



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NAYARA DE JESUS OLIVEIRA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E
LIMITES DA INTEGRALIDADE**

SALVADOR

2016

NAYARA DE JESUS OLIVEIRA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E
LIMITES DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde” na linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR

2016

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Oliveira, Nayara de Jesus
Atenção à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família e limites da integralidade / Nayara de Jesus Oliveira. -- Salvador, 2016.
99 f.

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2016.

1. Saúde da mulher. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Acolhimento. 4. Integralidade em saúde. 5. Educação em saúde. I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. II. Título.

NAYARA DE JESUS OLIVEIRA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
E LIMITES DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde” na linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 27 de maio de 2016.

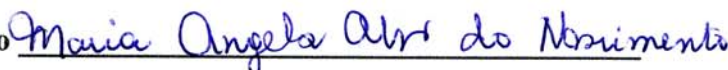
BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Angela Alves do Nascimento _____



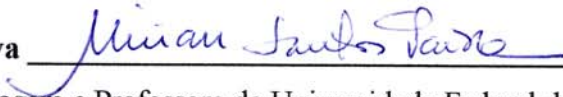
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Enilda Rosendo do Nascimento _____



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva _____



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a:

Minha mãe **Albertina** e meu pai **Edson**

por todo incentivo, apoio e amor

essenciais em minha vida.

À minha **família, amigos e amigas** pelas boas vibrações

e por se fazerem presentes, mesmo com

a distância física.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus pela vida e por toda força, luz e coragem que tem me dado sempre, sem as quais não chegaria a esta vitória.

À minha mãe Albertina e meu pai Edson por todo apoio que me deram nesse processo, para que eu superasse as dificuldades e continuasse seguindo no caminho rumo a esta importante conquista profissional.

À toda minha família, em especial minha madrinha Gilce, meus primos-irmão Vagner e Junior.

Às minhas amigas e amigos pelo carinho, atenção e zelo comigo, em especial Ludennia, Thainá, Luilla, Jemilli, Elyne, Igor, Maria, Alex, Yuri, Renan, Ana Paula, Daniela, Maiana, Karla e Vanessa.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho, por ter caminhado junto comigo nesse processo de aprendizado, pela disposição em compartilhar ensinamentos, pela paciência, por toda competência, dedicação e auxílio que me deste para chegar a esta grande realização.

À todas as professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA pelas construções de conhecimento durante o mestrado.

Às profissionais participantes desta pesquisa pela disposição, boa vontade e competência essenciais para a realização deste trabalho.

Às professoras da comissão examinadora de qualificação e defesa, Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento, Prof^a Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento e a Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva pela disponibilidade e pelas contribuições para o enriquecimento desta pesquisa.

As minhas colegas do GEM e do nosso Grupo de pesquisa Integralidade e Gênero, em especial Patrícia, Andiará, Fátima e Sarah, pela parceria, por todo auxílio que me deram e pela amizade que construímos nesses anos.

À Fátima, Andiará e Iasmin pela disponibilidade e auxílio na coleta do material empírico.

À Profª Drª. Michelle Araújo que me fez despertar para o mundo científico e por me ensinar a dar os primeiros passos nesse caminho.

Às minhas colegas de turma do mestrado pela oportunidade de caminhar e crescer juntos durante o mestrado, em especial Ester, Frank, Tilson, Márcia, Maíra e Aline.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) por investir nesse trabalho e em minha formação, por meio de uma bolsa de mestrado pelo período de 24 meses.

Muito Grata!

“Vencer a si próprio é a maior das vitórias”
(Platão)

OLIVEIRA, Nayara de Jesus. **Atenção à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família e limites da integralidade**. 100f. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

A proposta do cuidado à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família-ESF é estruturada com base no princípio da integralidade, de modo que sua efetivação deve ocorrer com acolhimento, escuta sensível e ações resolutivas. Esse estudo tem por objetivos descrever as práticas de cuidado à saúde da mulher experienciadas por equipe da ESF e analisar a realidade problematizada pela equipe multiprofissional sob a perspectiva da integralidade. Estudo exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido com doze profissionais de quatro equipes da Estratégia Saúde da Família em Salvador- BA: três agentes comunitárias de saúde, três agentes de saúde bucal, três dentistas, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. Foram respeitados os aspectos éticos da Resolução 466/12. O material empírico foi produzido por grupo focal, técnica que produz um vasto leque de respostas, a partir da discussão em grupo sobre temática específica. Foi analisado pela técnica de análise de discurso na perspectiva de Fiorin, que considera o discurso uma posição social, cujas formações ideológicas são materializadas na linguagem. Os resultados da pesquisa mostraram que as práticas profissionais são realizadas com mulheres, sobretudo em idade reprodutiva, com vulnerabilidade social e econômica, sobressaindo-se carência afetiva, desgastes por acúmulo de papéis e submissão a parceiros. A equipe realiza acolhimento e escuta sensível, construindo-se vínculo, todavia a organização do serviço se dá sob pilares que estruturam uma rede desarticulada, com descontinuidade na oferta de ações e insumos, distanciamento entre gestão e profissionais e inexistência do controle social. Ressaltam a importância de educação em saúde, mas essa tem lugar secundário no serviço e quando realizadas traduzem relações de poder e saber unilateral. Em conclusão, investimentos e ações para cobertura da atenção na ESF não garantem a cobertura requerida e a resolubilidade necessária e as práticas se organizam sob infraestrutura precária e que as distanciam da integralidade. O acolhimento pela escuta, pela palavra e pelas ações terá potencial de contribuir com o empoderamento das mulheres se oferecer subsídios para sua autonomia. Equipes comprometidas com as práticas problematizam a realidade e propõem mudanças que se traduzem em compromisso com a integralidade. Este estudo traz a contribuição de poder subsidiar práticas profissionais na ESF e oferece base para pesquisas de intervenção no âmbito da saúde da mulher na atenção primária.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Integralidade em saúde; Educação em Saúde.

OLIVEIRA, Nayara de Jesus. **Attention to women's health in the Family Health Strategy and the limits of integrality.** 100f. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

The proposal of care to woman's healthy in the Strategy Family's Health-ESF is structured based on principles of integrality, so your effectiveness should occur with welcome, sensible listening and resolute actions. This study has the objective to describe the practices of care to woman's healthy experienced by team of ESF and analyze the reality problematized by the multi-professional team about the perspective of integrality. Exploratory study of qualitative approach developed with twelve professionals of four teams from strategy family's health in Salvador- Ba: three community agents of health, three community agents of oral health, three dentists, two nurses and one nursing technique. Were respected the ethical aspects of resolution 466/12. The empirical material was produced by a focal group, technique that produces wide range of answers, from the discussions in group about the specific theme. It was analyzed by the technique of analysis discourse in the Fiorin's perspective that considers the discourse a social position, whose ideological formations are materialized in language. The results of research show that the professional practices are realized with women mainly in reproductive age with social and economic vulnerability, highlighting lack of affection, waste for accumulations of papers and submission to the partner. The team realize the welcome and sensible listening, constructing bonds, however the service organization takes place under pillars that structures an unarticulated network, with discontinuity in the offer of actions and inputs, distance between management and practice and professionals and absence of social control. Highlight the importance of education in health, but this have a secondary place in service and when realized translate the relations of power and unilateral know. In conclusion, investments and actions for covering attention in the ESF not ensure the covering required and the necessary solvability and the practices are organized about the precarious infrastructure and the distancing of integrality. The welcome by listening, by word and by the actions will have the potential of contribute with the empowerment of women offering benefits for your autonomy. Teams compromised with the practices problematize the reality and proposes changes that translate the compromise with the integrality. This study brings the contribution of power subsidize professional's practices in the ESF and offer basis for researches of intervention in the scope of woman's health in the primary attention.

Keywords: Women's Health; Family Health Strategy; User Embrace; Integrality in Health; Health Education.

OLIVEIRA, Nayara de Jesus. **La atención a la salud de la mujer en la Estrategia Salud de la Familia y los límites de la integralidad.** 100f. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMEN

La propuesta de salud de la mujer para el cuidado de la Salud de la Familia Estrategia-ESF está estructurado basado en el principio de exhaustividad, por lo que su ejecución debe llevarse a cabo con cuidado, escucha sensible y acciones resolver. Este estudio tiene como objetivo describir de las prácticas de atención a la salud de las mujeres experimentadas por el equipo de ESF y analizar la realidad problematizada por el equipo multidisciplinario desde la perspectiva de la integralidad. Estudio cualitativo exploratorio desarrollado con doce profesionales de cuatro equipos de la Estrategia Salud de la Familia en Salvador-BA: tres trabajadores de la salud de la comunidad, tres agentes de la salud oral, tres dentistas, dos enfermeras y un técnico de enfermería. Se respetan los aspectos éticos de la Resolución 466/12. El material empírico fue producido por técnica de grupo focal que produce una amplia gama de respuestas, desde el grupo de discusión sobre temas específicos. Se analizó mediante tecnología de análisis de voz en la perspectiva de Fiorin, que considera el discurso de una posición social, cuyas formaciones ideológicas están incorporadas en el lenguaje. Los resultados del estudio mostraron que las prácticas profesionales se llevan a cabo con las mujeres, sobre todo en edad reproductiva, con la vulnerabilidad social y económica, que se destaca es la falta de afecto, el desgaste por la acumulación de papeles y presentación a los socios. El equipo realiza la recepción y escucha sensible, la construcción de vínculo, sin embargo, la organización de servicios tiene lugar bajo pilares que estructuran una red desarticulada con la discontinuidad en la oferta y los insumos, distancia entre la dirección y los trabajadores y la falta de control social. Hacer hincapié en la importancia de la educación para la salud, pero este es el lugar secundario en el servicio y traducir cuando se realizan las relaciones de poder y saber unilateral. En conclusión, las inversiones y acciones para la cobertura de atención ESF no garantiza la cobertura requerida y la resolución necesaria y las prácticas se organizan bajo la escasa infraestructura y el distanciamiento de la integralidad. La acogida, por la escucha, con la palabra y la acción tiene el potencial de contribuir a la potenciación de la mujer para ofrecer subsidios a su autonomía. Los equipos comprometidos con las prácticas problematizan la realidad y proponer cambios que se traducen en el compromiso con la integridad. Este estudio aporta contribución podría subvencionar prácticas profesionales en el ESF y proporciona la base para la investigación de la intervención en el contexto de la salud de la mujer en la atención primaria.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Estrategia de Salud Familiar; Acogimiento; Integralidad en Salud; Educación en Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária/o de Saúde
ASB	Agentes de Saúde Bucal
DS	Distritos Sanitários
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Quadro Sinóptico

58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
3 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
4 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DO SUS	25
5 METODOLOGIA	28
5.1 INTEGRALIDADE COMO CATEGORIA DE ANÁLISE	28
5.2 TIPO DE ESTUDO	30
5.3 LOCAL DO ESTUDO	30
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
5.5 PRODUÇÃO DE MATERIAL EMPÍRICO	31
5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	35
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	35
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1 ACOLHIMENTO COMO EXPRESSÃO DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER	37
6.2 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DISTANCIANDO PRÁTICAS DA INTEGRALIDADE	51
6.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA TRANSFORMAR SABERES E PRÁTICAS	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A- INFORMAÇÕES ÀS PARTICIPANTES	91
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92
APÊNDICE C- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	94
ANEXO- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	96

1 INTRODUÇÃO

A proposta do cuidado à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família-ESF é estruturada com base no princípio da integralidade, de modo que sua efetivação deve ocorrer com acolhimento, escuta sensível, responsabilização e ações resolutivas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM direciona a forma de atuação no cuidado à saúde da mulher, buscando mudança de indicadores de saúde que apontam a vulnerabilidade feminina a agravos preveníveis, tendo integralidade e gênero como eixos norteadores das práticas profissionais (BRASIL, 2011b).

