



UM ESTUDO SOBRE A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA A PARTIR DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO À MULHER

A STUDY ABOUT THE COMPLETENESS OF ASSISTANCE FROM PROFESSIONAL PRACTICES AT ATTENTION TO WOMAN

UN ESTUDIO ACERCA DE LA INTEGRALIDAD DE LA ASISTENCIA DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN A LA MUJER

Alana Gonçalves Xavier¹, Sheila Milena Pessoa dos Santos², Francicleide Luciano da Silva³, Fernanda Laisy Pereira de Sousa⁴, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer as práticas dos profissionais de enfermagem e medicina com foco na integralidade da assistência à saúde da mulher. **Método:** estudo de campo de natureza qualitativa desenvolvido entre outubro de 2013 a fevereiro de 2014. A amostra foi composta por profissionais, atendimentos e prontuários. Para a triangulação dos dados utilizou-se as técnicas de observação participante, análise documental e entrevista semiestruturada. O material foi submetido à análise de conteúdo temática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 17402513.3.0000.5182. **Resultados:** a organização do serviço não contempla a transversalidade e intersectorialidade das ações. O foco da atenção é centrado nas queixas das usuárias, em detrimento dos aspectos determinantes no processo saúde/doença/cuidado. **Conclusão:** indica-se a necessidade de mudanças das práticas assistenciais. Espera-se que o estudo possa nortear ações e contribuir como elemento transformador para assistência à saúde das mulheres de modo integral.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Prática Profissional; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: recognizing the practices of professionals of nursing and medicine focusing on comprehensive care to women's health. **Method:** a field study of qualitative nature carried out between October 2013 and February 2014. The sample consisted of professionals, care and medical records. For the triangulation of data there were used the participant observation techniques, document analysis and semi-structured interview. The material was submitted to thematic content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee, CAAE nº 17402513.3.0000.5182. **Results:** the organization of the service does not include the cross-cutting and intersectoral approach of actions. The focus of attention is centered on complaints of users to the detriment of the determining factors in health/disease/care process. **Conclusion:** indicates the need to change care practices. It is expected that the study will guide actions and contribute to transforming element for health care of women of full mode. **Descriptors:** Comprehensive Health Care; Professional Practice; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: conocer las prácticas de los profesionales de enfermería y de la medicina que se centran en la atención integral a la salud de las mujeres. **Método:** estudio de campo de naturaleza cualitativa llevado a cabo entre octubre de 2013 y febrero de 2014. La muestra estuvo conformada por profesionales, el cuidado y los registros médicos. Para la triangulación de los datos se utilizaron las técnicas de observación participante, análisis de documentos y entrevistas semi-estructuradas. El material fue sometido al análisis de contenido temático. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE nº 17402513.3.0000.5182. **Resultados:** la organización del servicio no incluye el enfoque transversal e intersectorial. El foco de atención se centra en las quejas de las usuarias, en detrimento de los factores determinantes en el proceso salud/enfermedad/atención. **Conclusión:** indica la necesidad de cambios en las prácticas de cuidado. Se espera que el estudio guíe las acciones y contribuya a la transformación de elementos para el cuidado de la salud de las mujeres de modo completo. **Descritores:** Atención Integral de Salud; Práctica Profesional; La Salud de la Mujer.

¹Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: alanaxavierr@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre em Educação, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: sheila.milena@gmail.com; ³Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: francicleide.luciano6@gmail.com; ⁴Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: nandalaisy@gmail.com; ⁵Enfermeira, Docente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Bahia. Doutoranda em Enfermagem/UFBA. Juazeiro (BA), Brasil. E-mail: gilvania.paixao@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, a integralidade foi inserida inicialmente enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo compreendida como um conjunto de noções relacionadas à assistência ampliada, com articulação das atuações dos profissionais, em uma concepção abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades.¹

Atenção integral vai além de garantir acesso a todos os níveis de assistência dos serviços de saúde, mas que estes serviços possam estar articulados, de modo a fornecer desde atividades preventivas à curativas, não somente com foco biológico, contemplando também as dimensões psicológica, social, espiritual e cultural.²

Neste sentido, no âmbito da atenção à mulher deve refletir o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos e reduzam a morbidade e mortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis. Entre os eixos prioritários da atenção destacam-se aqueles relativos à saúde sexual e reprodutiva, os quais objetivam a integralidade da assistência sob o enfoque de gênero: humanização do atendimento; atenção em planejamento reprodutivo; combate à violência doméstica e sexual; prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo e mama.³

Destarte, a atenção à mulher na perspectiva da integralidade ancora-se em três aspectos: políticas públicas que atendam às demandas da população feminina; organização do serviço e práticas dos profissionais de saúde.⁴

