relação à demanda; e ao modo de organização dos serviços⁽⁸⁻⁹⁾.

Resultados de pesquisa, na realidade estudada, revelaram que as mulheres usuárias constroem com a ESF uma história de frustrações. Tal afirmação fundamenta-se na baixa resolatividade, fortemente marcada pela ausência de médico/a, e rotatividade de enfermeiras e dentistas. Somam-se a esse aspecto infraestrutura material precária e déficit na oferta de insumos, como medicamentos, material odontológico e exames de rotina⁽⁵⁾.

Neste estudo, em contexto de incertezas e riscos, as mulheres enfrentam madrugadas e tentam atendimento em serviços de alta complexidade. Ao conseguir respostas às suas queixas de ordem clínica a satisfação é possível e, nesse processo, criam sua própria rede de referência, elegendo serviços aos quais consideram poder confiar suas demandas. Assim, serviços que constituiriam rede de referência têm alteração de papéis, materializando-se uma inversão da pirâmide proposta pelo SUS, em que a atenção básica estaria na base e os níveis de média e alta complexidade tecnológica na parte intermediária e no topo, organizando o fluxo de usuárias/os por um sistema de referência e contrarreferência.

Mecanismos de interação e integração entre os níveis de complexidade da atenção à saúde implicam em adequado fluxo de usuárias/os, garantia do direito de acesso, intervenção imediata, continuidade do tratamento e prevenção no tempo correto, utilizando-se, para tal, a rede

de referência e a de suporte na atenção básica⁽¹⁰⁾. A pessoa referenciada para a rede de maior complexidade deve ser “contrarreferenciada”, isto é, encaminhada para a unidade de origem, para que haja continuidade do atendimento⁽¹¹⁾.

Neste estudo, esse processo inexistente são descharacterizados SUS e ESF, enquanto as mulheres vivenciam desrespeitos e humilhações. Sob suas responsabilidades individuais e destituídas de liberdade e de poder de decisão, tentam o acesso a uma estrutura complexa, à qual não compete a maioria das demandas expressas em seus relatos.

O tempo de espera por consultas na média complexidade também se apresenta como dificultador do acesso. Estudo em que foram investigados papéis da atenção básica à saúde, o acesso à média e à alta complexidade destacou-se como grande dificuldade, ao tempo em que se constituía objeto de desejo. Concorreram para isso, entre outros fatores, o elevado tempo de espera e o desconhecimento do rumo das ações⁽¹²⁾.

Essa realidade deixa evidente que o processo de implantação da ESF e o modelo de territorialização adotados não atendem aos princípios que devem nortear a organização da atenção primária à saúde. Também vem constituindo problema 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 dificuldades de acessibilidade geográfica⁽⁹⁾.

Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a ESF traz, no centro de sua proposta, a expectativa de reorientar o modelo assistencial mediante a atenção básica. Dentre os princípios e as diretrizes do SUS, admite-se ser, o da integralidade, aquele que, para ser alcançado no cotidiano dos serviços de saúde, os demais princípios deverão ser consecutivamente contemplados. Desse modo, para que a integralidade se efetive, é preciso fazê-la acontecer nos atos e nas atitudes de cada um/a que está inserido/a no processo⁽¹³⁾.

A demora no atendimento contribui para a descrença na ESF e dificulta o acesso aos serviços. Além disso, esse acesso também é dificultado por problemas de organização, falta de recursos humanos e dificuldades na continuidade

de tratamentos. A prevalência do modelo biomédico e a falta de análise crítica aparecem como fator limitante, para que usuários/as reconheçam e incorporem a saúde como direito, o que reduz suas expectativas quanto aos resultados da atenção primária⁽⁸⁾.

Neste estudo, retornos sucessivos sem atendimento na rede pública, em nível primário ou de maior complexidade, impõem às mulheres o desafio de comprometer recursos da provisão familiar e utilizar a rede privada. Embora inseridas, em sua maioria, em população de baixa renda, nessas circunstâncias, quase sempre já não buscam a USF. Seus discursos revelam que, na ausência de ações efetivas pelo SUS, se submetem à rede que mercantiliza a saúde.

A assistência individual e curativista assumiu o papel de protagonista da produção dos serviços de saúde. 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 e impossibilitando 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 pouco contribui para a superação do modelo de atenção hegemônico⁽¹⁴⁾.

Em um sistema de saúde fortemente orientado pelos interesses de mercado, a integralidade, apesar de ser um dos princípios do SUS com grande potencial para melhoria da qualidade da atenção, tem 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 biomédico, com fragmentação de pessoas e do sistema que ordena fluxos e soluções⁽¹⁵⁾.