O alcance da integralidade na saúde da mulher na ESF é viabilizado por práticas da equipe mínima de saúde, composta por profissionais das seguintes categorias: enfermagem, medicina, odontologia, além de agente comunitária/o de saúde- ACS, auxiliar ou técnica/o em saúde bucal. Para sua efetividade, com repercussões positivas no processo de saúde e adoecimento das mulheres, faz-se necessário comunicação eficiente entre a equipe e estabelecimento da interdisciplinaridade (VIEGAS; PENNA, 2013).

Destaca-se o papel da enfermeira na ESF, que tem como função gerenciar a unidade de saúde, coordenando os processos de trabalho da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar, com a finalidade de obter resolutividade dos problemas de ordem estrutural, política, assistencial e educativa (SPAGNUOLO et al., 2012).

A ESF é regida pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, que são os alicerces do Sistema Único de Saúde- SUS e, em consequência, da Política Nacional de Atenção Básica- PNAB. Essa assegura o direito de acesso aos serviços para prevenção de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de ações com abordagem sociopolítica, que interfiram na realidade das pessoas de modo individual e coletivo. Por meio dessa Estratégia, busca-se promover qualidade de vida nos territórios de abrangência das Unidades de Saúde da Família- USF, com profissionais de saúde atendendo a toda população (FREITAS; MANDÚ, 2010).

A Estratégia Saúde da Família-ESF foi instituída com o objetivo de reestruturar as ações na atenção básica por meio de práticas multidisciplinares e intersetoriais no atendimento clínico e na educação permanente. Em sua proposta é também priorizado o estímulo ao controle social, entre outras ações que devem ser desenvolvidas de acordo as necessidades da comunidade, com vistas ao estabelecimento do acolhimento e vínculo entre usuárias/os, equipe e serviço para melhoria das condições de saúde (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Engloba desde a disponibilização de infraestrutura adequada e dos meios para tratamento das enfermidades, até o acesso a um sistema efetivo de referência e contrarreferência e a profissionais com preparo adequado à realização da técnica e das tecnologias leves, para que seja estabelecido vínculo entre as pessoas que utilizam o serviço e a equipe de saúde e, para que as prerrogativas asseguradas pela atenção básica sejam concretizadas (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011). Nesse contexto, a resolubilidade corresponde à capacidade do serviço de confrontar e resolver problemas, atendendo às demandas das pessoas e alterando positivamente sua condição de saúde nos contextos individual, familiar e social (TORRES et al, 2012).

Profissionais que atuam na atenção básica nessa perspectiva precisam ter visão ampliada da população, pensamento crítico para analisar adequadamente as situações, destreza para aplicação das técnicas no cuidado clínico e relações interdisciplinares. Também é essencial a humanização, o estabelecimento de relação de confiança com respeito, estímulo à participação de usuárias/os no cuidado e no controle social e comprometimento na execução das ações em saúde. Além disso, os recursos materiais devem ser administrados de forma apropriada com garantia de acesso do nível primário até outros níveis de complexidade (FERREIRA; SHIMITH; CÁCERES, 2010).

Nesse sentido, devem coordenar o cuidado individual, familiar e comunitário, realizar trabalhos em equipe, fazer educação em saúde e educação permanente e gerenciar os insumos necessários ao funcionamento da unidade de saúde. Devem também efetuar procedimentos de atenção à saúde em conformidade com protocolos, de acordo com as necessidades da população em todas as fases do desenvolvimento humano, realizando atividades programadas e atendimento à demanda espontânea, com humanização, acolhimento e escuta qualificada (BRASIL, 2011a).

No entanto, a integralidade do cuidado nem sempre é alcançada. Inexistência do trabalho em equipe, falta de materiais e recursos tecnológicos, tempo prolongado para obtenção de resultados dos exames requeridos e dificuldades para o estabelecimento referência e contrarreferência, foram considerados em pesquisa realizada em USF de Fortaleza, com gestantes e enfermeiras, como barreiras para a realização de um pré-natal qualificado (GUERREIRO et al., 2012).

Em pesquisa realizada em Salvador com profissionais de saúde, enfocando as práticas de cuidado à saúde da mulher e a integralidade, ficou comprovado que, embora haja um reconhecimento das necessidades de saúde das usuárias o foco dos profissionais permanece voltado às ações técnicas. Há dificuldades de vínculo das usuárias ao serviço pelas

dificuldades de acesso, falta de acolhimento, desequilíbrio entre oferta e demanda, e baixa resolutividade, negando-se a integralidade nas Unidades de Saúde da Família-USF em que foram realizados os estudos (BARROS, 2013).

Ressalta-se a relação entre dificuldades de efetivação da proposta da ESF com um processo de formação profissional fragmentário fundamentado no modelo biomédico, individualizado, com foco na doença, contrapondo-se às mudanças requeridas. Essa fragmentação responde também pelo distanciamento de profissionais pelas especializações, relações de hierarquia, sem estímulo à construção conjunta de abordagens entre trabalhadoras/es de saúde para fins comuns (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Resultados das pesquisas relatadas se somam as minhas observações empíricas no âmbito da atenção à saúde das mulheres como participante no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde). Esse permitiu a minha inserção como bolsista no meio profissional por um período de dois anos e me despertou para esse campo de estudo.

Tais experiências possibilitaram ampliar minha visão a respeito do modo como se realiza a busca e o acesso das mulheres aos serviços de saúde em contextos socialmente desfavoráveis e como profissionais da equipe mínima de saúde atuam na atenção à saúde das mulheres.

Considerando que a integralidade constitui eixo norteador da atenção na ESF, o que requer transformar proposições políticas em ações eficazes, partimos do pressuposto que as práticas profissionais na atenção à saúde das mulheres se desenvolvem sob contradições entre seus fundamentos e a realidade da atenção, impondo limites à integralidade. Nesse sentido, foi realizado um estudo buscando responder à questão:

Como a integralidade se expressa nas práticas de cuidado à saúde da mulher experienciadas por equipe da ESF?

Para tanto, os objetivos são:

- Descrever as práticas de cuidado à saúde da mulher experienciadas por equipe da ESF.
- Analisar a realidade problematizada pela equipe multiprofissional sob a perspectiva da integralidade.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O alicerce do pensamento médico é o paradigma cartesiano em saúde considera o corpo humano como uma máquina que poderia ser avaliada separadamente e a doença como o inadequado funcionamento dos mecanismos biológicos do ponto de vista celular e molecular. Nessa configuração, a função da medicina, centrada na ação médica seria intervir para consertar o defeito de um mecanismo específico. Esse modelo denominado biomédico, ao dividir o corpo humano em partes cada vez menores, desvinculou o conceito de paciente do ser humano (CAPRA, 2006).

As formas de organização do cuidado, decorrentes da abordagem clínica e tecnicista reforçaram a separação doente e a doença e fizeram desta última seu objeto. Com isso, a doença foi atribuída às pessoas como imagem social, foram agrupadas de acordo a semelhança sintomática em determinado órgão ou por processo patológico, perdendo sua identidade (COLLIÉRE, 1999).

Tal modelo tem como características a linearidade, que identifica os danos causadores das doenças e os tratamentos específicos para cada uma delas e, o individualismo que considera a necessidade de intervenções apenas para os indivíduos, ignorando os contextos socioculturais, econômicos e históricos envolvidos. Está centrado nos procedimentos médicos, divididos por especialidades e, voltado para os serviços hospitalares onde há maior utilização de tecnologias caracterizadas pelo uso de máquinas e equipamentos sofisticados ou não, em detrimento das tecnologias de relação (SARACENO, 2011; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Nos serviços de saúde, os processos de trabalho dos profissionais foram organizados em função do ato médico, havendo divisão de tarefas para garantir o diagnóstico e o tratamento das doenças. A hipertecnicidade configurou relações sociais hierarquizadas entre profissionais de saúde e usuáries/os, atribuindo diferentes valores às categorias profissionais e, gerando a multiplicação de especializações, segregando ainda mais o corpo doente (COLLIÉRE, 1999).

O modelo biomédico é um sistema construído seguindo a ótica do capitalismo. No Brasil, evoluiu conforme a realidade socioeconômica beneficiando os serviços privados de saúde, alimentando a indústria de equipamentos e a indústria farmacêutica e, estimulando a sociedade ao elevado consumo de procedimentos (FRANCO et al., 2004).

Apesar da contribuição para o desenvolvimento científico e para os serviços de saúde, a forma de expansão do sistema gerou o crescimento do individualismo e de desigualdades

sociais, que interferiram diretamente no processo saúde-doença das pessoas, afetando principalmente aquelas com menor poder aquisitivo. Tais repercussões impulsionaram a luta pelo estabelecimento de novas relações, que tivessem a ética como pilar e que considerassem as subjetividades e os saberes envolvidos nas diversas áreas e realidades (SANTOS et al., 2011).

No processo de busca por mudanças, foi instituído no Brasil, oriundo da luta pela Reforma Sanitária, o SUS, que propunha a reorganização dos serviços de saúde sob novas bases compondo o texto da Constituição Federal de 1988. O SUS reconhece a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado, defende o acesso à saúde a toda a população de acordo com as suas necessidades de saúde e é regido por princípios pautados em um ideal de sociedade mais justa e igualitária, dando relevância à integralidade, equidade, regionalização e humanização das ações em saúde. Constituem prerrogativas que requerem novas formas de atendimento com redefinição dos perfis de profissionais de saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O novo modelo assistencial foi criado articulando princípios éticos, políticos e organizacionais, determinando formas de atuação pautadas nas realidades epidemiológicas, para que fossem incorporadas ações que promovessem a saúde e prevenissem as doenças. (TRINDADE; PIRES, 2013). O Estado, com o dever de assistir a um modelo de proteção social, foi incitado a promover condições para a execução desses serviços, fundamentado em estratégias que viabilizassem sua organização, integração e a transferência de recursos entre as instâncias setoriais do governo, com o objetivo de reduzir os riscos às doenças e aos agravos (BRASIL, 2013).

No entanto, a reorientação assistencial instituída pelo Estado não foi suficiente para romper com o modelo médico privatista, nem com a fragmentação das práticas em saúde. As práticas curativistas e individualizadas tem sido cada vez mais incentivadas pelo sistema econômico vigente do país, como uma forma lucrativa de comercialização da saúde. Além disso, o modelo de formação profissional ainda mantém diretrizes que obedecem a esse formato, não incorporando a integralidade como eixo estruturante, nem capacitando profissionais para serem agentes transformadores das situações de saúde que afligem a sociedade (BONFADA et al.; 2012).