As políticas públicas voltadas às mulheres sofreram intensas transformações a partir dos anos 80, deslocando-se do enfoque biologicista e reducionista da atenção, passando a contemplar a saúde sexual e reprodutiva, com foco no contexto cultural e nas necessidades individuais.³

Quanto à organização do serviço, compreende-se que os serviços de saúde devem ser articulados, de modo a garantir assistência ampliada, elevando as possibilidades de efetivamente atender às necessidades, pois a mulher não deve ser vista de forma fragmentada.² Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), devido ao seu modelo de organização de serviço, constitui-se como o cenário que favorece a implementação dessa lógica de trabalho, pois

possui as tecnologias de cuidado, humanas e materiais, necessárias a atenção integral em saúde.

Para o alcance dos objetivos da atenção, as práticas profissionais devem ser desenvolvidas em três dimensões: aconselhamento; atividades educativas e atividades clínicas. Essas atividades devem ser implementadas de forma integrada, tendo-se sempre a compreensão que toda visita ao serviço de saúde constitui-se em uma oportunidade para a intervenção profissional quanto aos problemas de saúde que nem sempre são manifestados na queixa da usuária.⁵

Desse modo, o aconselhamento consiste em um processo de escuta ativa, individualizada e centrada no usuário. Implica na capacidade de estabelecer uma relação de confiança profissional-usuária/o, tendo em vista o resgate dos recursos internos da pessoa para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.⁶

As atividades educativas, por sua vez, têm como objetivo oferecer os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada, sendo fundamentais para a qualidade da atenção prestada. É o momento da atenção à saúde que propicia a reflexão sobre os temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva com foco nas ações de promoção da saúde, como hábitos de vida saudável, cidadania e direitos humanos.⁵

As atividades clínicas devem considerar as condutas para promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sob uma abordagem transdisciplinar. Por meio de tecnologias do cuidado, complexas e diversas, devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde relevantes na sua área de abrangência, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e a ética, considerando que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento precisa ser acolhido.⁷

A partir da compreensão do papel da/do profissional de saúde no cuidado integral à mulher, questionou-se: Quais as práticas assistenciais implementadas na ESF com foco na atenção à mulher? Desta forma, o objetivo desse estudo é:

- Conhecer as práticas dos profissionais de enfermagem e medicina com foco na integralidade da assistência à saúde da mulher.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir do projeto << *Saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre a integralidade da assistência a*

partir das práticas profissionais na atenção à mulher >>, vinculado ao Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), vigência 2013-2014.

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. A pesquisa realizou-se em três Unidades de Saúde da Família do município de Lagoa Seca-PB, entre outubro de 2013 a fevereiro de 2014. Para a produção dos dados foram utilizadas as seguintes técnicas: observação participante, análise documental e entrevista semiestruturada.

A observação participante consiste no contato direto da/o pesquisadora/o com o objeto de investigação para obter informações sobre a realidade em seu próprio contexto. Permite captar diferentes situações e problemas que não são obtidos por meio de perguntas. Por sua vez, a análise documental consiste no exame dados estáveis que não receberam tratamento analítico. A entrevista semiestruturada de caráter individual, caracteriza-se pela apreensão dos valores, atitudes e opiniões dos entrevistados sobre determinadas questões que envolvem o problema analisado.⁸ Justifica-se a triangulação dos dados, pois essa estratégia permite a ampliação do escopo de análise integrando diferentes perspectivas para compreensão do fenômeno examinado.⁹

Os sujeitos do processo de investigação foram profissionais de Enfermagem (3) e Medicina da ESF (3), responsáveis pela atenção à saúde da mulher. Foram avaliadas as práticas profissionais, por meio da observação em sala de espera e atendimentos clínicos durante 15 turnos e, conseqüente, análise de prontuários. Dessa amostra, foi possível analisar 53 atendimentos à mulher e 96 prontuários, dentre os quais se destacaram as consultas de pré-natal e as ginecológicas, uma vez que os demais atendimentos são focados no controle/tratamento de doenças, distanciando-se da atenção à mulher. As entrevistas com os profissionais foram gravadas com o auxílio de gravador portátil, a fim de permitir a transcrição literal e maximizar a fidedignidade na exposição das falas. A duração das entrevistas variou de 10'' a 17''. Durante a tabulação dos dados e exposição das entrevistas, foram utilizados nomes fictícios, para os profissionais e as USF, preservando o sigilo e anonimato.

