

Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica

Social representations of nurses on the integral care available to women through Brazil's basic healthcare network

Cássia Barbosa Reis¹
Sônia Maria Oliveira de Andrade²

Abstract *Brazil's Basic Healthcare Act establishes the principle of integral care in terms of networking between services and professional practices, to which we add a dimension: the configuration of public policies. Nurses were selected for this survey as they handle the initial contacts with women and also because we believe they are endowed with an across-the-board view of integral care during the various phases in the lives of this population. This paper examines the social representations of nurses on the scope of the integral care available to women through Brazil's Basic Healthcare Network, explored through qualitative interviews with ten nurses in Mato Grosso do Sul State. These data were analyzed through the Collective Subject Discourse (CSD) approach, based on the Theory of Social Representations. The findings are presented in seven Collective Subject Discourses that describe the main ideas identified during the interviews. This leads to the conclusion that nurses have a fragmented view of women's healthcare, still guided by physical complaints; they cannot define integral care, repeating the discourse of the holistic approach without understanding what this really means; they work on an individualized basis, feeling that this area is not structured to offer integral care.*

Key words *Women's health, Integral care, Healthcare, Nurse*

Resumo *A Lei Orgânica de Saúde apresenta o princípio da integralidade nas dimensões da articulação entre serviços e das práticas profissionais onde acrescentamos a dimensão da configuração das políticas públicas. Elegemos a enfermeira como sujeito da pesquisa por ser primeiro contato com a mulher e porque acreditamos que tenha uma visão geral da integralidade na assistência das diversas fases da vida desta população. O objetivo deste trabalho é conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência prestada à mulher na rede básica de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas com dez enfermeiras da região sul de Mato Grosso do Sul, com enfoque qualitativo. A análise dos dados foi feita através do discurso do sujeito coletivo (DSC), baseado na teoria das representações sociais. Os resultados são apresentados em sete DSC que descrevem as idéias centrais identificadas nas entrevistas. Conclui-se que a enfermeira tem uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, ainda pautada nas queixas físicas; não consegue definir o que seja integralidade, repetindo o discurso do atendimento holístico, sem entender direito o que isso realmente significa; trabalha de forma individualizada entendendo que o serviço não está organizado para atingir a integralidade na assistência. Palavras-chave Saúde da mulher, Integralidade, Assistência à saúde, Enfermeiro*

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Rodovia Dourados-Itahum, Km 12, Cidade Universitária, Bloco F, Caixa Postal 351. 79800-000 Dourados MS. cassia@uems.br

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Introdução

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, propõe diretrizes para a organização do SUS, sendo que não utiliza o termo integralidade, mas “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”¹.

A integralidade, enquanto princípio doutrinário, está descrita na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90) como um **conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema**¹.

Aparecem nesta descrição as duas dimensões da integralidade: a articulação entre serviços e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência^{2,3}.

Mattos⁴ acrescenta a estas dimensões a configuração de políticas “como atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos”.

Como organização e articulação entre os serviços, a integralidade configura-se de forma a ser um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade. Integração é entendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e seja resolutive para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições promotoras de serviços de saúde.

Historicamente, os serviços não eram articulados, de forma que o paciente/cliente era fragmentado em partes, atendidas por serviços diversos. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios organizativos são definidos de forma a alcançar a integralidade na organização dos serviços e na atenção ofertada. Vale a pena ressaltar que a articulação entre os serviços não deve ficar restrita aos serviços de saúde, mas assegurar uma atuação intersectorial, de forma a abranger as mais diferentes áreas que, de alguma maneira, possam ter repercussões na saúde dos indivíduos e das coletividades.

Enquanto práticas de saúde, a segunda dimensão da integralidade engloba a assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde. Inclui ainda a eficácia, a organização das ações e os modelos de gestão dos serviços. Passa, assim,

pela formação dos profissionais que atendem no sistema, bem como com o seu compromisso de melhorar a assistência prestada. O indivíduo deve ser entendido como um ser humano inserido no seu contexto físico, social e histórico.

A terceira dimensão engloba uma gama de atores sociais, e segundo Vilasboas⁵, abrange **pessoa, grupamento humano ou instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos em uma determinada situação ou realidade**. Esse conceito tem apresentado evolução, mas, como no ensino fragmentado do corpo humano, as políticas públicas “continuam fragmentadas”⁶, ou seja, o indivíduo não é visto como um ser integral. Como consequência, tem-se diferentes políticas públicas gerando programas ou fazendo ações similares, mas paralelas. Isso leva a um maior gasto de recursos financeiros e humanos para atingir um mesmo grupo populacional.

