



Análise das práticas profissionais de enfermeiras na perspectiva da integralidade da assistência à mulher

Analysis of nursing professional practices under the perspective of the integrality of assistance to the woman

Análisis de las prácticas profesionales de enfermeras en la perspectiva de la atención integral a la mujer

Alana Gonçalves Xavier¹, Sheila Milena Pessoa dos Santos¹, Fernanda Láisy Pereira de Sousa¹, Francicleide Luciano da Silva¹, Roberta Lima Gonçalves¹, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão²

Objetivou-se analisar as práticas profissionais de enfermeiras na perspectiva da integralidade da assistência à mulher. Estudo descritivo e exploratório, qualitativo, realizado no município de Lagoa Seca, PB, Brasil, entre outubro de 2013 a fevereiro de 2014. Utilizadas as técnicas de observação participante, análise documental e entrevista semiestruturada. Avaliadas as práticas de três enfermeiras, através de entrevista, análise de prontuários, observação em sala de espera e atendimentos clínicos, utilizando-se roteiros semiestruturados. A partir da técnica da análise de conteúdo temática, verificou-se que a promoção da saúde foi contemplada apenas em caráter individual, a assistência baseia-se em atendimentos restritos às queixas, a atenção negligencia diversas legislações em saúde. Considera-se que as profissionais têm potencialidade para desenvolver cuidado integral, contudo não há comprometimento. Há necessidade de mudanças das práticas assistenciais no sentido corroborar melhorias na assistência.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Saúde da Mulher; Cuidados de Enfermagem.

This study aimed at reviewing the nursing professional practices under the perspective of the integrality of assistance to the woman. It is a descriptive and exploratory, qualitative study made in the county of Lagoa Seca, PB, Brazil, from October 2013 to February 2014. The techniques of participant observation, document analysis and semi-structured interviews were used. Practices of three nurses were evaluated, through interviews, analysis of medical records, observation in the waiting rooms and clinical assistance, using semi-structured script. From the technique of thematic content analysis, it was found that health promotion was contemplated only on an individual basis, the assistance is based on attendance restricted to complaints, and the care neglects various laws on health. It is considered that the professionals have the potential to develop integral assistance, however there is no commitment. The study indicates the need for changes in care practices in order to corroborate improvement concerning care.

Descriptors: Comprehensive Health Care; Women's Health; Nursing Care.

El objetivo fue analizar las prácticas profesionales de enfermaras en la perspectiva de la atención integral a la mujer. Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, realizado en Lagoa Seca, PB, Brasil, entre octubre de 2013 y febrero de 2014. Se utilizaron observación participante, análisis de documentos y entrevista semiestruturada. Evaluadas las prácticas de tres enfermeras, mediante entrevista, análisis de registros médicos, observación en la sala de espera y atención clínica, utilizándose guiones semiestruturados. A partir de la técnica de análisis de contenido temático, se constató que la promoción de la salud ha sido contemplada sólo individualmente, con atención basada en quejas, ignorada por diversas leyes de salud. Se considera que los profesionales tienen potencial para desarrollar una atención integral, pero no hay compromiso. Hay la necesidad de cambio de las prácticas de atención para corroborar mejorías en la atención.

Descritores: Atención Integral de Salud; Salud de la Mujer; Atención de Enfermería.

¹Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil.

²Universidade do Estado da Bahia. Juazeiro, BA, Brasil.

Introdução

A integralidade se insere enquanto diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde, sendo compreendida como um conjunto de noções relacionadas a uma assistência ampliada, multiprofissional, em uma visão do ser humano sob o enfoque biopsicossocial, que possui sentimentos, desejos, aflições e racionalidades⁽¹⁾.

Diversos grupos populacionais possuem questões que demandam a integralidade como o embasamento para suas estratégias de assistência à saúde. Como exemplo, pode-se mencionar a saúde mental e a saúde de populações indígenas. No entanto, uma das temáticas que mais avançou em termos de propostas à integralidade foi a saúde da mulher⁽²⁾. No âmbito da atenção à mulher, a integralidade do cuidado ancorou-se em três aspectos: políticas públicas que atendam às demandas da população feminina; organização do serviço e práticas dos profissionais de saúde⁽³⁾.