Foram excluídos da amostra consultas e prontuários de menores de 18 anos, bem como os atendimentos oferecidos pelos profissionais acompanhados de discentes de graduação. Da mesma forma, foram excluídos aqueles

documentos preenchidos por acadêmicos e/ou docentes, como também os registros efetuados pelos demais profissionais (odontólogas/os, técnicas/os de Enfermagem, entre outros) e profissionais que não atuaram na USF durante o período de realização da pesquisa.

Para exame dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo temática.¹⁰ Sendo assim, foi realizada a leitura minuciosa dos dados coletados por meio da observação participante, dos documentos (prontuários) e entrevistas com profissionais; os dados foram organizados e categorizados com foco na questão norteadora do estudo; as categorias foram analisadas e interpretadas de acordo com o referencial teórico pertinente.

A pesquisa respeitou os princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 196/96, vigente à época, do Conselho Nacional de Saúde que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, sob CAAE nº 17402513.3.0000.5182 e protocolo nº 393.956.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

◆ Caracterização dos sujeitos do estudo:

No cenário investigado, as equipes de trabalho correspondem às equipes ampliadas, uma vez que as mesmas são compostas por um enfermeiro, um médico, uma técnica de enfermagem, em média 4 a 8 ACS, um cirurgião dentista e um auxiliar em saúde bucal.

Quanto ao regime de trabalho, a equipe da ESF deve cumprir uma carga horária semanal de 40 horas,^{5,7} contudo, os horários dos profissionais das equipes não atingem essa meta, existe uma folga semanal, além dos mesmos fazerem um horário compreendido entre 8:00h às 12:00h e das 13:00h às 15:00h.

Cabe ressaltar que todos os profissionais são efetivos/os. Esse vínculo profissional está relacionado com menor estresse ocupacional, uma vez que profissionais com contratos de trabalho instáveis revelaram problemas relacionados com o excesso de trabalho e envolvimento profissional, com a instabilidade profissional e na carreira, e com a remuneração recebida e status socioprofissional.¹¹

Na situação analisada, a maioria dos profissionais era do sexo feminino (4), com faixa etária entre 33 a 63 anos, o tempo de formação foi de 4 a 36 anos, concluiu a graduação em instituição pública (4), o tempo de atuação da ESF variou de 3 a 18 anos,

possui especialização (3) e mestrado em andamento (1).

Incumbi-nos esclarecer que na Enfermagem a predominância de profissionais do gênero feminino está associada, sobretudo, a valores socioculturais que revelam a responsabilização do cuidado à mulher,¹² contudo, na Medicina essa feminização ocorreu apenas em 2009. Assim, profissionais que concluíram a graduação anteriormente a esse período são predominantemente masculinos.¹³

A faixa etária e tempo de formação dos participantes favorece a assistência, pois profissionais mais jovens e com pouca experiência profissional são mais sensíveis ao estresse profissional¹⁴, além de estarem mais propensos aos acidentes de trabalho.¹⁵

Sobre as atualizações/cursos relevantes que os sujeitos da pesquisa realizaram, os mais prevalentes foram: Introdutório em saúde da família (5); Violência contra a mulher (5); Câncer de colo do útero (5); Planejamento reprodutivo (4); Manejo das IST/Aids (2); Vigilância epidemiológica (4); Pré-natal (1). A educação em serviço tem grande relevância para os profissionais da saúde, uma vez que promove a renovação dos conhecimentos e simultaneamente traz benefícios ao serviço de saúde.^{7,15}

As características profissionais evidenciadas favorecem uma assistência pautada na integralidade, uma vez que esses profissionais possuem experiência e conhecimento técnico-científico que contribuem para uma concepção abrangente de ser humano.

◆ Um olhar sobre a organização do serviço na perspectiva da integralidade da assistência

No cenário pesquisado, a gestão municipal não utiliza para o planejamento e tomada de decisão a análise e o acompanhamento de indicadores e dos sistemas de informação em saúde, bem como instrumentos para mensurar a satisfação dos usuários.

Duas das USF dispunham de parte dos medicamentos básicos para atenção à mulher disponíveis no próprio serviço. No tocante aos imunobiológicos, as USF dispõem de todos pertencentes ao calendário básico de vacinação, mesmo que em descontinuidade em uma das unidades. Destaca-se que quando esses insumos estão em falta, assim como na USF 3, que não possui farmácia básica e sala de vacinas, as usuárias são referenciadas para o Centro Municipal de Saúde. A indisponibilidade ou a disponibilidade dos insumos em outros serviços pode representar uma barreira ao acesso. Uma vez que, a falta de condições mínimas de trabalho, tais como

a quantidade de material suficiente ou estrutura física adequada, dificulta o desenvolvimento do cuidado integral.¹⁶

Observou-se que a programação das atividades da atenção à saúde não ocorre em consonância com o perfil e necessidades da população, pois não é considerada a demanda por serviços em termos de frequência, risco e vulnerabilidade. Como exemplo, destaca-se que as agendas de trabalho são praticamente idênticas nas equipes analisadas, fato não justificado, pois todas possuem perfil populacional distinto. Ademais, salienta-se que a USF 1 possui baixos indicadores sociais e econômicos, a USF 2 abrange a zona rural e a USF 3 possui melhores condições sociais e econômicas, quando comparadas às duas primeiras. O distinto perfil da população deveria compor o planejamento e implementação das ações da ESF.