Com esse entendimento, teremos uma prática mais próxima dos três sentidos da integralidade quando a formação e qualificação dos profissionais seguirem o caminho contrário do histórico do ensino na área das ciências da saúde, fortemente composto por uma visão biológica e curativa. As transformações pelas quais passa o ensino na área de saúde, principalmente com o projeto de reformulação do ensino superior, concorrem para que haja uma perspectiva de melhora nas práticas dos profissionais no sentido de, mesmo diminuindo a quantidade, melhorar a qualidade do atendimento e ver o paciente/cliente como um ser que necessita de muito mais do que ele expressa verbalmente.

A enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade em todos os sentidos expressos pelos autores supracitados.

Em seus primórdios, a enfermagem compreendia, apenas, o atendimento curativo, desenvolvendo-se prioritariamente no sistema hospitalar. Hoje, a enfermagem firma-se como profissão, encontrando seu campo de atuação pautado na cientificidade da assistência de enfermagem no cuidado com o ser humano, assim entendido em seu mais amplo conceito.

As transformações ocorridas na enfermagem nas últimas décadas refletem os avanços científicos na área da saúde e da própria enfermagem e as mudanças políticas, econômicas e paradigmáticas desse período. A partir do início do século XX, verifica-se a influência das políticas de saúde

e de outras políticas sociais na formação do profissional de saúde e na saúde do cidadão no âmbito individual e coletivo⁷.

Em cada período específico, em que as políticas de saúde se sucederam, a valorização e a importância da enfermagem para a sociedade foram se modificando, culminando com a implantação do SUS, com princípios doutrinários que enfocam a equidade, a universalidade e a integralidade da assistência, princípios estes implícitos no fazer da enfermagem.

Magalhães⁸ discute as diversas formulações da equidade num cenário histórico voltado para as desigualdades sociais. Na saúde, a noção de equidade diz respeito à necessidade de “tratar desigualmente os desiguais”³, tendo como ponto de partida o pressuposto de que muitas desigualdades podem ser superadas para que se possa alcançar a igualdade na assistência à saúde.

A universalidade é um dos princípios finalísticos do SUS que visa tornar o sistema acessível a toda a população³.

O princípio da integralidade, inicialmente pensado apenas como articulação entre serviços e como um problema da gerência desses serviços, é colocado como o maior desafio nas práticas de saúde na esfera das ações técnicas². Explicita que, para atingir a integralidade da assistência no plano macro, um dos objetivos a perseguir é a integralidade da assistência no atendimento de cada profissional e no conjunto de cuidados desses profissionais a cada indivíduo e/ou comunidade.

Silva *et al.*⁹ fazem um relato da evolução do SUS nos anos 80 e 90, mostrando o aumento do número de profissionais de enfermagem na rede de saúde nessas décadas. Mostram a influência da política neoliberal na área de saúde com a fragmentação das ações que levou ao aumento das especializações na saúde em geral e na enfermagem como parte do *staff* da rede, principalmente a rede privada. Isso tudo ainda reflete na formação do enfermeiro, que, como a de outras profissões na área de saúde, é positivista e segue o modelo flexneriano implantado nos Estados Unidos na década de 1910. Esse modelo pauta-se no atendimento hospitalar com excelência técnica e na prática de ensino voltada para a fragmentação do corpo humano.

O resgate da enfermagem como prática social mostra o seu desenvolvimento na relação com as outras profissões de saúde, especialmente a medicina e os modelos de assistência à saúde no Brasil¹⁰.

As duas fontes citadas anteriormente reforçam o enfoque de Schraiber² na responsabilidade dos profissionais de saúde na construção do SUS.

A implantação de programas voltados para a tentativa de enfrentamento dos problemas de fragmentação das políticas públicas não foi definitivamente acompanhada pelo processo de formação dos profissionais de saúde. O enfoque dado à formação desses profissionais continua eminentemente técnico, sistêmico e hospitalocêntrico, por estar influenciada pela excessiva demanda por atendimento hospitalar, causada pela forma de organização do sistema e pelo contexto socioeconômico de empobrecimento dos países do terceiro mundo e declínio das condições de vida e saúde da população².

A formação dos profissionais, diz a mesma autora, também não tem acompanhado os avanços nos mecanismos de controle social e descentralização da saúde para a implantação do SUS. Esses avanços não foram maiores porque as políticas públicas vigentes têm natureza restritiva no governo neoliberal, com repasses de responsabilidades sem os devidos aportes financeiros e logísticos para os municípios. Assim, ainda se atua bastante em nível assistencial e emergencial de atendimento à saúde.