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher existem desde as primeiras décadas do século XX, contudo, limitavam-se às demandas obstétricas, com interesse específico na criança⁽⁴⁾. Nas décadas de 70 a 80 as mulheres começaram a lutar por direitos e com o movimento feminista tornaram-se visíveis suas reivindicações, as quais não podiam ser mais ignoradas⁽⁵⁾.

Com a criação do Sistema Único de Saúde e os princípios de universalidade, integralidade das ações, equidade, descentralização dos serviços, a partir da municipalização e participação popular, as mulheres ganharam voz. Assim, surgiram políticas e programas que passaram a abordar a mulher de forma integral⁽⁶⁾. Contudo, apesar dos avanços observados em relação às políticas públicas em saúde da mulher, percebe-se ainda a fragilidade na sua implementação, sobretudo, pela exclusão de alguns segmentos de mulheres dentre elas, climatérica, adolescente, portadora de necessidades especiais, profissionais do sexo, homoafetivas, em situação de prisão e violência e, a incipiente atenção aos aspectos relacionais do cuidado

quanto a classe, geração, raça/etnia e gênero.

Seguindo a ótica de assistência ampliada, a organização dos serviços deve ser articulada, elevando as possibilidades de efetivamente atender às necessidades das mulheres⁽⁷⁾. Composto esses serviços, como parte de uma rede de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família 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.

A enfermagem, nessa construção multiprofissional da saúde coletiva, precisa assumir seu núcleo de competência e responsabilidade: o cuidado. Esse tem como finalidade transpor subjetividades individuais e coletivas. Nessa perspectiva, a enfermagem é dotada de capacidade para percorrer diferentes campos do saber, visto que, o profissional tem como foco a pessoa a ser cuidada, podendo, assim, estabelecer interlocução junto a outros agentes, visando obter tecnologias necessárias à assistência, mantendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem é compreendida como atividade privativa da enfermeira, a qual permite identificar situações problema e potencialidades do paciente, é utilizado método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar intervenções de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação da pessoa/família/comunidade, além de permitir o exercício da sua autonomia⁽⁹⁾.

A promoção da saúde remete ao estímulo à adoção de estilos de vida saudáveis, ações de saúde desenvolvidas devem garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e a transformação dos fatores determinantes da condição de saúde. Entre as ações de proteção da saúde, estão as medidas de vigilância epidemiológica, imunizações e aconselhamentos específicos. A proteção da saúde é realizada por meio de consultas e exames de saúde periódicos, permitindo conhecer o estado de saúde

da pessoa e comunidade, mediante a identificação de riscos. As ações de recuperação da saúde, consistem em medidas curativas e assistenciais, voltadas para a recuperação da saúde individual e complementam a atenção integral à saúde⁽⁴⁾.

Assim, considerando que o cuidado integral orienta a prática de enfermagem na atenção à mulher, a vivência das pesquisadoras em atividades de ensino, pesquisa e extensão nos serviços motivou o desenvolvimento do estudo em apreço que teve a seguinte questão norteadora: as práticas profissionais de enfermeiros atendem a perspectiva da integralidade da assistência à mulher? Dessa forma, o estudo objetivou analisar as práticas profissionais de enfermeiras/os na perspectiva da integralidade da assistência à mulher.

A pesquisa apresenta relevância por tratar de questões a serem apreendidas e incorporadas no cotidiano dos profissionais, em especial os enfermeiros, que no cenário atual da atenção primária, são responsáveis, em conjunto com os demais profissionais, pela assistência à mulher.

Método

Artigo elaborado a partir do projeto intitulado “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, vigência 2013-2014.

Trata-se de estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, desenvolvido em três Unidades de Saúde da Família, localizadas em Lagoa Seca, interior do estado da Paraíba, Brasil, no período compreendido entre outubro de 2013 a fevereiro de 2014. Cada equipe multidisciplinar de Saúde da Família era composta apenas por uma enfermeira. A opção por essas unidades decorre da participação das profissionais como preceptoras no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), na

linha de ação Rede Cegonha.