No entanto, a consolidação de um cuidado integral é complexa e influenciada pela prática profissional e pela dimensão organizacional dos serviços. Essas dificuldades referem-se à falta de tempo da equipe para planejamento de atividades, limitações profissionais para realizar procedimentos e inexistência de uma estrutura adequada às demandas exigidas no serviço⁽¹⁶⁾.

Ao longo da história, diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde foram utilizados na rede de saúde pública e privada. 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. A dependência do sistema ao serviço privado e as dificuldades de acesso em toda a rede amplia as iniquidades na saúde e priva a população da integralidade do cuidado⁽¹⁷⁾.

Na realidade em que se deu este estudo, o poder público retira da atenção básica sua capacidade resolutiva. A ESF, ao não conquistar o espaço a que se propôs no sistema de saúde, afasta a possibilidade de reconstruir a atenção básica e sua valorização, o que desestabiliza os pilares que sustentam as especialidades médicas e a tecnologia que a movem.

Enquanto o modelo médico assistencial curativo se fortalece, a ESF perde seu lugar de responder pela promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado de baixa complexidade e de estar próxima da população e de suas demandas, com relações entre profissionais e usuárias estabelecidas sob suas diretrizes. Teria, portanto, a condição de ser resolutiva e de melhorar a qualidade de vida da população de cada área, com garantia de acolhimento, acesso e resolutividade, para concretizar-se em uma rede de referência e contrarreferência, com o consequente vínculo entre usuárias/os, equipes e serviço, o que se traduziria em integralidade.

Conclusão

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 sua razão de existir na prevenção de agravos e promoção da

saúde, 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 às 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 sucessivos retornos sem atendimento na rede pública especializada. Nesse contexto, a mercantilização da saúde é fomentada e sua manutenção é legitimada socialmente.

As situações relatadas pelas participantes deste estudo revelaram barreiras de difícil superação nas condições em que os serviços se apresentam, de modo que a integralidade inexistente nos serviços referidos pelas mulheres. Distanciada da sua função principal, a ESF não consegue manter a atenção necessária às mulheres, bem como valorizar e ser valorizada em sua razão de existência no SUS.

Urge a reorganização da atenção na ESF com o 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 a resolutividade das ações, o que favorece o vínculo das mulheres, vislumbrando-se a integralidade do cuidado, o que hoje lhes é negado.

Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Andiara Rodrigues Barros, Edméia de Almeida Cardoso Coelho e Amanda Calila Cunha Barradas;

2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Andiara Rodrigues Barros, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Amanda Calila Cunha Barradas, Rosália Teixeira Luz, Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho e Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Andiara Rodrigues Barros e Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª. ed., 2ª. reimpr. Brasília; 2009. [cited 2016 Jan 13]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 2ª reimpr. Brasília; 2011. [cited 2015 Dez 1]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS: coleção para entender a gestão do SUS. Brasília; 2011. [cited 2015 Dez 12]. Available from: http://www.conass.org.br/biblioteca3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf
4. Sousa JJ. Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem; 2011.
5. Barros AR. Demandas de saúde e a experiência de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família na busca pelo cuidado [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem; 2013.
6. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Association between

- unplanned pregnancy and the socioeconomic context of women in the area of family health. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 15];25(3):415-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300015>
7. Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Ática; 2011.
 8. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAPD, Campos GWDS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 Jan 23];38(esp):252-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>
 9. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2016 Feb 11];17(11):3047-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>
 10. Fukuya N, Silva AEBC. Análise do sistema de regulação do município de Hidrolândia/GO. In: 63ª Reunião Anual da SBPC; 2011; Goiânia, Goiás. *Anais... Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2011. p 1-4.*
 11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde: coleção para entender a gestão do SUS*. Brasília; 2011. [cited 2016 Mar 3]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-e-promocao-da-saude/>
 12. Cecilio LCO, Andreaza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2016 Feb 15];17(11):2893-902. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>
 13. Viegas SMF, Penna, CMM. Integrality: life principle and right to health. *Invest educ enferm* [Internet]. 2015 May/Aug [cited 2015 Nov 15];33(2):237-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a06>
 14. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 Fev [cited 2015 Oct 23];17(2):555-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200028>
 15. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Feb 20];16(40):249-60. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=pt
 16. Silva MM, Budó MDLD, Resta DG, Oliveira SS, Ebling SBD, Carvalho SORM. The entire family health: limits and possibilities in view of the team. *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2016 Feb 5];12(1):155-63. Available from: http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21736/pdf_1
 17. Ranji U, Kurani N, Salganicoff A, Jankiewicz A, Rousseau D. Preventive services for women and the affordable care act. *JAMA* [Internet]. 2014 May [cited 2016 Apr 3];311(18):1846. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1869217>

Recebido: 24 de outubro de 2016

Aprovado: 24 de outubro de 2017

Publicado: 27 de fevereiro de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.