Soares¹¹ também discute as atuais políticas de saúde dentro do contexto geral das políticas sociais, associadas ao neoliberalismo. É importante ressaltar que os profissionais de saúde fazem parte das políticas através da execução das ações, sem que tenham claro em quais necessidades de saúde se pautaram para a sua formulação e quais são os objetivos destas políticas. A análise crítica de suas ações acaba se restringindo aos direcionamentos locais e, portanto, a um micro-universo em que o poder de modificação também é restrito, porque as diretrizes são formatadas em nível central.

Moretto¹² discute a formação do enfermeiro frente ao SUS e analisa sua inserção na saúde pública sem o devido aparato teórico e, principalmente, prático. Enfoca também o papel do ensino de graduação na discussão da cidadania com os acadêmicos de forma que haja engajamento desses como parte integrante do coletivo.

Meira¹³, entretanto, reconhece a influência do enfermeiro na comunidade, o que cria uma responsabilidade do mesmo em ser uma liderança natural. O autor discute a formação desses profissionais como fator de criação de uma subcultura voltada para as técnicas cientificamente comprovadas, sem o devido enfoque nas ciências sociais, que ampliariam seu campo de ação junto às comunidades. Comenta ainda a mudança lenta ocorrida nos últimos tempos, mas que não foi suficiente para estabelecer o profissional de saúde

de como profissional social, preocupado com aspectos relativos às questões de comunicação, respeito pela autonomia do cliente e valorização das ações preventivas.

Gil *et al.*¹⁴ discutem as reformulações necessárias para o ensino de enfermagem em decorrência do processo de construção da reforma sanitária no Brasil, o distanciamento entre teoria e prática na formação deste profissional e a política de formação de recursos humanos em saúde, que ajuda a aumentar a fragilidade do processo de edificação da reforma sanitária brasileira. Aguiar¹⁵ observa que também os serviços apresentam dicotomia entre prevenção e assistência; a mesma dicotomia observada por Tonolli *et al.*¹⁶ nas pesquisas na área de saúde.

Como parte de uma categoria predominantemente feminina, a enfermeira é, em geral, o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde em todos os níveis. Em algumas ações, a enfermeira trabalha com aspectos muito íntimos da mulher e deve estar preparada para um atendimento integral. Entretanto, a fragmentação das práticas de enfermagem e das políticas públicas atinge de forma especial a assistência prestada à mulher, levando em consideração toda a história da inserção social, desvalorização e subordinação a que a mulher foi submetida^{17,18,19}.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre a assistência prestada à mulher na rede básica de saúde.

Metodologia

A pesquisa configura-se como exploratória, de desenho qualitativo, que, segundo Minayo *et al.*²⁰, “trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” de forma a abranger intensamente o grupo delimitado. Foi realizada com enfermeiras da regional de saúde de Naviraí, situada no sul do estado de Mato Grosso do Sul, microrregião de Iguatemi.

A rede básica de saúde da microrregião de Iguatemi encontra-se totalmente municipalizada e é composta por sete municípios com 25 unidades de saúde onde atuam 25 enfermeiras. Desses sete municípios, apenas cinco municípios possuem Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, sendo assim escolhidos para compor a base geográfica da nossa pesquisa. Dois municípios têm cobertura de 100% de PSF.

Definiu-se como sujeito da pesquisa a enfermeira que está inserida na rede básica de saúde,

porque ela é uma das produtoras de cuidados/serviços/programas de saúde, está vinculada à instituição/equipe promotora do cuidado/serviço/programa e tem uma percepção diferenciada do que é preconizado e do que é oferecido. A amostra constituiu-se de cinco enfermeiras inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco que integram as equipes de saúde da família (ESF), objetivando avaliar se há diferença nas concepções de integralidade nos seus campos de ação, uma vez que o direcionamento estadual, em consonância com o Ministério da Saúde, é de incentivo à expansão do PSF. A escolha das enfermeiras das ESF foi feita por sorteio entre as disponíveis em cada município, sendo que esta amostra foi delimitada ao número de entrevista que possibilitou atingir a compreensão do fenômeno estudado. Pressupõe-se que este exercício seja uma reflexão sobre o cotidiano da enfermeira de forma a apreender a realidade, que muitas vezes passa despercebida nas atividades diárias. Cabe destacar que, por se tratar de amostra não probabilística, não se pretende a generalização dos resultados e sim a possibilidade de se obter compreensões acerca do fenômeno estudado.

Foi utilizada a estratégia da entrevista semi-estruturada, realizada no local de trabalho, em ambiente sem interferências, favorecedor da privacidade e do sigilo das informações, por meio da qual se buscou as representações sociais da enfermeira sobre a integralidade na assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde da rede básica, conforme roteiro de entrevista.