Na formação profissional em saúde, o âmbito hospitalar ainda é o principal cenário de prática e, tem havido resistência quanto à formação generalista e humanista, com inserção dos mesmos em cenários diferentes. Em vez de disciplinas integradas, ainda é mantido um formato curricular fragmentado, que estimula as especializações e não fornece subsídios para

que futuros/as profissionais atuem com pensamento crítico, capacidade de problematizar as práticas, identificar saberes e planejar ações. Consequentemente, há prejuízos no aprimoramento das relações subjetivas entre profissionais e usuárias/os (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

Para que o modelo hegemônico de saúde seja superado, as práticas profissionais devem estar adequadas aos princípios e diretrizes do SUS. Para isso, é necessária a articulação entre ensino, serviço e comunidade, em que o serviço seja um âmbito que possibilite a efetivação das políticas, com integração de conhecimentos para organização do mesmo, a comunidade se envolva efetivamente no processo de controle social. Além disso, o sistema de ensino deve estar aberto para avaliação, regulação e mudança, de modo que haja articulação da educação em saúde com o sistema de saúde (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

3 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção básica é o âmbito no qual são praticadas ações em saúde voltadas às pessoas de modo individual e coletivo em um território delimitado. Essas ações ocorrem desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até a reabilitação, por meio do trabalho em equipe e da efetivação da assistência/cuidado pautado no princípio da integralidade e, de acordo as necessidades e demandas de saúde da comunidade (BRASIL, 2011b).

Do período colonial até a ditadura militar no Brasil, as ações em saúde eram realizadas para diminuir os problemas que resultavam em prejuízos para a economia do país, com intervenções direcionadas ao saneamento em espaços de comercialização e às campanhas contra surtos e epidemias, sendo oferecida à classe com menor poder aquisitivo intervenções oriundas da medicina popular e de hospitais filantrópicos precários e à classe dominante a assistência médica (AGUIAR, 2011).

As mudanças começaram a surgir quando o conceito de Atenção Primária à Saúde começou a ser difundido no Brasil a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, que apoiado pela Organização Mundial de Saúde incentivava o autocuidado, a desmedicalização, a participação da população e de outros profissionais que não fossem da área da saúde. Em seguida, foram criados programas de medicina preventiva que estimularam novos conceitos e práticas para a reestruturação dos serviços de saúde. Com a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária e o repasse de recursos aos municípios, foi possível a ampliação da cobertura, a criação das Unidades Básicas de Saúde e a contratação de recursos humanos para atuarem na atenção básica (AGUIAR, 2011).

No intuito de efetivar ações preventivas, tendo como foco de atuação as famílias, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, que tinha como objetivo oferecer serviços preventivos em lugares pobres, com dificuldade de acesso à assistência médica e, diminuir a morbimortalidade materna e infantil (MELO, 2007).

O PACS foi desenvolvido e implantado no Ceará, pelo Ministério da Saúde, no final dos anos 80 ao início dos anos 90 do século XX. É considerado uma das primeiras medidas para mudança do modelo de atenção à saúde, sendo instituído para reorganizar os serviços no município, com participação de diversos profissionais, visando integrar a comunidade às unidades de saúde, desenvolvendo ações no domicílio, triagem, vacinação, com grupos formados predominantemente por mulheres (BARBOSA et al., 2012; SOUZA; FREITAS, 2011).

O impacto positivo resultante das ações dos ACS, em razão da resolubilidade alcançada dos problemas simples de saúde, fez com que o programa fosse expandido nacionalmente. No entanto, a necessidade de articulação das redes de serviços e o interesse em ampliar a efetividade do trabalho dos ACS e de possibilitar a articulação entre os setores, fez com que o governo criasse o Programa Saúde da Família- PSF (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

O PSF foi criado com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância- UNICEF, de gestoras/es locais e de técnicas/os do Comunidade Solidária no ano de 1994 e, foram estabelecidas as bases da política de atenção básica no SUS. O programa foi expandido nas comunidades e contribuiu para o aumento do acesso aos serviços de saúde com ênfase nas ações centradas na atenção às famílias (CASTRO; MACHADO, 2012).

Proporcionando inicialmente serviços de saúde materno-infantil em territórios definidos para atender de 600 a 1000 famílias de comunidades mais necessitadas, o PSF era implementado por equipes de saúde da família que atuavam coordenando a atenção, associando apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. Eram constituídas por enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde e médico, sendo incluídos em 2004, dentistas e auxiliares de saúde bucal. Em decorrência dos benefícios gerados, a imagem do programa ficou vinculada a progressos relacionados à queda da mortalidade infantil por doenças diarreicas e do trato respiratório e a redução de internações hospitalares (PAIM et al., 2011).

O principal intuito da criação do PSF foi superar o modelo de atenção centrado na doença, determinando como o foco das ações em saúde as demandas individuais e coletivas para o cuidado integral e contínuo, abrangendo suas redes de intervenção. No entanto, ficou restrito às comunidades com maior risco social, expostas às condições sanitárias precárias, em municípios de pequeno porte, tendo baixa adesão nas cidades mais populosas. O programa foi rechaçado por meios de comunicação ao ser comparado aos serviços de saúde privados e, considerado excludente devido aos obstáculos impostos para a sua efetivação, relacionados à dificuldade de acesso aos serviços públicos, recursos físicos e materiais escassos, baixa qualidade e resolubilidade da assistência, resultante de práxis fragmentadas e não individualizadas e, sistema de referência e contrarreferência ineficiente (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Com a criação da Norma Operacional Básica- NOB 01/96, foi definido um modelo de financiamento para o primeiro nível de atenção, fator que motivou a expansão das Equipes de Saúde da Família e a ampliação da Atenção Básica pelos gestores. No período de 2001 a

2002, como estratégia para alcançar os princípios de integralidade, equidade e universalidade, foi promulgada a Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS para substituir as NOB e tornar a Atenção Básica mais resolutiva, por meio da definição de áreas direcionadas ao controle de doenças como hipertensão, diabetes, da tuberculose, hanseníase, problemas de saúde bucal, saúde da criança e saúde mulher (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde iniciou o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família- PROESF para expandir o PSF em cidades de grande porte, capacitar os recursos humanos e realizar monitoramento e avaliação. Apesar de contribuir para a disseminação do programa em todos os níveis do governo e para a construção de indicadores de cuidado e gestão político-organizacionais, recebeu muitas críticas por ampliar o programa sem ter resolvido os problemas anteriores (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Em 2006, através da Portaria nº 648/GM, foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica- PNAB para definir normas de organização para o PSF e o PAC com base nos princípios da equidade, integralidade e universalidade:

Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, p.7, 2007).

Diante da necessidade de adequação das normas nacionais frente ao crescimento da atenção básica e a expansão do PSF, o Ministério da Saúde- MS ampliou a perspectiva do PSF para Estratégia Saúde da Família- ESF, considerando-o como principal modelo de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

A Estratégia Saúde da Família objetiva consolidar o SUS, reorganizando a atenção básica em novas práticas assistenciais, por meio da substituição do modelo tradicional curativista por outro modelo, pautado no estabelecimento do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, centrado no cuidado à família de forma integral, tendo como um dos determinantes para sua efetivação, o coerente desempenho profissional (KANTORSKI et al, 2009).

Tem como principal orientação os princípios do SUS equidade, universalidade, integralidade, acessibilidade, vínculo, participação comunitária e continuidade no cuidado,

possuindo importante papel no acesso à saúde, posicionando-se na porta de entrada dos serviços. Age de modo individual e coletivo, com a finalidade de estimular a autonomia popular e desempenhar ações em saúde, substituindo a proposta de atuação voltada aos procedimentos por uma atuação voltada às/aos usuárias/os (ALVES; AERTS, 2011).

No entanto, após anos de criação da ESF pesquisas revelam que, mesmo com o reconhecimento de mudanças positivas, as práticas não são suficientes para modificar o modelo de atenção. Grande parte dos resultados das pesquisas explicitam dificuldades que poderão limitar as ações em saúde, relacionadas à desarticulação da rede de atenção, falta de políticas de enfrentamento dos determinantes sociais, dificuldades de acesso aos serviços e desarticulação de práticas para promover, prevenir e recuperar a saúde das pessoas, constituindo obstáculos à integralidade.

4 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DO SUS

No Brasil, em 1984, período em que ocorria o processo de construção dos princípios e diretrizes do SUS, foi elaborado pelo Ministério da Saúde- MS, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM, agregando-o ao sistema de saúde em construção. O PAISM surgia apoiando a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres e se propondo a assegurar os direitos femininos no âmbito da atenção à saúde, como acesso aos meios e serviços de prevenção de agravos, promoção, assistência e recuperação da saúde, redução da morbimortalidade, humanização, ampliação e qualificação da atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

O programa foi criado a partir da luta do movimento feminista, com a intenção de extinguir o reducionismo imposto à mulher, com papel social restrito à condição de mãe, responsável pela reprodução e amamentação de sua prole. Os problemas relativos à atenção à saúde da mulher foram expostos pelo movimento de mulheres e, reivindicado ao governo uma política que atendesse a suas demandas, desvinculando a saúde da mulher da saúde da criança. Tinha como objetivo a melhoria dos níveis de saúde e redução da mortalidade materna e infantil e introduzia o conceito de atenção integral como fundamento estruturante e fundamental para o processo de ampliação da atenção à saúde da mulher (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013; SOUZA; TYRREL, 2011).

Decorrente da junção de interesses e percepções do movimento sanitário e do movimento feminista, o programa foi difundido nos serviços de saúde como uma nova forma de atuação no âmbito da saúde da mulher. A atenção integral se tornou uma referência ética e técnica das/os profissionais e de uma adaptação estrutural dos serviços de saúde. Em suas diretrizes, destacou-se a importância da reorientação do trabalho em equipe e do enfoque dos assuntos programáticos para capacitação de trabalhadoras/es da saúde, na direção de construir espaços para as usuárias exercerem autonomia com relação a sua saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

No que se refere à saúde da mulher na atenção básica, foram instituídas pelo MS em 2001, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde-NOAS, garantindo aos municípios ações dirigidas ao planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e câncer de colo de útero, deixando o Estado responsável pelas ações em saúde de maior complexidade. Entretanto, o Programa deixou falhas no que diz respeito às ações em saúde para adolescentes, doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas, saúde mental e ocupacional, ginecologia,

reprodução assistida, infertilidade e climatério e na inserção da perspectiva de gênero e raça na composição das mesmas (BRASIL, 2011b).

Assim, o PAISM mesmo constituindo um programa pioneiro no Brasil, considerado uma inovação política que contribuiu com a construção do SUS e com a ampliação da atenção à saúde da mulher, deixou falhas por não cumprir com a proposta de universalização e de integralidade, defendidas pelo SUS. As ações na atenção à saúde da mulher foram ampliadas, mas a ênfase foi dada a questões de ordem sexual e reprodutiva.

Na Conferência Nacional das Mulheres que ocorreu em 2004, foram discutidas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva e criado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres- PNPM. O PNPM teve como objetivo favorecer a solidificação da equidade de gênero, admitindo as desigualdades sociais existentes em decorrência das relações de poder entre homens e mulheres; promover a igualdade e o empoderamento das mulheres com o exercício da autonomia sobre seus corpos e a cidadania, valorizando-as como sujeitos políticos por meio de sua participação em movimentos sociais e no controle social (FERREIRA, 2013).