Sobre esse aspecto, destaca-se a importância do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que propõe a organização de intervenções e a produção de resultados sobre uma determinada realidade. Ademais, o PES envolve a participação da comunidade, requer a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, prevê o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, tendo como intuito a resolutividade dos serviços.¹⁷

A agenda de serviço, denominada pela equipe como cronograma, está organizada prioritariamente para a atenção ao pré-natal, planejamento familiar, puericultura, Hiperdia, coleta de material para citologia oncológica, reunião de equipe e visita domiciliar. A esse respeito observa-se o descompasso com o proposto pela política de saúde vigente, pois a divisão da agenda de acordo com problemas de saúde (Hiperdia), ciclo de vida e sexo (criança e mulher em idade fértil), dificulta o acesso do usuário ao serviço de saúde, como exemplo, os sujeitos do sexo masculino e feminino nas suas diferentes formas de ser homem e ser mulher.⁷

Tal prática pode estar relacionada a diversos fatores que conduzem a/o profissional a ter como prioridade o cumprimento de programas de saúde específicos, como: a cobrança pelo cumprimento de metas, a falta de apoio da gestão e o desconhecimento profissional acerca do cuidado.¹⁸

Como resultado da forma de organização da agenda de serviço, observou-se que o tempo médio de espera para o atendimento à mulher chega a ultrapassar duas horas, sendo o tempo mínimo de espera 13'' e o tempo

máximo 2' e 50''. Como agravante, não se observou a realização de qualquer atividade de sala de espera, como educação em saúde coletiva. Exceção feita àquelas executadas pelos grupos Pró/PET-Saúde, todavia, sem participação de qualquer membro da equipe, quer seja ACS ou outra/o profissional do serviço. Assim como para outras linhas de atenção, o atendimento individualizado em consultas é a principal estratégia de cuidado desempenhada pelos profissionais de saúde na ESF.¹⁸

Identificou-se que as usuárias atendidas não enfrentam o problema da demora entre o tempo de agendamento e a concretização do atendimento. Tal aspecto pode ser considerado como positivo, pois o menor tempo para o agendamento é favorável à integralidade da atenção, uma vez que a demora no atendimento é um fator que fragiliza o acesso do usuário ao serviço de saúde.¹⁹

Como lacunas da assistência integral identificadas na elaboração da agenda de serviço, sobressai a ausência de ações em outros locais que comportam a ação planejada no território de ação da ESF, como escolas, creches, centros comunitários, além de outros equipamentos sociais. Um serviço organizado pressupõe a elaboração de informações consolidadas sobre o acesso a todos os serviços governamentais/não governamentais existentes e equipamentos sociais, como estratégia para facilitar a comunicação entre as equipes e ampliar a integralidade e intersetorialidade das ações, bem como para orientar a população na busca pelos serviços.²⁰ O desempenho de ações intersetoriais, prerrogativa da ESF, é um dos eixos fundamentais e irrevogáveis para o desenvolvimento de uma atenção integral.²¹

Ressalta-se que a organização dos serviços no cenário analisado contempla pontos imprescindíveis para uma assistência integral, contudo esses pontos não funcionam de forma articulada e não estão pautados em sua totalidade nas prerrogativas da Política Nacional de Atenção Básica.

◆ As práticas em aconselhamento e educação em saúde: uma lacuna na atenção à mulher

Na análise da dimensão aconselhamento, verificou-se que tal ação não está contemplada nas práticas profissionais. Sendo evidenciado em um único atendimento executado pela/o enfermeiro da USF 3, relacionado aos fatores de risco para o câncer de colo de útero.

O aconselhamento não é entendido pelos profissionais como um diálogo com a usuária objetivando a percepção das vulnerabilidades. Em contraposição, o aconselhamento é compreendido como a investigação de hábitos pessoais, centrado na queixa.