As entrevistas foram agendadas por telefone ou pessoalmente, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, ocasião em que foi também solicitada autorização para gravação da entrevista, que foi transcrita literalmente logo após o seu término.

No primeiro contato da entrevistadora com as entrevistadas, foi explicado o objetivo da pesquisa e todas se mostraram receptivas e com disponibilidade para a entrevista. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, depois de lido, foi assinado pelo sujeito, ficando uma via com o entrevistado e outra com o entrevistador.

Após assinatura no TCLE, teve início a coleta de dados com a seguinte questão norteadora: “Um dos princípios do SUS é a integralidade na assistência à saúde da população. Quando se trata da mulher, este princípio já vem sendo preconizado mesmo antes da implantação do SUS, quando da edição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). As ações de-

vem ser desenvolvidas no sentido de atingir essa integralidade. Como você vê essa questão?”. Observou-se uma premente necessidade de falar sobre sua atuação, suas ansiedades e expectativas. Durante o processo da entrevista, a partir de falas que permitiam a inserção, foi, ainda, indagado para as enfermeiras: “Como é para você viver a situação que você apresentou?” e “Como se poderia agir para melhorar a situação?”

Os dados resultantes das entrevistas foram analisados considerando-se o Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre *et al.*²¹. Para este estudo, foram utilizadas três figuras metodológicas: a expressão-chave (E-Ch), a idéia central (IC) e o discurso do sujeito coletivo (DSC). A E-Ch é a figura metodológica que revela a essência do depoimento; é o que o sujeito falou sobre determinado tema. A IC é a descrição do sentido presente na expressão-chave²¹.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos apresentados através de um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular e elaborado com os mais significativos extratos de depoimentos de sentido semelhante. Fundamenta-se na teoria das representações sociais e consiste em analisar as idéias centrais, ancoragens e expressões-chave semelhantes, presentes nos discursos individuais.

Para chegar ao discurso síntese, foram utilizados os instrumentos de análise de discurso (IAD) 1 e 2. No IAD1, foram transcritas as E-Ch identificadas em cada entrevista, que expressam os eixos definidos para análise. Após esta transcrição, foram destacadas as IC de cada E-Ch, conforme exemplo a seguir:

Modelo de instrumento de análise de discurso 1

Sujeitos	Expressões-chave	Idéia central
1.	<p>“A gente desenvolve ações educativas, né? De palestras de DST, com mulheres no climatério, a gente realiza essas atividades [...]”</p> <p>“Às vezes assim, a gente vê que a maioria, um exemplo assim já que estou falando de áreas tristes, elas vivem de bolsa alimentação, de bolsa escola, então elas não tem um serviço. Então parece que não pensam em outra coisa, entende?”</p> <p>“Integralidade é o envolvimento de vários níveis de atenção, não só de assistência, mas atingindo outros níveis de assistência, ou seja, é, escolaridade, acho que a pessoa tem uma boa escolaridade ela vai estar se integrando melhor no que a gente vai estar repassando pra ela. Dando assistência integral, tanto psicológica, assistência de prevenção, assistência curativa...”</p> <p>“Porque, eu, o SUS é para todos, ou seja, ele pode ser atendido, o paciente tem direito de ser atendido em qualquer lugar, eu acho assim, se a mulher, se ela sente segura de estar realizando aqui, se ela tem confiança na equipe porque ela já morou aqui e depois muda, o que acontece é muito isso, ela pega confiança aqui, no enfermeiro, no auxiliar, no médico, depois tem que mudar, então acaba dificultando pra ela, porque ela sempre realizou aqui, os exames, tudo, e depois que ela saiu a gente não tá dando suporte, dando assistência mais aqui, e daí?”</p>	<p>Aspectos socioeconômicos (1)</p> <p>Níveis de atenção (2)</p> <p>Níveis de atenção (2)</p>

No IAD2, mostrado no modelo de instrumento de análise de discurso 2, foram agrupadas e transcritas literalmente as E-Ch de todas as entrevistas que se referem às IC destacadas, sendo possível assim formular um DSC para cada IC. Para a formulação do DSC, foram agrupadas as E-Ch de maneira que formassem um discurso coerente. Para tanto, foram utilizados conectores a fim de dar sentido ao DSC sem que isso alterasse a estrutura da frase elaborada pelo sujeito.

O presente estudo buscou seguir as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos²³, com protocolo de pesquisa analisado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que recebendo documento de aprovação em 20 de agosto de 2004.

Resultados e discussões

Representação sobre integralidade

As idéias centrais identificadas apontam para uma integralidade que deve ser vista dentro de um contexto sociocultural, envolvendo vários níveis de atenção, de forma a ver a mulher como um todo, mas tendo o gineco-obstetra como referência de assistência feminina e o comprometimento profissional, a administração do serviço e a função da mulher na sociedade como componentes deste princípio.