No mesmo ano, com o intuito de reorganizar nacionalmente a atenção à saúde da mulher, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM. Essa propunha um olhar diferenciado no que diz respeito às aos contextos sociais e de vida das mulheres, avaliando os índices de morbimortalidade e as situações de vulnerabilidade na perspectiva de gênero e da integralidade (RAMALHO et al., 2012).

A formulação dos princípios e diretrizes da PNAISM aconteceu com a participação de pessoas interessadas em estabelecer melhores condições de saúde, e garantia de melhoria da assistência, de acordo as necessidades das mulheres. Além de gestores de saúde, agências internacionais e estudiosos/as da área fizeram parte do processo de construção da política, o movimento de mulheres, o movimento negro e de trabalhadoras rurais (FREITAS et al., 2009).

O documento trouxe em seu arcabouço as mulheres como detentoras de direito das ações em saúde, acentuando a importância de considerar a especificidade de todas as fases do ciclo de vida e dos diversos grupos. Incluiu além das demandas anteriormente reivindicadas para o PAISM, as mulheres socialmente excluídas como as negras, índias, residentes de zona rural, deficientes, presidiárias e lésbicas, sustentando a luta por direitos sociais e legitimando as diferenças na busca pela igualdade e universalidade (PAZ; SALVARO, 2011).

A PNAISM traz como condição principal para promoção da saúde da mulher e resolubilidade dos problemas com respeito aos direitos humanos, a humanização e a qualidade

na assistência. Essas podem ser efetivadas por meio do acesso aos serviços de saúde, da organização da rede assistencial, disponibilidade de insumos, equipamentos, recursos de infraestrutura e tecnológicos, funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, busca ativa, educação permanente de profissionais, análise de indicadores e acolhimento (BRASIL, 2011b).

Apesar dos avanços, os serviços de saúde ainda tem sido um lugar de desrespeito às mulheres, uma vez que suas necessidades de saúde não são atendidas. Tal desrespeito se manifesta por meio da dificuldade de acesso ao serviço, violência institucional, violência de gênero, falta de acolhimento por profissionais, desequilíbrio entre oferta e demanda, negando-se a integralidade e a garantia de direito à saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 INTEGRALIDADE COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

A integralidade é um conceito amplo que possui como objeto central a organização dos serviços de saúde, estabelecendo como caminhos necessários para o alcance da efetividade e resolutividade nos meios assistenciais, a melhoria dos processos de trabalho e das práticas profissionais, de modo que haja uma transformação do fazer em saúde voltada à aproximação das definições de cuidado (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004). O cuidado abordado como condutor da integralidade é, praticado diante das necessidades das/os usuárias/os considerando subjetividades que requisitam ações como sentir, acolher, respeitar e tranquilizar (JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

O conceito de integralidade da assistência, segundo a lei 8.080/90, é trazido como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

No entanto, por abarcar diferentes leituras com sentidos distintos, que são definidos de acordo com os objetivos almejados por cada sujeito nas diversas realidades, a integralidade é mais do que uma diretriz do SUS, sendo constituída como conceito polissêmico, que está em processo de construção contínua, em busca da justiça no sistema de saúde. Em sua definição possui três perspectivas, a adequada atuação profissional, que ocorre considerando as necessidades em saúde das pessoas, atuando com o propósito de promover a saúde, prevenir agravos e articular ações de reabilitação e de cura; a da organização das práticas em saúde, visando atender tanto as demandas previamente programadas quanto as espontâneas, para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a perspectiva da ação governamental na constituição de políticas, que tenham por objetivo sanar problemas de saúde, englobando, em sua composição, os diversos indivíduos e as abordagens existentes no contexto (MATTOS, 2001).

Esse princípio de atuação democrática é sustentado pelos pilares da confiabilidade, responsabilidade e ética. Tem como objetivo romper com o trabalho fragmentado, tornando-o resolutivo através da utilização de tecnologias leves como o acolhimento e o vínculo, que possibilitam uma terapêutica continuada a/ao usuária/o, considerando a importância das questões sociais e subjetivas, nos processos de saúde (MINOZZO et al., 2008).

Nesse sentido, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização resultam na qualidade da atenção e são considerados subunidades que, em vigência, revelam a integralidade.

O acolhimento pode ser identificado através da escuta qualificada, da humanização do cuidado, da democratização nas relações interpessoais, com estímulo à participação coletiva e respeito à autonomia, estabelecendo-se também na forma de organização do serviço e das ações em saúde, de modo a favorecer a resolução dos problemas emergentes. O vínculo é observado pelo interesse da/o profissional pela vida da/o usuária/o, na medida em que estabelece relação de confiança com aproximação e aumento do conhecimento, ampliando também a sensibilidade frente às situações de sofrimento, sendo essa construção ligada diretamente à responsabilização pelas/os usuárias/os nos processos de vida e morte. A responsabilização ocorre quando profissionais de saúde tem compromisso com a garantia de resolução de problemas, responsabilizando-se pelas intervenções necessárias e possíveis para atender a demandas das/os usuárias/os (JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

A qualidade da atenção envolve desde a qualificação pessoal das/os profissionais até os cuidados com a estrutura física, sendo avaliada pela capacidade de gerar benefícios à saúde, influenciada por fatores relacionados ao acesso, continuidade da atenção, administração e satisfação das/os pessoas (JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Considerando as conformações particulares dos modelos assistenciais, tendo em vista formações profissionais e modos individuais de realizar os serviços no âmbito do trabalho, a integralidade é vista conforme as realidades específicas, manifestando-se de acordo com as relações estabelecidas entre profissionais nas instituições. No entanto, deve ser assumida como eixo norteador das ações sociais, unindo os diferentes interesses e perspectivas entre profissionais e usuárias/os, para contribuir com a edificação e propagação de saberes e práticas do cuidado e com a avaliação de políticas instituídas pelo Estado (PINHEIRO; LUZ, 2005).

Em estudo na ESF foi constatado que a integralidade pode ser vista nesse *locus* por meio da relação interdisciplinar de profissionais com integração entre si e com a comunidade, valorizando a atuação de todos os profissionais nesse processo, rompendo com a divisão de trabalho. Além disso, o princípio também pode ser desenvolvido por meio do acolhimento e escuta das/os usuárias/os, da territorialização e visita domiciliar, estímulo ao controle social e ao autocuidado, buscando criar vínculo entre profissional-comunidade-serviço e promover a corresponsabilização pela busca da saúde e do bem-estar (VIEGAS; PENNA, 2013).

Quando direcionado à saúde da mulher, esse princípio deve nortear práticas profissionais que não restrinjam as mulheres a avaliações no sentido biológico. Devem

abranger o sentido psicossocial, com estímulo às potencialidades, respeito a seu conhecimento e enfoque na justiça com boas relações entre profissionais e, entre profissionais e usuárias, devendo tais valores ser defendidos e construídos cotidianamente para a transformação da realidade (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM, integralidade e gênero se tornaram princípios que orientam as práticas para abrir caminhos ao empoderamento das mulheres, com garantia de acesso e de resolubilidade nas diferentes fases do ciclo de vida. No entanto, pesquisas na rede de atenção básica mostram que a integralidade ainda é negada às mulheres com desequilíbrio entre oferta e demanda, dificuldade de acesso e de escuta, sem estabelecimento de vínculo e de responsabilização (COELHO et al., 2012).

O trabalho em saúde no sentido da integralidade da atenção exige reflexão crítica das/os profissionais de saúde a respeito dos processos envolvidos, de modo que as fragmentações existentes nas práticas e nas formas de estruturação do serviço sejam expostas. Para caminhar na direção da integralidade, são necessárias mudanças na formação, na gestão e na produção do cuidado, garantindo-se o direito à saúde (PINHEIRO et al., 2005).

5.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa tem como objetivo entender, descrever e explicar o mundo, analisando fenômenos sociais, avaliando as relações, comunicações e experiências no cotidiano das práticas profissionais de forma individual e em grupo (FLICK, 2009). Na área da saúde é utilizada para compreender as rotinas e modificar as práticas do cuidado, com o enfoque da pesquisa e da avaliação voltado à atuação dos sujeitos envolvidos (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

5.3 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi uma Unidade de Saúde da Família Ilha Amarela, do município de Salvador- BA, localizada no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário.

A capital da Bahia, segundo o último censo realizado pelo IBGE possui área de unidade territorial de 693,276 km², com população residente de 2.675.656 pessoas, e destas 1.426.759 são mulheres (IBGE, 2010).

Salvador tem estrutura político administrativa constituída por 18 Regiões Administrativas-RA e 12 Distritos Sanitários-DS. Entre os últimos, insere-se o Subúrbio Ferroviário, que possui aproximadamente 345.130 habitantes e serviços de saúde distribuídos em Unidades de Saúde da Família, com 42 equipes de saúde, 5 Unidades Básicas de Saúde, 1 Hospital Estadual e um Pronto-Atendimento Municipal. Os Distritos Sanitários também se caracterizam por ser uma área com grandes dificuldades de oferta de equipamentos de saúde; concentração elevada de chefes de família com baixo nível de escolaridade; e, reduzida entrada no mercado de trabalho, com poucas chances de alcance dos serviços de saúde para si e para sua família (SALVADOR, 2010).

Conforme Santos (2010), a Unidade de Saúde da Família Ilha Amarela é composta por 4 equipes de saúde que desenvolvem ações de atenção primária, atendendo a 3.568 famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com 12 profissionais que compunham as quatro equipes da USF: três agentes comunitárias de saúde- ACS, três agentes de saúde bucal-ASB, três dentistas, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. As participantes tinham entre 27 e 60 anos de idade e 5 a 38 anos de trabalho, dos quais de 2 a 13 anos na ESF. Duas das profissionais tinham cursos de atualização em saúde da mulher e violência contra a mulher, uma em rede cegonha e uma em aleitamento materno.

Os critérios de inclusão foram:

- a. Fazer parte da equipe mínima de profissionais de saúde da ESF (enfermeira, agente comunitária/o de saúde- ACS, auxiliares e/ou técnica(o)s de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico(a) em saúde bucal);
- b. Ter tempo de trabalho na USF de no mínimo 6 meses.

5.5 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A produção do material empírico foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. O acesso às USF deu-se após autorização da Secretaria de Saúde do Município e do gerente da USF.

A aproximação com o campo ocorreu após autorização da Secretaria de Saúde do Município, a partir da qual o gerente da USF foi contatado por telefone e solicitado encontro para falar a respeito da pesquisa.

No primeiro dia na USF, em contato com o gerente, foi apresentado o projeto e seus objetivos, salientando que a pesquisa seria realizada por meio de grupo focal e de entrevistas, essas se houvesse necessidade. Foi também informado que participariam profissionais que fizessem parte da equipe mínima da ESF.

O gerente se mostrou solícito quanto à realização da pesquisa na USF e interessado pela mesma. Na ocasião foram sanadas algumas dúvidas quanto à forma e o tempo da coleta. Após os esclarecimentos, foi combinado com o gerente o próximo momento na USF para participação na caminhada do outubro rosa para apresentação dos profissionais de saúde, uma vez que havia a coincidência com o mês dedicado à divulgação e estímulo à participação da população no controle do câncer de mama.