A primeira coisa que eu faço é indagar dela, porque muitas vezes a mulher vem sem nenhuma queixa, escondidas, muitas vezes ela não quer, acha que tá se expondo [...]. Eu sempre perguntei tudo, todo tipo de relacionamento que tinha, aconselho, faço aconselhamento de algumas coisas, por exemplo, infecções urinárias por E. coli (P2)

Infere-se que os profissionais da ESF desenvolvem apenas a escuta clínica, com foco nas queixas. Todavia, a escuta ampliada pode identificar necessidades que vão além dos serviços de saúde, contribui na percepção de outros fatores que não os estritamente biológicos, permitindo identificar elementos que contribuem para agravar determinado problema ou que dificultam sua adesão às propostas terapêuticas.²²

A partir da compreensão que possuem sobre aconselhamento, verificou-se que os profissionais remetem a noção de aconselhamento às IST.

Na consulta do citológico, está voltado as prevenções das IST, [...] a questão do autoexame das mamas, a importância do citológico, de manter em dia, de apresentar algum sintoma que fuja do que é normal. [...]. A gente trata como um todo (P1).

Destaca-se que apesar de mencionarem nas entrevistas a realização do aconselhamento, tal prática não foi observada durante as consultas ou mesmo registrada nos prontuários avaliados.

Algumas/ns profissionais mantem uma visão distorcida sobre a integralidade, restringindo-se à prestação de uma assistência com enfoque puramente biológico e fragmentado, desconsiderando os aspectos individuais que afetam a mulher.²³ Como exemplo, a condição socioeconômica, etnia, escolaridade, orientação sexual e necessidades especiais.

A construção da integralidade do cuidado à saúde da mulher sugere a superação do paradigma de formação profissional embasado ainda na atenção curativa, reforçando o atendimento aos sintomas biológicos. Assim, é imprescindível que a construção da formação universitária dos profissionais precisa contemplar um perfil mais humanista, crítico e reflexivo, sensibilizado, considerando as concepções culturais e éticas e promovendo cidadania.²²

Ao desconsiderar as vulnerabilidades da usuária, dificulta-se a identificação de

problemas de saúde. Entretanto, o aconselhamento é imprescindível para uma atenção integral, sua realização deve ocorrer em todos os atendimentos à mulher, pois se trata de um instrumento essencial a fim de minimizar as angústias causadas pelas dúvidas e pela falta de informação.²⁴

Assim como o aconselhamento, as atividades educativas estão comprometidas enquanto estratégia para a integralidade da assistência à mulher, sendo contemplada nas três unidades, em caráter individual, sob a forma de orientações, também centradas na queixa, alegando que não realizam a educação em saúde coletiva por falta de tempo.

Geralmente [a educação em saúde] é em cima dos sintomas mesmo (P3).

Na verdade é mais se eu notar que ela tem alguma dificuldade de entender tratamento, da própria doença, do próprio sintoma que ela tá referindo (P6).

Os profissionais transmitem apenas as informações que consideram necessárias e não buscam conhecer quais as barreiras que dificultam o exercício da autonomia na vivência dos direitos sexuais e reprodutivos, por cada uma das mulheres.²⁵

Verificou-se que a questão da violência, recorrente no serviço investigado, é silenciada em termos de educação em saúde, conforme relato:

Violência contra mulher é uma coisa que a gente vai ter que trabalhar mais, porque a gente já escuta muito na questão do consultório (P1).

De fato, apesar de considerar um problema relevante, ações que envolvam a temática da violência contra a mulher não compõem de forma efetiva as intervenções profissionais. A educação em saúde, por exemplo, constitui-se em uma das principais ferramentas de trabalho da ESF. Todavia, o desempenho de práticas verticais e patologizantes, que não contemplam a prática educativa e a proposta da promoção da saúde, predominam.²⁶

Ressalta-se que as ações de aconselhamento e educação em saúde são prerrogativas da ESF. Sendo competência dos demais profissionais da equipe, a exemplo as/os ACS, técnica/o/auxiliar de enfermagem, médico, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal.⁷ No entanto, essa prática não foi observada em nenhuma das USF.

◆ As práticas profissionais com enfoque nas atividades clínicas

A dimensão atividades clínicas foi contemplada pelos profissionais, no entanto, essas atividades ainda estão centradas nas queixas, bem como nos aspectos biológicos da usuária, reafirmando o que foi observado na

dimensão aconselhamento e atividades educativas.

Esse aspecto é confirmado nas falas, quando se questiona acerca das atividades clínicas desenvolvidas, conforme o seguinte trecho:

De acordo com a queixa eu vou investigando outras causas de doenças, mas geralmente eu vou através da queixa (P4).