Integralidade como resposta a problemas

DSC:

Integralidade? Por exemplo, na assistência à mulher, que você possa dar uma assistência integral

Modelo de instrumento de análise de discurso 2

Idéia central: níveis de atenção.

Expressões-chave	DSC
<p>1. “Integralidade é o envolvimento de vários níveis de atenção, não só de assistência, mas atingindo outros níveis de assistência, ou seja, é escolaridade, acho que a pessoa tem uma boa escolaridade ela vai estar se integrando melhor no que a gente vai estar repassando pra ela. Dando assistência integral, tanto psicológica, assistência de prevenção, assistência curativa [...]”</p> <p>3. “Não. De jeito nenhum, integral é integral, não chega nem no i acho que completo, falta o pinguinho ainda.”</p> <p>“Nossa, integral seria tudo isso, seria um complemento, toda assistência na parte social na parte econômica da mulher, não é só [...] Integral é integral, ela tinha que estar realizada e acompanhada em toda sua área. Agora fazer o preventivo e dar assistência não saiu do i.” A saúde da mulher, coitadinha (risos). Nós temos que lutar muito pra conseguir essa saúde da mulher naquele objetivo do programa nacional, uma integração total de tudo na mulher. Porque hoje em dia você luta mas, pode se atingir em alguns lugares, mas muitos deles estou achando meio difícil viu? Faz daqui, faz dali, mas [...] As coisas estão fragmentadas ainda? Muito fragmentada, porque além, na saúde da mulher também entra o problema da agressão à mulher.”</p>	<p>“Integralidade é o envolvimento de vários níveis de atenção, não só de assistência, mas atingindo outros níveis de assistência, ou seja, é escolaridade, acho que a pessoa tem uma boa escolaridade ela vai estar se integrando melhor no que a gente vai estar repassando pra ela. Dando assistência integral, tanto psicológica, assistência de prevenção, assistência curativa [...] Nossa, integral seria tudo isso, seria um complemento, toda assistência na parte social, na parte econômica da mulher, não é só [...] Integral é integral, ela tinha que estar realizada e acompanhada em toda sua área. Integralidade? Por exemplo, na assistência à mulher, que você possa dar uma assistência integral pra ela, não só se ela está gestante, só fazer o pré-natal, essa mulher ela tem todo um contexto, assim, tudo, uma assistência à saúde integral, não só focada no pré-natal, não só focada no preventivo. Agora fazer o preventivo e dar assistência não saiu do i, falta o pinguinho ainda. Porque você luta mas, pode atingir em alguns lugares, mas muitos deles estou achando meio difícil, viu? Faz daqui, faz dali, mas [...] As coisas estão muito fragmentadas, porque além, na saúde da mulher também entra o problema da agressão à mulher, e no município não tem nada a respeito disso.”</p>

pra ela, não só se ela está gestante, só fazer o pré-natal, essa mulher ela tem todo um contexto, assim, tudo, uma assistência à saúde integral, não só focada no pré-natal, não só focada no preventivo. Agora fazer o preventivo e dar assistência não saiu do i, falta o pinguinho ainda. Porque você luta mas, estou achando meio difícil, viu? As coisas estão muito fragmentadas, porque além, na saúde da mulher também entra o problema da agressão à mulher. A mulher não tem um posto pra dar queixa. Como é que faz? E teria que ser um trabalho mais, enfatizar mais o trabalho com a mulher. Tem muita gente que não faz o tratamento porque não tem condição. Porque, querendo ou não, o sistema único de saúde fornece, mas [...] nunca tudo. Mas que todo mundo reclama da saúde, porque o pessoal fala da saúde eles pensam só em consulta, né? E saúde não é isso, eu acho que quando as pessoas começarem a perceber que saúde tem muitas outras coisas por trás, que não é só fila de consulta, eles vão começar a perceber que a saúde está indo muito bem [...] Porque o SUS é para todos, o paciente tem o direito de ser atendido em qualquer lugar [...]

A questão da atenção à vítima de violência é citada como exemplo de ação que não encontra respaldo por causa da falta de estrutura física e humana nos municípios de pequeno porte.

O princípio da integralidade refere-se ao sentido dado por Mattos⁴: configurações de políticas específicas para dar respostas a problemas de grupos específicos. A violência envolve muitos setores governamentais e da sociedade, que devem estar com um canal constantemente aberto de interlocução e ações que levem ao atendimento integral da vítima. Isso pressupõe uma política clara e propositiva, na qual o princípio da integralidade seja o norte para o planejamento e o desenvolvimento de ações de forma que a mulher sintam-se acolhida, atendida e amparada por todos os setores. Segundo o DSC, observa-se ausência deste trabalho nos municípios da região.