No segundo dia na USF, ocorreu a caminhada do outubro rosa junto com as crianças do bairro, em comemoração ao dia crianças. A USF estava bem movimentada, além da organização para a caminhada também estavam acontecendo os atendimentos de rotina do serviço. Para a caminhada a equipe conseguiu um carro de som e lanche para distribuir entre as crianças e a equipe de saúde. Nesse momento, foi possível conhecer parte da equipe e participar da caminhada e da entrega dos lanches.

No entanto, não foi possível neste dia conhecer toda a equipe de saúde, pois alguns não estavam presentes. Houve a oportunidade de conhecer as enfermeiras recém-nomeadas por concurso, ACS, recepcionistas e uma dentista. O gerente também não estava presente porque estava em uma reunião em outra localidade.

Na semana seguinte, a equipe estava em atividade de planificação em outro local, de modo que não houve possibilidade de continuar com a aproximação. Então, em novo contato com o gerente por telefone, foi marcado outro dia para retorno a USF.

No terceiro dia no serviço, já foi possível iniciar a captação de participantes para o estudo. O contato inicial foi com uma enfermeira, com a qual conversamos a respeito do projeto e fizemos o convite para participação. A mesma aceitou e sugeriu que a coleta de dados ocorresse às sextas-feiras às 9h manhã, na sala de reuniões da USF. Na terceira e quarta visitas à USF antes da produção do material empírico, houve convite a mais treze profissionais com aceitação em participar da pesquisa no dia e horário sugeridos pela enfermeira. Dois médicos foram convidados a participar da pesquisa, mas não puderam aceitar em decorrência de um curso que faziam nas sextas-feiras. A partir desse momento, os

convites foram formalizados em documento agradecendo o aceite e lembrando o dia e horário do encontro.

- **TÉCNICA DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO**

A produção do material empírico deu-se por meio da técnica de grupo focal. O grupo focal permite obter dados sob o ponto de vista das participantes sobre saberes, crenças, desejos, ações, intenções, compreensões e explicações dos fatos sociais, além de possibilitar uma análise das expressões não verbais (GIL, 2002).

O **grupo focal** é uma técnica que produz um vasto leque de respostas, a partir da discussão, entre pessoas reunidas, sobre uma temática específica. Investiga os olhares sobre um determinado fenômeno social, originando questionamentos e estimulando a procura de respostas pertinentes (BACKES et al., 2011).

É considerado um tipo de entrevista grupal na qual a interação que ocorre no encontro das pessoas também pode ser utilizada como um dado do estudo, permitindo a apreensão de maneiras distintas de linguagem e de entendimentos do cotidiano, a partir de comportamentos e expressões das/os participantes, explorando pontos de vista diferentes em um mesmo contexto (SILVA, 2009).

O grupo focal amplia a quantidade de informações colhidas a respeito do fenômeno estudado, criando novas compreensões e explorando com profundidade as temáticas abordadas em equipe. Ao mesmo tempo, é um instrumento que promove a reflexão crítica das/os participantes e estimula a transformação da realidade no contexto em que estão inseridos (BACKES et al., 2011).

- **PROCEDIMENTOS PARA A PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO**

Na data e horário combinados para primeiro encontro do grupo focal, compareceram 12 profissionais das 14 que tinham aceitado participar do estudo: três agentes comunitárias de saúde- ACS, três agentes de saúde bucal- ASB, três dentistas, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem.

Foram apresentados os objetivos e os procedimentos da pesquisa, assim como as regras para a participação e, foi solicitado que as mesmas assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B).

Desenvolvemos inicialmente dinâmica de apresentação e descontração, na qual foram entregues cartões com nome das profissionais e distribuídos aleatoriamente, sendo solicitado que as mesmas apresentassem a pessoa identificada no cartão. Em seguida, foi iniciado o grupo focal (APÊNDICE C) conduzido no primeiro encontro por duas moderadoras, sendo essas a pesquisadora e uma assistente de pesquisa, em um tempo médio de 2h.

O grupo focal foi iniciado com a apresentação de um *layout* da unidade feito de cartolina, retratando a estrutura do serviço com suas divisões internas e o fluxo de mulheres naquele serviço, com o objetivo de estimular as participantes a pensar a respeito dessas mulheres e das ações realizadas com as mesmas nesse ambiente. A partir da apresentação do *layout* ao grupo, foi solicitado que as profissionais discutissem a respeito dos temas: características das mulheres que procuram os serviços, demandas das mulheres e de ações/soluções no atendimento às mulheres.

A discussão teve efetiva participação de todo o grupo que lançou seu olhar sobre os temas sugeridos enfatizando as condições sociais e econômicas das mulheres, suas demandas oriundas das relações com os parceiros e que buscam apoio no serviço de saúde; as demandas por ações técnicas com respostas limitadas pela infraestrutura com descontinuidade de ações e insumos; e oferta limitada de ações de educação em saúde, ao tempo que davam sugestões para mudanças na qualidade da atenção às mulheres. Ao final do primeiro encontro foi realizada uma síntese das questões abordadas, feito agradecimento às participantes e agendamento do segundo encontro para a semana seguinte, conforme já acordado no grupo.

No segundo grupo focal, conduzido pela pesquisadora e duas assistentes, foi apresentado o objetivo do grupo focal para aquele dia e resgatados os temas discutidos na reunião anterior. A partir dessa apresentação foi solicitado que uma vez novamente em contato com os principais pontos valorizados pelo grupo, fossem apontadas soluções para os principais problemas apresentados em complementariedade ao que já haviam sugerido no primeiro dia. Foi apresentada uma questão facilitadora: De que modo a equipe pode ampliar sua contribuição para melhorar a qualidade do cuidado oferecido às mulheres? As respostas e sugestões foram direcionadas a ações em nível da equipe e da gestão, sobretudo dependentes da organização do serviço com articulação entre instâncias gestoras; outras de ordem da macroestrutura, em que há necessidade de organização do serviço sob novas bases que demandam olhar para o modelo de formação e da organização das práticas. Após esse processo, concluiu-se a atividade com avaliação positiva pelo grupo, agradecimentos às participantes e o compromisso de retorno ao serviço após conclusão da dissertação para divulgação dos resultados.

As falas foram gravadas, transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas. Os nomes utilizados para a identificação das usuárias são fictícios e foram escolhidos pela pesquisadora.

5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico foi realizada por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin, que considera o discurso uma combinação de frases que expõem pensamentos e valores das pessoas sobre seu mundo interno e externo, determinados socialmente (FIORIN, 2011).

No discurso há um campo de determinação ideológica, formado inconscientemente por outros elementos de discurso assimilados ao longo da vida e, constituem a forma de ver o mundo em um contexto social (FIORIN, 2011). Tais ideologias são expressas por meio de figuras e temas, que são instrumentos de concretização do sentido. (FIORIN, 2013).

Na área da saúde é observada a mutabilidade existente entre os discursos de profissionais e a inter-relação dos mesmos na formação das práticas, revelando compreensões do processo de saúde-doença, em momentos distintos (PINHO; KANTORSKI; HERNÁNDEZ, 2009).

Seguindo orientação do autor, Fiorin (2011), foram realizadas as seguintes etapas:

- Leitura de todo o texto para que fossem localizados as figuras e os temas que conduzem a um mesmo bloco de significação;
- Agrupamento dos elementos significativos (figuras e temas) que se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significado;
- Depreensão dos temas centrais;
- Formação das categorias empíricas de análise.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados para este estudo ocorreu após a submissão do projeto à Plataforma Brasil e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de parecer 1.259.456, em 22 de setembro de 2015.

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa dispostos na Resolução 466/12 sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos, na qual foram asseguradas a autonomia e a dignidade das participantes, sendo sua contribuição de livre escolha, com o

direito de se recusar a permanecer na pesquisa em qualquer etapa. Também foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos das mesmas.

Os potenciais riscos e benefícios foram avaliados, havendo comprometimento com resultados benéficos em sua maioria, prevenindo danos evitáveis e garantindo o bem-estar das mesmas. A privacidade das participantes foi mantida, garantindo-se a confidencialidade das informações e a não utilização dessas em prejuízo das mesmas, sem que haja maleficência para qualquer participante.

Houve exposição da justificativa, objetivos, procedimentos e métodos que foram empregados na pesquisa, em local e com linguagem adequados, assegurando também a posterior divulgação dos resultados do estudo e, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, dando-se o tempo necessário para a pessoa decidir quanto a sua participação na pesquisa.

Concordando em participar do estudo, foram solicitadas as assinaturas das pesquisadoras e da pessoa pesquisada, em duas vias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 466/2012 (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ACOLHIMENTO COMO EXPRESSÃO DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

RESUMO

Objetivos: analisar o acolhimento de mulheres por equipes multiprofissionais de saúde sob o enfoque da integralidade. **Métodos:** Estudo exploratório de abordagem qualitativa, tendo gênero e integralidade como categorias analíticas. Foi desenvolvido com equipes da Estratégia Saúde da Família, em Salvador, BA. O material empírico foi produzido por grupo focal e analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** Sobressaem-se para o cuidado demandas de mulheres em idade reprodutiva, com vulnerabilidade social e econômica, que trabalham para prover e cuidar da família ou dependem do parceiro e buscam o serviço com carência afetiva, desgastes por acúmulo de funções e submissão a parceiros. **Conclusões:** Profissionais realizam práticas de acolhimento e escuta sensível, com ênfase à dimensão relacional, resultando em vínculo. Há perspectiva da integralidade, limitada às possibilidades da equipe em lidar com subjetividades e singularidades, havendo necessidade de incorporar a abordagem de gênero ao cuidado às mulheres.

Palavras-chave: Acolhimento; Relações interpessoais; Integralidade em saúde; Identidade de gênero; Saúde da mulher; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: Analyze the user embracement of women by multi-professionals teams of health about the focus of integrality. **Methods:** The exploratory study of qualitative approach, taking genre and integrality like analytics categories. It was developed with teams of Strategy in Family's Health, in Salvador-Ba. The empirical material were produced by a focal group and analyzed by the technique of discourse analysis. **Results:** Highlighting for the care demands of women in reproductive age, with social and economic vulnerability, who work to provide and take care of the family or depend of the partner and search the service with lack of affection, waste for accumulations of functions and submission to their partners. **Conclusions:** Professionals realize the practice of user embracement and sensible listening, with focus in the relational dimension, resulting in blonds. There is perspective of integrality limited to the

possibilities of the team in to deal with subjectivity and singularity, having necessity to incorporate the genre approach to woman's care.

Keywords: User Embrace; Interpersonal Relations; Integrality in Health; Gender Identity; Women's Health; Family Health Strategy.