Para coleta de dados foram utilizadas as técnicas de observação participante, análise documental e entrevista semiestruturada. Para tanto, foram utilizados roteiros semiestruturados contemplando aspectos convergentes nos três instrumentos e relacionados às práticas profissionais, os quais versavam sobre atividades de aconselhamento, de educação em saúde e clínica focadas na atenção à mulher.

A observação participante consiste no contato direto do pesquisador com o objeto de investigação para obter informações sobre a realidade em seu próprio contexto, permitindo captar diferentes situações e problemas que não são obtidos por meio de perguntas. Por sua vez, a análise documental consiste no exame de 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⁽¹⁰⁾. Justifica-se a triangulação dos dados, pois essa estratégia permite a ampliação do escopo de análise integrando diferentes perspectivas para compreensão do fenômeno examinado⁽¹¹⁾.

Os participantes do processo de investigação foram três enfermeiros, responsáveis pela atenção à saúde da mulher. Foram avaliadas as práticas profissionais, por meio da observação em sala de espera e atendimentos clínicos durante 12 turnos e, conseqüente, análise de prontuários. Dessa amostra, foi possível analisar 42 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 integral à mulher. As entrevistas com as profissionais foram gravadas com o auxílio de gravador portátil, a fim de permitir a transcrição literal e maximizar a fidedignidade na exposição das falas. Não foi estabelecido limite de tempo para as entrevistas, assim a duração variou de 10 a 17 minutos de acordo com as respostas oferecidas pelas participantes. Durante a tabulação dos dados e expo-

sição das entrevistas, foram utilizados nomes fictícios, para os profissionais e as Unidades de Saúde da Família, preservando o sigilo e anonimato.

Excluídos da amostra consultas e prontuários de menores de 18 anos, atendimentos oferecidos pelos profissionais acompanhados de discentes de graduação, uma vez que a presença dos estudantes poderia interferir na rotina de atendimento, documentos preenchidos por acadêmicos e/ou docentes, como também os registros efetuados pelos demais profissionais e profissionais que não atuaram nas Unidades de Saúde da Família durante o período de realização da pesquisa.

Para exame dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo temática⁽¹²⁾ com leitura minuciosa dos dados coletados por meio da observação participante, dos prontuários e entrevistas com profissionais. Dados organizados com foco na questão norteadora do estudo, emergindo as seguintes categorias: “Lacunas nas práticas de promoção da saúde”; “Ruptura do princípio da integralidade da atenção”; “Fragilidade da assistência no âmbito do exercício profissional”. Categorias temáticas analisadas e interpretadas de acordo com o referencial teórico pertinente.

Pesquisa respeitou princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 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 parecer nº 393.956.

Resultados

Caracterização dos sujeitos do estudo

Na situação analisada, as profissionais eram do sexo feminino (3), com faixa etária entre 33 a 41 anos, tempo de formação de 10 a 18 anos, conclusão da graduação em instituição pública (3), tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família de 10 a 13 anos, com especialização (2) e mestrado em andamento (1).

Sobre as atualizações/cursos realizados, os mais prevalentes foram: Introdutório em saúde da família (3); Violência contra a mulher (3); Câncer de colo do útero (3); Planejamento reprodutivo (2); Manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis/Aids (1); Vigilância epidemiológica (1); Pré-natal (1).

Lacunas nas práticas de promoção da saúde

A educação em saúde está contemplada enquanto estratégia de promoção de cuidados, sendo desenvolvida nas três unidades, em caráter individual, sob a forma de orientações durante a consulta, todavia, o enfoque é na queixa da usuária. Atividades de educação em saúde de caráter coletivo, quando realizadas, foram exclusivamente desenvolvidas pelos acadêmicos inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: *Essa parte de sala de espera fica com o pessoal do PET, porque eu já fico na responsabilidade de preencher as fichas e tudo mais* (E1).