O conceito de atenção integral, proposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde²⁶, ainda não encontra eco na população. A saúde é vista como ausência de doença e, por isso, o sistema de saúde é acionado pela população, na maioria das vezes, quando existe uma doença. Desta forma, o avanço da atenção à saúde não é observado pela população, que continua aumentando a demanda por procedimentos curativos.

Além de aspectos culturais e históricos que tentam explicar esta situação, existe também a questão da formação dos profissionais de saúde, capacitados para atender as doenças e não o

indivíduo como um ser humano que faz parte de um contexto complexo. Isso ajuda na manutenção das filas para procedimentos curativos, notadamente nas consultas e exames cada vez mais complexos.

Integralidade: mosaico confuso

DSC:

Integralidade é o envolvimento de vários níveis de atenção, não só de assistência, mas atingindo outros níveis de assistência, ou seja, é escolaridade. Dando assistência integral, tanto psicológica, assistência de prevenção, assistência curativa [...] Nossa, integral seria tudo isso, seria um complemento, toda assistência na parte social, na parte econômica da mulher, não é só [...] Integral é integral, ela tinha que estar realizada e acompanhada em toda sua área. O emprego é essencial, um posto, uma equipe pra receber e orientar e apoiar as mulheres na questão da violência. Problemas econômicos.

A definição de integralidade para as enfermeiras surge de modo bastante fragmentado. O DSC explicita os diversos itens que compõem a integralidade em seus diversos sentidos. É citada a articulação entre os serviços e a prática de saúde². Neste fragmento de discurso, como nos próximos, observa-se uma ênfase nas questões ligadas à saúde reprodutiva. Isso reflete as principais responsabilidades elencadas no Guia Prático do Programa de Saúde da Família²³, apesar de não existir diferença entre os discursos das enfermeiras das UFS e das enfermeiras das UBS.

O emprego e a questão econômica são citados, mas não aparecem como descrições importantes no DSC. Parece que as enfermeiras sabem que existem mais implicações para a saúde feminina que os aspectos reprodutivos, mas não sabem explicitá-los.

Integralidade como visão e prática

DSC:

A mulher é dividida, a gente não conseguiu ainda ver a mulher como um todo. Ela é, tem a parte ginecológica, tem a parte da cabeça e acho que isso também está bem um pouco longe. E aí a gente considera por mais que a gente entenda que o paciente, ele é um ser que deve ser visto como um todo, a gente não consegue fazer isso. O que eu entendo por integralidade? Como eu vou te explicar? (pausa) Ah, seria basicamente uma junção dos trabalhos realizados para a mulher. Eu acho que seria mais palestras educativas para elas, por-

que tem muitas coisas que as mulheres não sabem. Estar incentivando mais para que elas façam exame de preventivo, exame de mama, coisa que elas não fazem. Integralidade para mim é tudo, vai desde a saúde do corpo, desde fazer preventivo, de orientar auto-exame da mama, até planejamento familiar; parto, puerpério, gestação, é tudo, é adolescência, é pegar desde criança até a senilidade. Cuidar da mulher desde o momento que nasce, é acompanhar todo o processo de desenvolvimento da mulher; tudo. Integralidade é ver a mulher como um todo, holisticamente. A parte psicológica, a parte de convívio, do meio que ela vive, a parte da saúde, educação, então é ver a mulher como um todo.

O primeiro sentido da integralidade^{4, 24, 2} é o das práticas dos profissionais, que foram historicamente criadas pelo afastamento da saúde coletiva da prática médica. Com isso a mulher é fragmentada por todos os integrantes da equipe, já que as escolas de formação profissional levam à excelência técnica, mas não à capacidade de conseguir pensar o indivíduo como parte de um contexto bem maior que o próprio sofrimento físico. É recorrente no DSC a citação de diversos aspectos da saúde da mulher que envolvem questões mais voltadas para o ciclo gravídico-puerperal e saúde reprodutiva. Aparece claramente a incerteza sobre o que “inclui a integralidade”, dizendo o “todo” sem definir o que significa essa totalidade, transparecendo, assim, uma limitação conceitual bastante importante.

O desafio da integralidade nas práticas em saúde colocado por Schraiber² rompe a ignorância conceitual para melhorar as intervenções tradicionalmente realizadas e aceitas nos meios profissionais.

Limitação da assistência

DSC:

Bom, quando a gente fala que é a mulher; é a ginecologista, a nossa referência pra trabalhar a mulher; talvez, assim a gente enfermeiro procura encaminhar pros médicos do PSF, mas a nossa referência mesmo, quem cuida da saúde da mulher é a ginecologista.