Title: User Embrace like expression of care to woman's health

RESUMEN

Objetivos: Analizar la recepción de las mujeres por equipos multidisciplinares de salud con un enfoque de integralidad. **Métodos:** Un estudio exploratorio de enfoque cualitativo, con el género y la amplitud como categorías de análisis. Fue desarrollado con los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, en Salvador, Bahia. El material empírico fue producido por el grupo focal y analizó mediante la técnica de análisis de voz. **Resultados:** En defensa de las demandas de atención de las mujeres en edad reproductiva, la vulnerabilidad social y económica, que trabajan para mantener y cuidar de la familia o que dependen de la pareja y buscan servicio con falta de afecto, se desgastan por la acumulación de funciones y la sumisión a los socios. **Conclusiones:** Profesionales realizan prácticas de acogida y escucha sensible, con énfasis en la dimensión relacional, lo que resulta en bonos. Hay perspectiva de integralidad, limita las posibilidades de personal en el tratamiento de las subjetividades y las singularidades, hay una necesidad de incorporar un enfoque de género a la atención de las mujeres.

Palabras clave: Acogimiento; Relaciones Interpersonales; Integralidad en Salud; Identidad de Género; Salud de la Mujer; Estrategia de Salud Familiar.

Título: Recepción y relación de expresar salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma tecnologia leve de assistência à saúde e deve ser exercido por profissionais por meio da escuta sensível e qualificada. Essa deve prezar pelo interesse a demandas de saúde da população, favorecendo a construção de relação de confiança e vínculo entre usuárias/os, equipe e serviço. Quando relacionado à saúde da mulher deve ser incorporado às questões de gênero, que são ideologias culturalmente impostas que determinam o lugar social de mulheres e homens, com repercussões no processo saúde-doença. Ambos os conceitos, agregados, favorecem a efetivação da integralidade que visa a prestação do cuidado de acordo com as singularidades e ciclos de vida de mulheres, por meio

de serviços de saúde resolutivos (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2015; VIEGAS; PENNA, 2015; COELHO et al., 2012).

Por ser um dos meios de reorganização do sistema de saúde exige atuação multiprofissional com articulação de múltiplos saberes para produção de saúde. Conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização- PNH, a equipe de saúde deve considerar o contexto socioeconômico e cultural e as condições físicas e psicológicas de usuárias/os. Deve também considerá-las/os participantes ativas/os no processo do cuidar, estimulando sua autonomia o que é essencial para estabelecimento do vínculo com os serviços (NORA; JUNGES, 2013).

O vínculo é construído continuamente e ampliado de modo proporcional ao acolhimento da pessoa que procura os serviços de saúde e aquelas que ofertam as ações. Nesse processo, é preciso compreender subjetividades e estabelecer a confiança que favorece maior interação entre usuária/o e equipe de saúde, facilitando a voz, a autonomia, a adesão terapêutica e o alcance da resolutividade (SILVA et al., 2013).

Desse modo, escuta qualificada também é um meio facilitador da formação do vínculo, uma vez que ultrapassa as superficialidades e adentra as subjetividades das pessoas que procuram os serviços de saúde, permitindo que profissionais conheçam demandas, contextos de vida e de sofrimentos. Deve ser pautada, entre algumas características em atenção, ética, manutenção do sigilo e respeito à diversidade de opinião, de modo a valorizar singularidades e favorecer transformações positivas nas diversas realidades, na direção da integralidade do cuidado (MAYNART et al., 2016).

Considerando a integralidade como conceito plural de construção contínua, destaca-se como uma de suas perspectivas as boas práticas profissionais. Na atenção básica à saúde, a equipe da Estratégia Saúde da Família-ESF, majoritariamente à frente desse nível de atenção, deve atuar de forma integrada no cuidado da pessoa que procura o serviço e avaliá-la como pessoa única e indivisível, utilizando tecnologias leves para uma prática em saúde resolutiva (VIEGAS; PENNA, 2015).

Mulheres constituem a parcela da população de maior presença nos serviços de atenção básica, buscando cuidados para si, para familiares ou para outras pessoas do seu convívio social. Na saúde da mulher, a integralidade depende de ações das equipes de saúde que atendam a demandas por cuidado em todo o ciclo de vida, na interação com os contextos econômico, social e cultural em que se incluem as questões de gênero e sua influência no processo de saúde e de adoecimento (COELHO et al., 2012).

A demanda é o pedido explícito de usuários/as e expressa suas necessidades mais complexas, modeladas pela oferta feitas pelos serviços, sendo construídas socialmente. As necessidades são as buscas de soluções para certas condições em que as pessoas vivem, o desejo de autonomia, de acesso a alguma tecnologia ou profissional específicos, que possa resultar em benefícios para a vida. Desse modo, exige de profissionais um conhecimento amplo e aprofundado a respeito da população adscrita, tendo em vista suas demandas, para que suas ações sejam direcionadas para além do campo biológico, abrangendo dimensões mais profundas nas práticas de cuidado à saúde da população (CECILIO, 2001).

Nesse contexto o acolhimento, a escuta qualificada e o vínculo se constituem como instrumentos essenciais para promover a saúde e potencializar a integralidade. Esses devem ser viabilizados por práxis da equipe multiprofissional e pelo protagonismo das usuárias das Unidades de Saúde, de modo a favorecer o empoderamento e o enfrentamento de agravos (COSTA; LOPES, 2012).

No campo da atenção à saúde das mulheres é de amplo conhecimento a permanência do modelo técnico tanto em observações empíricas como em resultados de pesquisas (COELHO et al., 2012). Todavia, há mudanças em curso e a ESF tem sido referência para que a integralidade se esboce em atos por meio de suas equipes profissionais. Assim, tendo em vista as especificidades das demandas de saúde das mulheres e considerando que a integralidade deve nortear as relações profissionais/usuárias e as práticas, buscamos analisar o acolhimento de mulheres por equipes multiprofissionais de saúde sob o enfoque da integralidade.

METODOLOGIA

Estudo exploratório com abordagem qualitativa que utiliza como categorias de análise integralidade e gênero, compreendendo-se que a integralidade é um conceito que abarca em suas dimensões práticas profissionais em saúde que garantam acesso e resolubilidade resolutividades e, quando direcionada a mulheres, envolve as questões de gênero por considerar determinações sociais e culturais que influenciam o modo de vida das mulheres e o processo de saúde e de adoecimento das mesmas (COELHO et al., 2012).

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, na cidade de Salvador- BA, em que atuam quatro equipes de saúde. Os critérios de inclusão foram: fazer parte da equipe mínima de profissionais de saúde da ESF (enfermeira, agente comunitária/o de saúde-ACS, auxiliares e/ou técnicas/os de

enfermagem, médico/a, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico/a em saúde bucal); ter tempo de trabalho na USF de no mínimo de 6 meses.

Participaram da pesquisa 12 profissionais que compunham as quatro equipes da USF: três agentes comunitárias de saúde-ACS, três agentes de saúde bucal-ASB, três dentistas, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. As participantes tinham entre 27 e 60 anos de idade e 5 a 38 anos de trabalho, dos quais de 2 a 13 anos na ESF. Duas das profissionais tinham cursos de atualização em saúde da mulher e violência contra a mulher, uma em rede cegonha e uma em aleitamento materno.

O material empírico foi produzido por meio da técnica de grupo focal. O grupo focal é uma técnica que produz um vasto leque de respostas a partir da discussão entre pessoas reunidas sobre uma temática específica. Investiga os olhares sobre um determinado fenômeno social, originando questionamentos e estimulando a procura de respostas pertinentes (BACKES et al., 2011).

Foram realizados dois encontros em um tempo médio de 2 h. A técnica foi conduzida no primeiro encontro por duas moderadoras, sendo essas a pesquisadora e uma assistente de pesquisa e o segundo encontro com a pesquisadora e duas assistentes. O local para realização do grupo focal foi à sala de reuniões da USF.

Os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como as regras para a participação, foram apresentados no início da reunião e, após aceite para participação, foi solicitado que as mesmas assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Em seguida, foi desenvolvido o grupo focal.

Entre as possibilidades de procedimentos e estratégias para realizar um grupo focal, entre elas questões abertas previamente elaboradas; situação problematizadora da realidade ou do objeto que se busca conhecer, optamos por ter como ponto de partida o serviço em que atuam as profissionais do estudo. Construimos previamente em cartolina um *layout* da USF, retratando a estrutura do serviço com suas divisões internas, mulheres usuárias e seu fluxo de atendimento naquele serviço.

A partir da apresentação do *layout* ao grupo, foi solicitado que discutissem os seguintes temas: características das mulheres que procuram os serviços; as demandas das mulheres e ações/soluções no atendimento às mulheres. Neste artigo, que compõe pesquisa mais ampla sobre *Demandas de saúde e a experiência de mulheres na busca pelo cuidado*, exploramos o acolhimento e o vínculo das mulheres pela ESF, como dimensão da integralidade valorizada pelas profissionais ao problematizarem a realidade.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin, que considera o discurso uma combinação de frases que expõem pensamentos e valores estereotipados do indivíduo sobre seu mundo interno e externo, determinados por coerções sociais. Para o autor, o discurso é uma posição social e as formações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2011).

Seguindo o autor acima, foram realizadas as seguintes etapas: leitura de todo o texto para que fossem identificadas figuras e temas que conduzissem a um mesmo bloco de significação; agrupamento dos elementos significativos (figuras e temas) que se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significado; depreensão dos temas centrais e formação das categorias empíricas para análise.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, mediante o parecer nº 1.239.456. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa dispostos na Resolução 466/12 sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

As usuárias da ESF, na área em que foi realizada a pesquisa, foram caracterizadas pelas profissionais como mulheres que se encontram em *idade reprodutiva ou são idosas*, cuja vida é marcada por carência afetiva, material e submissão ao poder masculino. Residentes em área de vulnerabilidade social e econômica buscam o serviço de saúde para cuidar da família que, em muitas situações se sobrepõe ao cuidado de si, apresentando necessidades de escuta a questões de ordem emocional. Os depoimentos a seguir confirmam tais afirmações:

As mulheres que estão chegando aqui, o que me passa assim, muito sofridas, sofrem machismo em casa entendeu? Muito! Sofrimento exagerado na vida! (Alfazema).

Sempre muito preocupada em abrir mão daquilo que é dela né, do direito dela pra colocar...ah doutora será que eu não posso colocar meu marido porque ele tá pior do que eu. E às vezes o marido não tá nem aí pra nada né, não tá se incomodando com nada. Uma proteção muito grande (Beladona).

A mulher é de uma população muito vulnerável, temos uma história que passa por machismo, [...] violência [...] Mulher segurando a família, sustentando tudo. Mulher que trabalha,

mulher que cuida da casa, mulher que cuida dos filhos, que traz os filhos. É até difícil trazer o homem, mas a mulher é como se fosse o centro da família (Alecrim).

Apesar da vida, de estarmos no século XXI, mas mulher ainda está, ainda tem aquela cultura de que ela nasceu para ser doméstica, para ser mãe, lavar, cozinhar, passar, certo? (Copaíba).

O cotidiano das mulheres gera demandas de ordem afetivo-emocional e o serviço de saúde, por meio de sua equipe constitui ponto de apoio e segurança. A valorização da dimensão relacional e a singularidade da mulher demandam escuta sensível às relações de gênero e às carências que se apresentam, o que tem ocorrido segundo a leitura que fizemos dos depoimentos:

Tem essa sede do atendimento [...]essa carência afetiva [...]muitas vezes vem mesmo porque gostam de estar aqui, porque querem estar aqui, porque se sentem acolhidas [...] Essa mulher que vem até nós é uma mulher que quer ser olhada, escutada, ter seu desejo atendido. Muito maternais [...]Muitas vezes algumas delas usam aqui a unidade até como um refúgio (Mirra).