Diálogos das profissionais convergem com o que foi observado durante o período de análise. Entretanto, as atividades de educação em saúde coletiva realizadas pelos acadêmicos não foram registradas nos prontuários. Embora profissionais encerrassem atendimentos antes do horário, alegaram que não realizavam a educação em saúde coletiva por falta de tempo: *Eu não tinha esse tempo para fazer em sala de espera com elas* (E1). *Eu acho que está bem falha educação em saúde aqui, para mulher, está mais fazendo individual do que em grupo* (E3).

Apesar de não ter sido observado e registrado nos prontuários qualquer atividade educativa coletiva, as profissionais relataram que outrora esse tipo de atividade era realizada, todavia, restrita a grupos específicos, como o pré-natal: *[educação em saúde coletiva] a gente fez, tratamos diversos assuntos, desde alimentação saudável na gestante, o pré-natal como um todo, os exames solicitados no pré-natal, a importância de fazer o pré-natal, aumento de peso, a gente tratou muita coisa com relação ao pré-natal, e foram abordagens com outros profissionais, como a nutricionista, a psicóloga, e foi bem interessante* (E1).

As profissionais não percebem a inter-relação

da atenção à mulher com estratégias e programas que não envolvam a assistência obstétrica. *[Educação em saúde coletiva] para mulheres idosas, especificamente não, a gente tem um grupo de idoso que não é específico para mulher, são homens e mulheres, quem predomina são mulheres, mas nada tão específico para elas, eu vejo uma participação muito grande aqui das mulheres para vir fazer o citológico, a quantidade de idosas que vem, acho bem interessante, tem uma certa busca delas. A gente pensa em fazer futuramente algo específico para ela, a sexualidade dela (E1).*

Além do incipiente incentivo das profissionais, as usuárias não valorizam as atividades educativas e não comparecerem ao serviço, fato observado durante a observação e comprovado pelos relatos das profissionais: *Tentamos formar grupos de gestante, mais de uma vez, para que viesse, como tem na agenda, que a gente fizesse um dia de atividade educativa e os outros dias de consulta, aí não consegui juntar, porque fiz um, deu umas duas, outro aí dava uma, porque realmente elas vêm no dia da consulta (E2).*

Percebe-se que não há participação das usuárias no planejamento das atividades desenvolvidas pelas equipes, inclusive na determinação de temas para serem discutidos em forma de educação em saúde coletiva.

Ruptura do princípio da integralidade da atenção

Atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde foram contempladas pelas profissionais, no entanto, não implicam em um cuidado integral, visto que centradas nas queixas e aspectos biológicos, restritas às demandas trazidas pelas mulheres, conforme os trechos a seguir: *As [atividades educativas] individuais se dão de acordo com a queixa... aí vai depender do que ela for procurar, nem sempre a gente aborda tudo numa consulta (E3). [Educação em saúde] também em cima das queixas, o exame físico completo e anamnese também mais em cima da queixa (E2). A gente está fazendo de tudo para levar uma informação de forma simples, mas que seja alcançado o objetivo ... ela entrar segura para fazer o exame, saber que aquilo é para o bem dela (E1). A gente aborda a questão da menopausa, se faz algum tratamento, se tem os calores, se é sintomática mesmo, a gente sempre pergunta e orienta de acordo*

com a faixa etária e com os sintomas, geralmente é em cima dos sintomas mesmo (E2).

As profissionais quando questionadas sobre quais os momentos de atenção à mulher referiram o atendimento a grupos vinculados a programas de saúde. *A consulta de pré-natal, planejamento familiar, fazer o exame clínico das mamas, ensinar o autoexame das mamas, o citológico, a coleta ... hipertensão e diabetes (E3).*

No tocante à observação dos atendimentos e à análise dos prontuários, há convergência, em parte, com o discurso das profissionais, visto que foram observadas apenas consultas individuais, limitadas às queixas e as demandas trazidas pelas mulheres, o registro dessa assistência também estava limitado às queixas. Compete ressaltar que a prática da coleta de dados por meio da anamnese e exame físico, relatada como essencial nas entrevistas é realizada de forma incompleta ou não é realizada pelas profissionais, assim, os relatos divergem das observações dos atendimentos e registros dos prontuários.