A fragmentação da mulher fica bastante marcada na opção de encaminhamento para o ginecologista. Vieira²⁵ explica as raízes históricas desse procedimento para o controle do corpo feminino, principalmente no que se refere às questões reprodutivas. Assim, a medicalização do corpo feminino, marcadamente na segunda metade do século XIX, estabelece que a vida saudável da

mulher esteja ligada diretamente ao casamento com finalidade reprodutiva. Ainda que essa visão tenha evoluído, permanece o controle do corpo através da prática médica legitimada pelo poder do conhecimento atribuído a esse profissional e a perda da cultura do cuidado feminino no que se refere ao parto. O Ministério da Saúde²⁶ coloca determinantes históricos e a expansão do conceito equivocado de assistência pré-natal no Brasil.

O fragmento do DSC mostra a ênfase do atendimento à mulher no período reprodutivo, dificultando o entendimento de integralidade na saúde da mulher.

Formação x atuação

DSC:

Mas como é que eu posso oferecer aqui a integralidade pra mulher se eu não tenho uma equipe certa, um local certo, eu tenho várias pessoas trabalhando e ao mesmo tempo não tenho nenhuma. Eu acho que é mais pela falta de tempo. Eu não sei explicar [...] Na época que eu era estudante, eu queria resolver todos os problemas, eu achava que era possível resolver tudo, eu via um doente como um ser humano como um todo, coisa que eu não consigo ver mais. A gente tenta, né? Pelo menos, eu acho que em alguns pontos a mulher a gente consegue atingir; por exemplo, preventivo a gente consegue trazer as mulheres pra fazer; agora o puerpério também é uma forma de integrar a mulher; não é? Às vezes até devesse chegar mais na mulher; talvez assim [...] Mais na questão de a gente estar tentando atingir as metas, né? Mas [...] Falta preparo da equipe para trabalhar com a saúde da mulher e entender que saúde integral não é cada um fazer a sua parte.

Observa-se a deficiência da academia para a formação do profissional de forma que ele sintasse capacitado a trabalhar a integralidade na prática e na organização do serviço. São as características do serviço que parecem reduzir, com o decorrer do tempo, a iniciativa e a visão ampliada do ser humano. A necessidade de mais preparo da equipe para trabalhar questões como a integralidade é evidenciada pelas enfermeiras de forma explícita neste discurso e de forma implícita em toda entrevista.

O DSC deixa claro que para atingir a saúde integral não basta cada profissional ser eficaz na sua especialidade, mas não explicita como isso pode mudar.

Integralidade na organização do serviço

DSC:

Eu acho que o problema nosso é a administração, porque o responsável pelo programa foi colocada lá sem nem uma capacitação, o que já não vai oferecer com integralidade os cuidados necessários, as orientações necessárias pra mulher, né? O que eu vejo é que tem dentro do município rixas entre secretarias, saúde e educação, saúde e assistência social, parece que um quer mostrar mais serviço que o outro, mas não pensa em se juntar e fazer um bem comum.

A organização do serviço é o sentido evidenciado aqui como problema de administração. Schraiber² coloca que a articulação dos serviços se dá na seqüência do rompimento dos planos dos saberes técnico-científicos e da tomada de decisão corporativa e individual.

A fase de desenvolvimento em que se encontra o serviço na região não pressupõe uma organização voltada para o atendimento do indivíduo e da comunidade de forma integral. Os atores não estão suficientemente maduros e esclarecidos para tornar a prática e o sistema integralizados.

Aspectos socioculturais da integralidade

DSC:

Olha, o principal, o casamento, se ela for feliz dentro do casamento, sexualmente, como mãe, realizada dentro da família como um todo, eu acho que o resto é fácil, se não tiver isso, aí desanda tudo, aí o problema vem pra nós. A maioria está infeliz no casamento, tem problema com marido, com o filho, problema de dinheiro, aí entra em depressão, aí fica nervoso e a pressão sobe, então desenvolve outros problemas e quer que a gente resolva. Nossa, são tantos aspectos. Saúde da mulher eu acho que é uma das prioridades da nossa saúde em geral, né? Porque a mulher saudável ela pode estar cuidando do seu marido, do seu filho, se preocupando em levar o filho pra escola. Então ela estando bem psicologicamente, a saúde integral, ela vai viver melhor e fazer com que a comunidade em geral seja melhor. Ela é um elo da assistência da nossa população.