Às vezes a mulher vem sisuda, na defensiva e muitas vezes você a desarma com um sorriso, com uma palavra. Ainda que você não possa oferecer aquilo que ela quer naquele momento, de alguma forma ela se sente saciada pela forma como você a acolheu, como você a escutou, pelo olhar (Copaíba).

É uma das maiores coisas que a gente tem observado é isso, a necessidade que elas tem de expor o que estão sentindo naquele momento e são gratas também, muitas das vezes voltam para agradecer, voltam pela palavra (Eufrásia).

É uma troca. Falam segredos mesmo da vida e vem aqui depois só ver a gente, quero dar uma palavrinha só, contar uma coisa boa. Então são várias histórias de vida. A gente se identifica [...] Não tem como não ter vínculo, você conhece a mulher, você conhece o filho, ela traz o filho, traz a filha, e aí acaba trazendo também a família[...] (Alecrim).

Elas querem ser ouvidas, quer que alguém dê atenção, quer o problema resolvido, na maioria das vezes quando vem, não alguém vai resolver, alguém vai ter que resolver (Beladona).

Em condições de carências e em circunstâncias de vida em que desigualdades sociais, entre elas desigualdades de gênero tolhem a capacidade de fazer escolhas, a escuta e a palavra mantêm seu lugar no cuidado. Assim, profissionais, embora reconheçam que questões estruturais se sobrepõem à capacidade resolutiva, assumem uma posição de grupo que indica compromisso em oferecer respostas nos limites institucionais, conforme se ler a seguir:

Lógico que a unidade não é uma unidade perfeita, tem seus problemas, além dos estruturais de cada processo de trabalho, a gente empaca às vezes em alguns problemas, a gente tenta dentro do possível tentar solucionar e se nós não pudermos auxiliar e resolver dar um encaminhamento porque é isso (Calêndula).

DISCUSSÃO

No nosso estudo, machismo e violência são retratados como fatores que fazem parte da vida de usuárias da ESF. Influenciam o estado de saúde das mesmas, com repercussões negativas à qualidade de vida e são geradores de demandas para o cuidado, o que aumenta a procura das USF.

Segundo os relatos, as mulheres vão várias vezes ao serviço por carência afetiva gerada, sobretudo, por questões de gênero vivenciadas cotidianamente das relações com parceiros e familiares. Buscam atenção e escuta sensível de seus problemas e estabelecem com a equipe multiprofissional vínculo e confiança diante do acolhimento que recebem, tendo a USF como um lugar de refúgio.

No nosso estudo, o lugar das mulheres, ainda que expresso por uma participante *ser a mulher o centro da família*, mantém-se na realidade retratada e problematizada por profissionais, como lugar de menor valor. Embora trabalhem e muitas mulheres sejam as provedoras do lar, não garantem a não submissão aos parceiros vivenciando suas experiências em meio a relações desiguais de gênero.

O meio privado foi concebido como um ambiente das relações íntimas e de acolhimento, reservado ao cuidado da família e, por isso, destinado às mulheres que sempre foram associadas à maternidade e às sentimentalidades. As representações de mulheres e homens na sociedade são derivadas de uma cultura que preserva os fundamentos do sistema patriarcal e de gênero. A partir desses, são estabelecidos padrões sociais que determinam espaços de atuação e, mesmo com alguns avanços na contemporaneidade e inserção da mulher no mercado de trabalho, tais valores ainda são preservados (ABOIM, 2012).

A determinação social do espaço de trabalho das mulheres revela a forte influência das questões de gênero na definição de sua remuneração, destinando-as, em maior percentual a receber salários inferiores aos dos homens (SORJ, 2013). Por princípio da sociedade patriarcal, o trabalho feminino é considerado menos qualificado e até mesmo impróprio para manutenção e potencialização do sistema financeiro, de modo que, muitas mulheres são excluídas ou mantidas na periferia do mercado, sem condições de desenvolvimento profissional e crescimento salarial.

Estudo realizado em Rio Grande, Rio Grande do Sul, com 92 casais, para investigar a distribuição a distribuição investigar a distribuição de trabalho familiar entre cônjuges que possuem vínculo empregatício e filho/s de até 6 anos revelou que, os casais jovens, de modo geral, desejam equilibrar as atividades domésticas e o trabalho profissional entre homens e mulheres, demonstrando uma mudança de perfil de casais contemporâneos. Mas, observa-se também que as atividades realizadas pelas mulheres ainda as mantêm, em sua maioria, no papel de cuidadoras (SILVA et al., 2012).

As segregações sociais geradas pelas questões de gênero, além de gerar disparidades de ordem socioeconômica, legitimam a violência como forma de dominação. O sofrimento resultante da violência, seja física ou psicológica, pode originar o isolamento social e diversas doenças de cunho psicossomático nas mulheres, alimentadas por manifestações constantes de sentimentos como medo, tristeza e insegurança que comprometem o bem-estar, a confiança em si mesma e a manutenção de seus valores e as tornam peças vulneráveis nesse jogo de poder (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Escuta qualificada, como subunidade da integralidade, consiste em profissionais de saúde ouvirem atentamente a história de vida das usuárias, considerando singularidades, condições de vida e de saúde de cada uma, acolhendo suas demandas e estabelecendo relações de vínculo (RAIMUNDO; CADETE, 2012). Na perspectiva que foi apresentada no nosso estudo, segundo a posição assumida por profissionais, a escuta qualificada e sensível orienta práticas e relações.

A escuta compreende parte do processo de comunicação e constitui um instrumento facilitador da aproximação com as usuárias nos serviços e assim, deve ter foco na promoção da saúde e da qualidade de vida, valorizando a linguagem verbal e não verbal. Tem o propósito de desenvolver o entendimento das situações emergentes e dos pontos de vista particulares, de modo que profissionais se envolvam efetivamente e se responsabilizem pelo atendimento das necessidades de saúde de cada pessoa, realizando o acolhimento e a humanização do cuidado (BERTACHINI, 2012).

Resultado de pesquisa realizada revela como estratégias de enfrentamento de agentes de saúde às situações de violência vividas por mulheres, a escuta qualificada e o diálogo. Estes além de serem instrumentos que viabilizam a identificação de suas necessidades, possibilitam a garantia de direitos e o empoderamento das mesmas (HESLER et al., 2013).

Para tal, o acolhimento é condição indispensável como uma tecnologia leve que viabiliza a melhoria da atenção à saúde por meio da promoção do acesso aos serviços. Nesses devem ser desenvolvidas práticas profissionais responsáveis, que busquem ser resolutivas no atendimento às necessidades de saúde da população, estimulando a cidadania e construindo vínculo e confiança entre usuárias-equipe-serviço (GARUZI et al., 2014).

A integralidade agrega em sua composição escuta, acolhimento e vínculo e é princípio norteador das práticas de cuidado que visam dar respostas às necessidades de saúde da população. Essas, na perspectiva preventiva e nas intervenções curativas, com organização estrutural e tecnologias adequadas para cada contexto, considerando as subjetividades e agrupando conhecimentos interdisciplinares por meio de equipe multiprofissional para o alcance da resolutividade da atenção (AYRES et al., 2012).

Resultados de pesquisas revelam problemas na realização do acolhimento associados à sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de servidores e infraestrutura inadequada. No entanto, profissionais de saúde tem disposição para melhoria do atendimento da população, de modo a se aproximar das prerrogativas da Política Nacional de Humanização-PNH, por meio do estabelecimento do vínculo, de relações de confiança, afeição e respeito (BAIÃO et al., 2014).

Neste estudo, há indicação de dificuldades estruturais, mas profissionais realizam o acolhimento. O vínculo e a confiança emergem das mulheres para com a equipe de saúde, quando as mesmas vão à unidade, apresentam suas demandas para o cuidado e são dadas respostas com efetivação dessa dimensão da integralidade.

Todavia, o acolhimento efetivo exige respostas, de modo que se expressa como parcial sob os limites de ordem estrutural, que dizem respeito à organização dos serviços e das práticas, em que se incluem as bases tecnicistas das formações em saúde, ainda que hoje alimentada pela dimensão humanística. Soma-se a essas o contexto socioeconômico em que se inserem as mulheres e a estruturação de mentalidades na construção da identidade de gênero, que dificulta a desideologização da realidade e as superações.

Embora na adversidade, caminha-se no sentido da integralidade da atenção, buscando-se estabelecer escuta sensível, acolhimento das usuárias e relações de vínculo e confiança. Tem-se o propósito de favorecer condições de melhoria da qualidade de vida dessas mulheres

diante de uma realidade em que caminham juntos sofrimento, carência afetiva e vulnerabilidades sociais e econômicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As profissionais participantes da pesquisa apresentaram como principais demandas de saúde das mulheres usuárias da ESF aquelas de ordem afetivo-emocional, relacionadas ao sofrimento por machismo e violência, carência afetiva, acúmulo de funções e vulnerabilidades decorrentes das questões de gênero.

Em um contexto em que as mulheres são reconhecidas em suas demandas, a equipe profissional tem realizado práticas de saúde voltadas para o acolhimento e escuta sensível. Há limitações estruturais, mas o vínculo e a confiança tem sido construídos entre as mulheres e a equipe de saúde, sendo a dimensão relacional fortemente valorizada pelas participantes da pesquisa.

Uma vez acolhidas, com escuta sensível de suas demandas, o serviço de saúde participa da construção de um novo paradigma. As usuárias confiam ao serviço suas demandas a relação de confiança se constrói, a USF passa a ser referência de acolhimento para as mulheres e o vínculo se estabelece, conforme defendido pelo enfoque da integralidade.

Desse modo, o serviço se aproxima das prerrogativas da PNH e da PNAISM, caminhando no sentido da integralidade da atenção à saúde da mulher, por meio de boas práticas profissionais com utilização das tecnologias leves na Estratégia Saúde da Família.

Todavia, o acolhimento é efetivo quando mobilizador de ações resolutivas, de modo que questões de gênero estruturantes de relações, uma vez apresentadas como demandas, encontram no serviço a escuta, mas construir a superação passa pelo empoderamento das mulheres, o que não retrata a realidade problematizada. Assim, há limites institucionais, há limites profissionais e há limites no plano da subjetividade feminina e das condições objetivas para os enfrentamentos que as desigualdades de gênero requerem.

Ressalta-se que a incorporação da abordagem de gênero às práticas é condição para a integralidade, pois na valorização de contextos as desigualdades de gênero permeiam a vida, as demandas e as relações. O acolhimento pela escuta, pela palavra e pelas ações terá potencial de contribuir com o empoderamento das mulheres se a realidade problematizada oferecer subsídios para sua autonomia, ainda que em meio a outras adversidades sociais e econômicas.

Este estudo traz como contribuições um conhecimento que pode subsidiar práticas profissionais na ESF, em especial de enfermeiras, que cuidam e administram, as USF para

uma atuação comprometida em atender ao princípio da integralidade, para melhoria da qualidade de vida de mulheres em situação de sofrimento e vulnerabilidades socioeconômicas. Além disso, se constitui como base para pesquisas de intervenção direcionadas à integralidade no espaço dos serviços da atenção primária, por meio do acolhimento, escuta sensível e promoção do vínculo.