As atividades clínicas executadas ainda encontram-se conforme o paradigma biomédico, sendo realizadas na forma de consultas individuais, centradas na doença e pautadas em queixas, distanciando-se das prerrogativas da ESF.²⁷ Nesse paradigma, o usuário é mero ouvinte das informações em saúde, estando sob uma condição passiva, resumindo-se a responder aos questionamentos realizados pelos profissionais sobre as condições de saúde.

A partir da análise dos prontuários, verificou-se que os dados são registrados de forma incompleta (Tabela 1). Compreende-se que o prontuário é um documento sigiloso, pessoal, privado e confidencial, uma vez que em seus registros contém informações pessoais do usuário referentes ao seu histórico de saúde obtido pelos profissionais que a/o assistiu.²⁸

Tabela 1. Registro de atendimento clínico (prontuário) - Lagoa Seca-PB - 2014.

Aspecto	Informação	USF 1		USF 2		USF 3	
		n	%	n	%	n	%
Anamnese	Completa	0	-	0	-	9	28,2
	Incompleta	22	68,7	25	78,2	21	65,6
	Não realizada	10		7		2	6,2
			31,3		21,8		
Exame físico geral	Completo	0	-	0	-	0	-
	Incompleto	4	12,5	0	-	28	87,5
	Não realizado	28	87,5	32	100%	4	12,5
Exame físico específico (mama)	Completo	0	-	0	-	5	15,6
	Incompleto	2	6,2	13	40,6	8	25
	Não realizado	30	93,8	19	59,4		59,4
					19		
Exame físico específico (ginecológico)	Completo	0	-	0	-	0	-53,2
	Incompleto	14	43,7	16	50	17	46,8
	Não realizado	18	56,3	16	50	15	
Condutas de promoção da saúde	Realizado	13	40,7	11	34,4	2	6,3
	Não realizado	19	59,3	21	65,6	30	93,7
Condutas de proteção da saúde	Realizado	30	93,7	31	96,9	22	68,8
	Não realizado	2	6,3	1	3,1	10	31,2
Condutas de recuperação da saúde	Realizado	8	25	6	18,8	1	3,1
	Não realizado	24	75	26	81,2	31	96,9

Quanto à anamnese, a observação dos atendimentos evidenciou que hábitos pessoais como tabagismo, alcoolismo e uso de drogas não são questionados em todos os atendimentos, o histórico familiar é direcionado para a investigação de câncer, os profissionais não costumam questionar antecedentes menstruais, sexuais e obstétricos em todas as consultas. Em nenhum momento foi realizado questionamento acerca dos parceiros sexuais.

Sobre o exame físico, as equipes não executam o exame físico geral na maioria dos seus atendimentos, contradizendo o discurso:

O exame físico, ver as queixas principais, o exame físico é primordial (P1).

Quanto ao exame físico específico, composto pelo Exame Clínico das Mamas (ECM) e pelo exame ginecológico, observou-se que ambos são realizados de forma incompleta.

A prática do ECM não é frequente, sendo negligenciado na maioria dos atendimentos e quando realizado não segue a técnica adequada. O exame ginecológico, por sua vez, é realizado de forma incompleta, sendo resumido à coleta de material para colpocitologia. Como parte de procedimentos que contemplam uma assistência integral à saúde da mulher, estes exames devem ser realizados em todas as consultas, independente da faixa etária, inclusive nas gestantes.^{2,5}

O exame físico geral, específico (mamas e genitália) e coleta de material para a colpocitologia oncológica duram menos tempo em relação à anamnese, o preenchimento da ficha de requisição do exame citológico e o

registro dos dados no prontuário, conforme a observação dos atendimentos.

Quanto às medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde, observou-se que as ações são restritas às orientações quanto às queixas das usuárias, imunização, solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Ressalta-se que na solicitação de exames, o foco da atenção é voltado ao pré-natal, todavia, de modo restritivo, pois os exames para diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e mama não foram realizados durante o período gestacional. Logo, nos demais atendimentos à mulher, exames laboratoriais não foram solicitados rotineiramente, apenas quando a usuária apresentou uma queixa específica.

Solicitação de exames também [realizamos], mais de acordo com as queixas (P3)

Eu fico meio travada com relação à solicitação de exames, pela questão de marcação, porque para a gestante há uma certa facilidade, mas para as outras mulheres [...] quando tem queixa de disúria, qualquer outra queixa, eu tento investigar, mas essa questão de ofertar, geralmente eu me travo porque eu sei que é mais complicado. Não fica como uma coisa rotineira. (P1)

Compreende-se que assistência à mulher não se restringe apenas a uma consulta ou solicitação de exames, é algo excedente, visto que abrange o ato de acolher e de re/conhecer as necessidades de saúde, cultura e criação/consolidação de vínculos,¹⁶ todavia, a solicitação de exames de rastreio e detecção precoce para problemas de saúde específicos consistem em um direito fundamental, amparado pelo princípio da integralidade da assistência.