Os aspectos que envolvem a função da mulher na sociedade são discutidos no DSC e revelam que o conceito de feminino continua ligado a suas origens históricas^{26, 27}. A função primordial é o cuidado e, para tanto, a mulher tem que estar saudável. Esta relação fundamentava o Programa Materno Infantil, mas não o Programa

de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o PSF. Contudo, as entrevistadas não citaram a necessidade da mulher estar bem para desenvolver sua profissão ou atividade produtiva e sim o cuidado com os filhos, o marido e a comunidade.

Esse olhar pode estar ligado à clientela que é atendida nos PSF e UBS, onde, em geral, a mulher trabalhadora não é a principal cliente, principalmente pelo horário de atendimento da unidade de saúde.

Considerações finais

As representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade da assistência à mulher na rede básica de saúde, objeto desta pesquisa, apontam para uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher. Esta fragmentação aparece em todos os eixos de análise do DSC, sendo que está implícita na assistência à saúde, não apenas da mulher, mas de toda clientela atendida na rede básica.

A formação acadêmica é um fator preponderante na fragmentação das práticas, enfatizado pela dificuldade dos profissionais de desenvolverem o trabalho em equipe.

A definição de integralidade não é clara, sendo que a enfermeira afirma constantemente a necessidade de um atendimento integral, mas não consegue explicitar esta definição no contexto profissional e na sua prática assistencial.

A reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos de formação na área de saúde, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei 9394/96), deve ser ação prioritária para as universidades, no sentido de minimizar os problemas referentes à formação acadêmica desses profissionais. Isso, entretanto, é um processo que pode apresentar resultados apenas em longo prazo.

Atualização constante dos profissionais de saúde inseridos na rede básica, com enfoque qualitativo e ampliado dos fatores que afetam a saúde da mulher, bem como a utilização de metodologias alternativas e de educação popular na resolução de problemas, são itens importantes para que a mudança do modelo assistencial se concretize, podendo oferecer, assim, a integralidade na assistência à saúde feminina.

Outro fator como a organização dos serviços, diretamente ligada ao financiamento das ações, pode ser conseguido com uma administração coerente e o uso racional dos recursos disponíveis.

Colaboradores

CB Reis e SMO de Andrade participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.
2. Schraiber LB. Desafios atuais da integralidade em saúde. *Jornal da rede feminista de saúde* [on line] 1999 maio; [acessado 2003 Ago 04]; 17. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/JornalDaRede/JR17/Jornal%20da%20Rede%20n%BA%2017.pdf>
3. Teixeira C. *SUS e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
5. Villasboas ALQ. *Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR; 2004.
6. Vasconcelos EMA. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate* 1999; 23(53): 6-19.
7. Ruffino-Netto A, Souza AMAF. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. *Inf Epidemiol SUS* 1999; 4:35-41.
8. Magalhães R. Desigualdades sociais e equidade em saúde. *Saúde e direitos humanos* 2004; 1(1):61-68.
9. Silva EM, Nozawa MR, Freitas JLD. Formação de enfermeiros e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. *Rev. Bras Enfermagem* 2000; 53 (2):275-282.
10. Barrientos DMS. *Mulher e saúde: dialetizando o trabalho da enfermagem ambulatorial* [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
11. Soares LT. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Rev. Bras. Enfermagem* 2000; 53(3-4):17-24.
12. Moretto ES. *Os enfermeiros e o SUS: da realidade à possibilidade*. Passo Fundo: UPF; 2001.
13. Meira AR. *Sociedade e saúde*. Campo Grande: UFMS; 1997.
14. Gil CRR, Vannuchi MTO, Bogato MLG, Silva AMR, Façanha AAA, Nunes EFPA, Lima JVC, Oliveira MMB, Baduy RS. Reformulação no ensino da enfermagem: análise e reflexões de uma experiência em construção. *Divulgação em saúde para debate* 1996; 15:11-15.
15. Aguiar AC. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 1996; 22(1/4):7-18.
16. Tonolli EAS, Nagel LH. A crise da enfermagem: recuperando questões. *Ciência, cuidado e saúde* 2002; 1(1):17-21.
17. Del Priore M. *A mulher na história do Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Contexto; 1992.
18. Labra ME, organizadora. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1989.
19. Viezzer M. *O problema não está na mulher*. São Paulo: Cortez; 1989.
20. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3):239-262.
21. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Normas de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96. Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático do programa de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
24. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003.
25. Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS; 2001.
27. Araújo CLF, Gomes SRC. Práticas e políticas de saúde como determinante do papel social da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 1997; 1(1):49-57.
28. Travassos C, Viacava F, Pinheiro RS, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002; 11(5/6):365-373.

Artigo apresentado em 26/01/2007

Aprovado em 19/03/2007

Versão final apresentada em 25/04/2007