Fragilidade da assistência no âmbito do exercício profissional

A assistência de enfermagem é orientada pela queixa da mulher não sendo realizada como forma de prevenção ou detecção precoce, infringindo os princípios do Sistema Único de Saúde, os direitos das usuárias e a legislação profissional: *A gente nunca tinha feito os exames, a não ser quando vem para fazer o citológico, eu sempre peço para vir fazer o citológico, quando vem com alguma queixa (E2).*

Profissionais reconhecem que a assistência prestada é diferente daquela que elas mesmas gostariam de receber. *[Solicitação de exames] não fica como uma coisa rotineira, eu acho que toda mulher deveria ter direito a uma ultrassonografia mamária e uma ultrassonografia pélvica anualmente, como a gente faz, o que eu quero para mim ... seria muito importante para elas também (E1).*

Ressalta-se que estratégias de proteção da saúde, o controle de agravos 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 pelas profissionais entrevistadas, tampouco foram observadas ou registradas durante a coleta dos dados.

Acentua-se a fragmentação da assistência quando a usuária precisa recorrer a outro profissional para obter a solicitação de exames, situação presenciada em diversos momentos da observação. A desorganização da gestão dos serviços de saúde conduz a fragilidade da assistência e a ruptura nas ações de recuperação da saúde, uma vez que as profissionais não possuem liberdade para prescrever os medicamentos: *Já tive mais dificuldade para prescrever medicação, mas ainda temos, eles não querem liberar a medicação, esse cadastro [na farmácia] não passa com o Conselho Regional de Enfermagem, só é feito o cadastro se tiver o Conselho Regional de Medicina, então eu posso até fazer a prescrição, mas o meu carimbo não é válido* (E1).

Ainda sobre as condutas de recuperação da saúde, as profissionais desconhecem as legislações específicas que respaldam suas ações, optando por transferir a responsabilidade pela prescrição de medicamentos ao profissional médico: *Prefiro para não ter problemas, que ela prescreva [médica], eu não prescrevo, justamente por isso ...o município não garante você poder prescrever, aí para me resguardar, para não vir nenhum problema para mim, eu prefiro* (E2).

Discussão

Quanto à caracterização dos sujeitos, as profissionais de enfermagem pertencem ao gênero feminino. Predominância comum na enfermagem, associada, sobretudo, a valores socioculturais que revelam a responsabilização do cuidado à mulher⁽¹³⁾. No tocante a faixa etária e tempo de formação das participantes, favorecem a assistência, pois profissionais mais jovens e com pouca experiência profissional são mais sensíveis a situações de estresse profissional⁽¹⁴⁾.

Considerando os cursos e capacitações realizados, a educação em serviço tem grande relevância para as profissionais da saúde, uma vez que promove a renovação dos conhecimentos e simultaneamente traz benefícios ao serviço de saúde⁽⁴⁾. As caracterís-

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

Considerando a categoria “Lacunas nas práticas de promoção da saúde”, constatou-se nas práticas das enfermeiras que há um distanciamento das ações em saúde com foco na identificação de vulnerabilidades e das necessidades individuais. Alguns profissionais mantêm visão distorcida sobre a integralidade, restringindo-se à prestação de assistência com enfoque puramente biológico e fragmentado⁽¹⁵⁾, desconsiderando os aspectos individuais que afetam a mulher. Como exemplo, a condição socioeconômica, etnia, escolaridade, orientação sexual e necessidades especiais.

Sabe-se que as atividades educativas, enquanto estratégia de promoção da saúde, constituem-se como um recurso que corrobora a adoção de novos hábitos e condutas em saúde. Essa prática de construção de conhecimento contribui para a autonomia das pessoas no seu cuidado, sendo necessária a troca de conhecimentos e o ato de criar e transformar a realidade, importante referência para possibilitar as mudanças das condições de vida e de saúde⁽¹⁶⁾. Tal enfoque consiste em uma forma de desenvolver comportamento preventivo, constituindo-se em meio de garantir a integralidade da assistência à mulher⁽¹⁷⁾. Entretanto, a prática da promoção da saúde encontra-se negligenciada pelas profissionais participantes.