No tocante às visitas domiciliares à mulher, os profissionais mencionaram que estão relacionadas à visita puerperal ou em situação de doença já instalada, conforme fala abaixo:

Visitas com mulher geralmente são visitas puerperais, a gente pergunta as questões de amamentação [...] é ver como um todo, [...] de imediato a gente já vai logo questionando se tem queixas, porque vai de acordo com a necessidade (P1).

Esse enfoque adequa-se a estratégia de priorização e acesso ao cuidado, considerando que a visita puerperal é um eixo prioritário da atenção à mulher e à criança. Todavia, essa estratégia circunscrita à puérpera, não contempla outros grupos prioritários como crianças, adolescentes, gestantes, indivíduos com doenças crônicas, dependentes químicos, idosos/os, usuários com dificuldades de locomoção e outras/os usuários saudáveis.²⁹

Salienta-se que estratégias de controle em vigilância à saúde, como a imunização de grupos prioritários, excetuando-se a mulher no período gestacional, e a notificação de agravos pelos serviços de saúde não foi mencionada pelos profissionais entrevistados, tampouco foram realizadas durante a coleta dos dados. Inere-se assim, que marcos regulatórios, tais como a notificação compulsória dos casos de violência, são insuficientes quando desacompanhados de uma formação em saúde qualificada e sensível à questão da integralidade da assistência.²⁶

Cabe destacar que a assistência à mulher é restrita ao pré-natal, coleta de material para colpocitologia e planejamento familiar, sendo desempenhada, prioritariamente, pelas enfermeiras/os.

O exame mais direcionamento para mulher normalmente é a gestante, o exame ginecológico normalmente não é feito, ou [é realizado] pela própria enfermeira (P6)

O citológico [...] fica a cargo da enfermeira. O planejamento familiar, geralmente a enfermeira faz (P4)

A visita puerperal é feita pela enfermeira e se houver necessidade pelo médico (P6)

O enfoque restritivo da atenção e a falta de interação multiprofissional, com divisão de trabalho, exime a mulher da garantia de uma multiplicidade de olhares e conhecimentos que tem relação com a integralidade. O que reflete em um modelo assistencial ainda hegemônico que predomina nos serviços de saúde.²³

A atenção integral à saúde sugere, também, o reconhecimento da limitação da atuação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações, sugerindo transformações nas

relações de poder entre profissionais de saúde.¹²

Privar a mulher de um cuidado integral implica em uma situação de desrespeito a dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos, constituindo uma forma de violência que não sugere agressão física, mas procede de uma normatização na cultura, da discriminação e da submissão.³⁰

Sendo assim, destaca-se que as lacunas existentes nos serviços para uma assistência integral à mulher se relacionam a não compreensão do processo de trabalho da atenção primária, além da falha na postura ética da/o profissional, deficiência no cumprimento das legislações profissionais específicas, bem como dos princípios e diretrizes do SUS e de seus programas específicos, a exemplo o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Ainda que os serviços de saúde e as práticas dos profissionais contemplem pontos favoráveis à implementação da assistência integral, fazem-se necessária a transversalidade e articulação entre as ações.

CONCLUSÃO

Os sentidos da integralidade relacionam-se às políticas públicas, à organização dos serviços de saúde e às práticas profissionais. Os mesmos devem estar articulados de forma a garantir uma assistência que atenda o ser humano nas dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual, com enfoque nas necessidades individuais.

Esta análise demonstrou que apesar dos pontos positivos elencados, a organização do serviço não contempla a transversalidade e intersetorialidade das ações. O foco da atenção, por sua vez, é centrado nas queixas das usuárias, em detrimento dos aspectos determinantes no processo saúde/doença/cuidado.

Ressalta-se a responsabilidade de gestores municipais e instituições de educação universitária no sentido de fomentar e promover competências profissionais que corroborem melhorias na assistência às/aos usuárias, sob o eixo da integralidade, rompendo o paradigma tradicional/biomédico do cuidado.

Como aspecto relevante, destaca-se que a triangulação de dados permitiu captar, sob diferentes perspectivas, as práticas profissionais, possibilitando identificar contradições entre o discurso e a prática das/dos profissionais, o que não seria possível com emprego dos métodos isoladamente.

Esse estudo possui como limitação a restrição da análise às/aos profissionais enfermeiras/os e médicas/os, todavia indica a necessidade de mudanças das práticas assistenciais. Espera-se que o estudo possa nortear ações e contribuir como elemento transformador para assistência à saúde das mulheres de modo integral.