Predominam práticas verticais e patologizantes, que não contemplam a prática educativa e a proposta da promoção da saúde⁽¹⁸⁾. Os profissionais transmitem as informações que consideram necessárias e não buscam conhecer barreiras que dificultam o exercício da autonomia na vivência dos direitos sexuais e reprodutivos, por cada uma das mulheres.

Educação em saúde é instrumento para promoção da qualidade de vida da pessoa/família/comunidade por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e

comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando o paradigma biomédico de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde/doença/cuidado⁽¹⁹⁾.

A categoria “Ruptura do princípio da integralidade da atenção” evidencia que as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, quando executadas, são pautadas sob o paradigma biomédico. Essa perspectiva da assistência ancora-se na forma de consultas individuais, centradas na doença e pautadas em queixas, distanciando-se das prerrogativas da Estratégia de Saúde da Família⁽²⁰⁾. Nesse paradigma, o usuário é mero ouvinte, estando sob condição passiva, resumindo-se a responder aos questionamentos realizados pelas profissionais sobre as condições de saúde. Dessa forma, percebe-se que há descontinuidade e fragmentação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, eixos prioritários do cuidado em enfermagem e da Estratégia de Saúde da Família⁽²¹⁾.

É imprescindível o desenvolvimento de ações com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde e a garantia da implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e da transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde⁽⁴⁾. Cabe destacar que as estratégias de proteção da saúde devem ser ampliadas a todas as mulheres, independente da condição de saúde ou ciclo de vida, não sendo restrita a grupos inseridos em programas de saúde, como o pré-natal.

Em “Fragilidade da assistência no âmbito do exercício profissional” se demonstra que as práticas profissionais não consideram os direitos das usuárias, bem como a legislação profissional vigente, negligenciando assim, o princípio da integralidade. Recomenda-se que o exercício profissional da enfermagem deve assegurar o respeito à dignidade e aos direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital⁽²¹⁾.

Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros, na dimensão da Estratégia de Saúde da Família, são atribuições inseridas no paradigma inovador de aten-

ção à saúde, que representa transformação do conceito de atenção à saúde vigente há centenas de anos. Essas condutas precisam ser implementadas de modo a garantir assistência na perspectiva da abordagem integral e resolutive⁽²²⁾.

Nessa perspectiva, entende-se que assistência de qualidade à saúde da mulher é aquela que proporciona o máximo de bem estar, da perspectiva de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do empoderamento. Implica na afirmação do domínio sobre seu corpo, sexualidade, autoestima e poder de decisão, fatos que têm sido negligenciados no processo de construção da identidade de gênero⁽²³⁾. Todos esses aspectos precisam ser compreendidos e contemplados na assistência de enfermagem.

Sendo assim, destaca-se que, no cenário analisado, as lacunas existentes para a assistência integral à mulher se relacionam a não compreensão do processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, visto que a assistência é permeada pelos aspectos biológicos das usuárias, tais como as queixas, além da falha na postura ética das profissionais no cumprimento das legislações específicas, bem como dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e de seus programas.

Conclusão

Enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, a integralidade envolve a compreensão da mulher, inserida em diferentes contextos, a partir das dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual, com enfoque nas necessidades individuais. Para tanto devem ser priorizadas as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Análise das práticas profissionais demonstrou que ações de promoção, proteção e recuperação da saúde consistem em uma lacuna na atenção à mulher. A assistência de enfermagem encontra-se centrada na atenção individual com foco na queixa das usuárias, em detrimento dos aspectos determinantes no processo

saúde/doença/cuidado, como classe, geração, raça/etnia e gênero, distanciando-se da integralidade.

Considerando as competências do enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família, constatou-se que a atenção à mulher não inclui as ações de saúde desenvolvidas de forma articulada, pois a mulher é assistida de forma fragmentada.