REFERÊNCIAS

1. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc. Anna Nery [serial on the Internet]. 2013 Mar [cited 2014 Aug 17];17(1):133-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=en.
2. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. 2nd ed. Barueri: Manole, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
4. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1st ed. 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. Ciênc saúde coletiva [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2014 Aug 16];15(Supl 1):1216-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700031&lng=en.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 7th ed. São Paulo: Atlas, 2010.
9. Duarte T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica) [Internet].. Centro de Investigação e Estudos em Sociologia [cited 2013 Dec 20]. Lisboa-PT, 2009. Available from: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documentos/CIES-WP60_Duarte_003.pdf
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8th ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Silva MCM, Gomes ARS. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. Estudos de Psicologia [serial on the Internet]. 2009 Set/Dez [cited 2014 Aug 17]14(3):239-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2009000300008&script=sci_arttext
12. Santos SMP. Graduação em enfermagem: um olhar sobre o currículo na perspectiva de gênero [Dissertação]. João Pessoa (PB): Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal da Paraíba; 2011.
13. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. Rev Bioét [serial on the Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Aug 17];21(2):268-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200010&lng=en.
14. Gomes AR, Cruz JF, Cabanelas S. Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. Psicol teor pesqui [serial on the Internet]. 2009 July [cited 2014 Aug 16]; 25(3):307-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf>
15. Simão SAF, Souza V, Borges RAA, Soares CRG, Cortez EA. Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. Cogitare Enferm [serial on the Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2014 Aug 17];15(1):87-91. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/17177>
16. Melo RM, Brito RS, Carvalho FPB, Pessoa Júnior JM, Barros SDOL. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. Rev Rene [serial on the Internet]. Fortaleza, 2011 Oct/Dec [cited 2014 Aug 16];12(4):750-7. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a12v12n4.pdf
17. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. Texto Contexto Enferm [serial on the Internet]. Florianópolis, 2011 Jan/Mar [cited 2014 Aug 16];20(1):184-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf>
18. Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spiri WC. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. Esc. Anna Nery [serial on the

- Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Aug 16].17(4):628-637. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400628&lng=en.
19. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciênc saúde coletiva [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2014 Aug 17];15(4):2145-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en.
20. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Furtado MCC, Mello DF. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. Esc Anna Nery . 2013 Dec [cited 2014 Aug 16];17(4):772-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400772&lng=en.
21. Santos LNM, Oliveira EAR, Silveira FDR, Castro SFF, Pedrosa JIS, Nogueira LT. Intersectoriality and health in the family health strategy: integrative review. J Nurs UFPE on line [serial on the Internet]. 2013 July Recife [cited 2014 Aug 17];7(esp):4868-74. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3925>
22. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Saude soc [serial on the Internet]. 2013 June [cited 2014 Aug 16];22(2):377-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200010&lng=en.
23. Gonçalves RL. Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado à Gestante [Dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
24. Passos SCS, Oliveira MIC, Junior SCSG, Silva KS. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. Rev bras epidemiol [serial on the Internet]. 2013 June [cited 2014 Aug 17];16(2):278-87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200278&lng=en.
25. Strefling ISS, Filho WDL, Kerber NPC, Soares MC, Gomes VLO, Vargas E. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. Esc Anna Nery [serial on the Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Aug 17];17(4):698-704. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en.

26. Santos SMP, Colaço EO, Silva FL, Mesquita VGF, Gonçalves RL, Araújo CRF. Concepções e práticas de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. J Nurs UFPE on line [serial on the Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Aug 17];8(1):77-82. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5273/pdf_4414

27. Paulino TSC, Guimarães J. Interfaces of the work process of nurses in the Family Health Strategy. J Nurs UFPE on line [serial on the Internet] 2013 Feb Recife [cited 2014 Aug 17];7(2):389-96. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2917>

28. Tonello IMS, Nunes RMS, Panaro AP. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. Inf Inf [serial on the Internet]. 2013 May/Aug Londrina [cited 2014 Aug 17] 18(2):193-210. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/download/16169/13097>

29. Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da estratégia saúde da família. Cienc Cuid Saude [serial on the Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 16];10(4):697-704. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18313/pdf>

30. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery [serial on the Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Aug 16]; 13(1):154-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100021&lng=en.

Submissão: 19/08/2014

Aceito: 28/07/2015

Publicado: 15/08/2015

Correspondência

Alana Gonçalves Xavier
Rua Emiliano Rosendo Silva, 237 / Ap. 402 M
Bairro Novo Bodocongó
CEP 58431-000 – Campina Grande (PB)