Como aspecto relevante, destaca-se que a triangulação de dados permitiu captar, sob diferentes perspectivas, as práticas profissionais, possibilitando identificar contradições entre o discurso (entrevistas) e a prática das profissionais (observação e prontuários), o que não seria possível com emprego dos métodos isoladamente. Assim, verificou-se que os dados obtidos convergiram, estando desconexo apenas quanto à promoção da saúde e a respectiva falta de tempo para a execução destas atividades. As entrevistas indicavam o desenvolvimento de ações com enfoque na educação em saúde, contudo, esse discurso não se consolidou na prática observada e nos registros dos prontuários. Na maioria dos turnos observados as atividades eram concluídas horas antes do encerramento da jornada de trabalho, evidenciando disponibilidade de tempo para execução de atividades que envolvem a promoção da saúde.

Este estudo possui como limitação a restrição da análise aos profissionais enfermeiros e a atenção à mulher. Todavia indica a necessidade de mudanças das práticas assistenciais no sentido de fomentar e promover competências profissionais que corroborem melhorias na assistência aos usuários, sob o eixo da integralidade, rompendo o paradigma tradicional/biomédico do cuidado. Para tanto, é essencial o investimento na formação inicial, durante a graduação, e formação permanente, ensejando reforçar a competência da enfermeira na atenção à saúde da mulher. Sugere-se, pois a elaboração de estudos que identifiquem e analisem estratégias que contribuam para o desenvolvimento da prática profissional ética e comprometida com a saúde da mulher.

Espera-se que o estudo possa nortear ações

e contribuir como elemento para reflexão sobre a prática de enfermagem na assistência à saúde das mulheres.

Colaborações

Xavier AG e Santos SMP contribuíram para a concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Sousa FLP e Silva FL contribuíram para a coleta, análise e interpretação dos dados. Gonçalves RL e Paixão GPN contribuíram para a redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1):133-41.
2. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):682-92.
3. Pinheiro TF, Couto MT. Sexuality and reproduction: discussing gender and integral care in Primary Health Care. *Physis*. 2013; 23(1):73-92.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC, Valois BRG, Braga RMO. Comprehensiveness in nurse's care practice in primary health care context. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2011 [cited 2014 Aug 16]; 5(4):1054-63. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1578/pdf_530
7. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. 2ª ed. Barueri: Manole; 2013.

8. Pinto IC, Marciliano CSM, Zacharias FCM, Stina APN, Passeri IAG, Bulgarelli AF. Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(5):909-16.
9. Silva SH, Cubas MR, Fedalto MA, Silva SR, Lima TCC. Evaluative study of nursing consultation in the basic networks of Curitiba, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):68-75.
10. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
11. Duarte T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). Centro de Investigação e Estudos em Sociologia [Internet]. 2009 [citado 2013 dez. 20]. Disponível em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
13. Costa FC, Borges EL, Donoso MTV. Perfil dos alunos de curso técnico de enfermagem de uma escola particular em Minas Gerais. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2013; 3(1):554-68.
14. Gomes AR, Cruz JF, Cabanelas S. Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicol Teor Pesqui*. 2009; 25(3):307-18.
15. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensions of maternal health from the perspective of social representations. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(2):454-61.
16. Oliveira MB, Cavalcante EGR, Oliveira DR, Leite CEA, Machado MFAS. Health education as practice of nurses in family health strategy. *Rev Rene*. 2013; 14(5):894-903.
17. Durand MK, Heidemann IVTSB. The promotion of women's autonomy during family health nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):288-95.
18. 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. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2014 [citado 2014 ago. 17]; 8(1):77-82. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5273/pdf_4414
19. Sousa LB, Torres CB, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):55-60.
20. Paulino TSC, Guimarães J. Interfaces of the work process of nurses in the Family Health Strategy. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2013 [cited 2014 aug 17]; 7(2):389-96. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2917>
21. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(3):498-504.
22. Borges IAL. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exams por enfermeiros na atenção básica à saúde. *Enferm Foco*. 2010; 1(1):5-8.
23. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1):154-60.