REFERÊNCIAS

- 1- COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. **Texto Contexto Enferm**. 2016; 25(1):e4550015. Acesso em 22 mar 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf

- 2- VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**. 2015;19(55):1089-100. Acesso em: 26 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf>.

- 3- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; SENA, Vanessa Cavalcante de; BARROS, Andiara Rodrigues; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; ALMEIDA, Mariza Silva. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. set-dez; 2012;26(3):574-584. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6850/6695>>. Acesso em: 16 mar. 15.

- 4- NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Humanization policy in primary health care: a systematic review. **Rev Saúde Pública**. 2013;47(6):1186-200. Acesso em: 23 mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>

- 5- SILVA, Christiana Souto; PAES, Neir Antunes; FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de; CARDOSO, Maria Aparecida Alves; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; ARAÚJO, Juliana Sousa Soares de. Blood pressure control and adherence/ attachment in hypertensive users of primary healthcare. **Rev Esc Enferm USP**. 2013;47(3):584-90. Acesso em: 23 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00584.pdf>

- 6- MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos de; BRÊDA, Mércia Zeviani; JORGE, Jorgina Sales. Qualified listening and embracement in psychosocial care. **Acta Paul Enferm**. 2014;27(4):300-3. Acesso 26 mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>.

- 7- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, p.113-26, 2001.

- 8- COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. **Rev Esc Enferm USP**. 2012;46(5):1088-1095. Acesso em: 22 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/08.pdf>
- 9- BACKES, Dirce Stein. COLOMÉ, Juliana Silveira. ERDMANN, Rolf Herdmann. LUNARDI, Valéria Lerch. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. 2011;35(4): 438-442. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2013.
- 10- FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. 1 ed. (rev. e atualizada)- São Paulo: Ática, 2011. (Princípios; 137).
- 11- ABOIM, Sofia. Do público e do privado: uma perspectiva de gênero sobre uma dicotomia moderna. **Estudos Feministas**, Florianópolis. 2012 jan-abr;20(1): 95-117. Acesso em: 05 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n1/a06v20n1.pdf>.
- 12- SORJ, Bila. Arenas of care at the intersections between gender and social class in Brazil. **Cadernos de Pesquisa**. 2013;43(149):478-491. Acesso em: 05 mar 16. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/2661/2607>.
- 13- SILVA, Mara Regina Santos da; LUZ, Geisa dos Santos; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SILVA, Priscila Arruda da. Trabalho familiar: distribuição desejada do trabalho doméstico e cuidados dos filhos entre cônjuges. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS). 2012 mar;33(1):124-31. Acesso em 20 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a17v33n1.pdf>
- 14- FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**. 2012;24(2), 307-314. Acesso em: 06 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>.
- 15- RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Qualified listening and social management among health professionals. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(Número Especial 2):61-7. Acesso em: 26 mar 16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_10.pdf
- 16- BERTACHINI, Luciana. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. 2012;36(3):507-520. Acesso em: 6 mar 16. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_therapeutica_fator_humanizacao_atencao.pdf.
- 17- HESLER, Lilian Zielke; COSTA, Marta Cocco da; RESTA, Darielli Gindri; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. Violence against women in the perspective of community health agents. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(1):180-186. Acesso em: 6 mar 16. Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/24582-151035-1-PB.pdf>

18- GARUZI, Miriane; ACHITTI, Maria Cecília de Oliveira; SATO, Cintia Ayame, ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9. Acesso em: 8 mar 16. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>.

19- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CARVALHO, Yara Maria de; NASSER, Mariana Arantes; SALTÃO, Rodrigo Marcinkevicius; MENDES, Valéria Monteiro. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ**. 2012 jan-mar;16(40):67-81. Acesso em 20 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>.

20- BAIÃO, Blenda de Sousa; OLIVEIRA, Rúbia Arakaki de; LIMA, Vitor Venancio Pires Carvalho; MATOS, Marlise Vieira de; ALVES, Kelly Aparecida Palma. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do distrito federal, Brasil. **Rev. APS**. 2014 jul-set; 17(3): 291-302. Acesso em: 7 mar 16. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1870/820>.

6.2 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DISTANCIANDO PRÁTICAS DA INTEGRALIDADE

RESUMO

Objetivos: Discutir práticas na atenção à saúde da mulher considerando a organização do serviço para implementação das ações profissionais. **Métodos:** Estudo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido com equipes da Estratégia Saúde da Família, em Salvador-BA. O material empírico foi produzido por grupo focal e analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** A integralidade está comprometida em todas as suas dimensões. O modo de organização dos serviços mantém pilares que estruturam uma rede desarticulada, com descontinuidade na oferta de ações e insumos. Os limites são ampliados pelo distanciamento entre a gestão da unidade e profissionais e inexistência do controle social. **Conclusões:** Princípios e diretrizes da ESF e do SUS se esvaem, mas equipes comprometidas com as práticas problematizam a realidade e propõem mudanças que se traduzem em compromisso com a população e com a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Relações interpessoais; Integralidade em saúde; Saúde da mulher; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: Discuss practices of attention to woman's health considering the organization of the service for implementation of professional actions. **Methods:** The exploratory study of qualitative approach, taking genre and integrality like analytics categories. It was developed with teams of strategy in family's health, in Salvador-Ba. The empirical material were produced by a focal group and analyzed by the technique of discourse analysis. **Results:** The integrality is compromised to all its dimensions. The way of organization of the services keeps the pillars that structure an unarticulated network, with discontinuity in the offers of actions and inputs. The limits are extended by the distance between management and of the unit and the professionals and the absence of social control. **Conclusions:** Principles and guidelines of ESF and SUS disappear, but compromised teams with the practices problematize the reality and propose changes that translate the compromise with the population and with the integrality of care.

Keywords: Health Services Administration; Interpersonal Relations; Integrality in Health; Gender Identity; Women's Health; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivos: Discutir las prácticas en el cuidado de la salud de las mujeres que consideran la organización de servicios para implementar las acciones profesionales. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, desarrollado equipos de la Estrategia Salud de la Familia en Salvador, Bahia. El material empírico fue producido por el grupo focal y analizó mediante la técnica de análisis de voz. **Resultados:** La integralidad se compromete a todas sus dimensiones. La organización para mantener los servicios de pilares que estructuran una red desarticulada con la discontinuidad en la oferta y los insumos. Los límites son magnificados por la distancia entre la unidad de gestión y profesionales y la falta de control social. **Conclusiones:** Principios y directrices de la ESF y SUS desvanecen, pero los equipos comprometidos con las prácticas problematizan la realidad y proponer cambios que se traducen en el compromiso con la población y la atención integral.

Palabras clave: Administración de los Servicios de Salud; Relaciones Interpersonales; Integralidad en Salud; Identidad de Género; Salud de la Mujer; Estrategia de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

A integralidade do cuidado em saúde tem como objetivo atender a necessidades de saúde da população de modo ampliado, proporcionando o acesso aos serviços com articulação das redes de atenção, desenvolvendo o vínculo entre usuárias e profissionais e estímulo à participação popular no controle social. Visa à promoção da saúde e bem-estar da comunidade por meio da instituição de uma dinâmica efetiva dos serviços, rompendo com o modelo de atenção à saúde centrado na ação médica e estabelecendo um sistema de saúde resolutivo (VIEGAS; PENNA, 2015).

No tocante às práticas profissionais de saúde, a integralidade prevê a horizontalização das relações entre usuárias, profissionais de saúde e da gestão, com práticas de acolhimento e escuta para promoção do vínculo entre as pessoas envolvidas e os serviços de saúde. Além disso, estão incluídas as ações cotidianas do cuidado em saúde de visitas no domicílio, articulação e corresponsabilização entre a equipe multiprofissional, aproximação da comunidade e conhecimento da realidade local para promoção de um atendimento humanizado e resolutivo e reorientação dos serviços na ESF (ANDRADE et al., 2013).

Todavía, há empecilhos e contradições na efetivação do cuidado na Estratégia Saúde da Família-ESF para o alcance da integralidade. A não efetivação da integração entre a rede de atenção à saúde, pela desvalorização dos serviços de atenção primária por profissionais de outros níveis de complexidade; falta de vaga nos demais níveis do sistema e burocratização do

processo de encaminhamento de pacientes a outros serviços, são alguns dos entraves. Existem outros fatores ligados à valorização excessiva do profissional médico e a realização de ações em saúde mecanicistas, com priorização de cumprimento de protocolos, sem comunicação adequada e contra referência (MACEDO; MARTINS, 2014).

Profissionais de saúde apontaram em pesquisa barreiras para a efetivação de práticas em consonância com a integralidade. Entre elas, tempo insuficiente para atender às demandas da unidade, fazer planejamento de atividades e promover a articulação no serviço; e a falta de suporte de instâncias superiores no provimento de recursos humanos e de infraestrutura adequada para realização de ações em saúde sem a fragmentação predominante (SILVA et al., 2013).

Na saúde da mulher, as práticas de cuidado em saúde consonantes com a integralidade devem resultar de uma visão ampla sobre a mulher e os determinantes socioculturais, que compõem seu contexto de vida para adoção de medidas de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. No entanto, ações ainda são desenvolvidas seguindo o fluxo biologicista e fragmentado, com foco nas queixas e sem a devida articulação da equipe para continuidade do cuidado (XAVIER et al., 2014).

Vê-se que a integralidade apesar de ser um princípio norteador da Estratégia Saúde da Família com impacto nas práticas profissionais, está em processo contínuo de construção no campo prático e ainda são observados alguns problemas para sua efetivação. Considerando que há problemas nos serviços para ações resolutivas e efetivação da integralidade este estudo teve como objetivo discutir práticas na atenção à saúde da mulher considerando a organização do serviço para implementação das ações profissionais.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa tem por finalidade compreender, descrever e esclarecer o mundo, por meio da análise de fatos sociais, relações, diálogos e experiências no campo das práticas profissionais (FLICK, 2009).

O estudo foi desenvolvido no município de Salvador- BA, em uma Unidade de Saúde da Família, em que atuam quatro equipes de saúde, situada no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário.

Os critérios de inclusão foram: fazer parte da equipe mínima de saúde da ESF composta por profissionais de enfermagem, medicina, odontologia, agentes de saúde bucal- ASB e agentes comunitárias de saúde- ACS ter tempo mínimo de 6 meses de trabalho na USF. Participaram da pesquisa 12 profissionais integrantes das quatro equipes da USF: duas

enfermeiras, três dentistas, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitárias de saúde-ACS, e três agentes de saúde bucal-ASB. As participantes tinham entre 27 e 60 anos de idade, escolaridade do nível médio ao mestrado, atuação na área entre 5 a 38 anos e tempo de trabalho na unidade entre um ano e três meses a treze anos.

A técnica de grupo focal foi utilizada para a produção do material empírico.

O grupo focal é uma técnica que possibilita o alcance de uma variedade de respostas, a partir da discussão de temas específicos coletivamente (BACKES et al., 2011). Permite que dados sejam coletados sobre práticas, conhecimentos, crenças, aspirações, percepções e esclarecimentos de fatos sociais, além de admitir a apreciação de expressões não-verbais (GIL, 2002). Investiga aspectos a respeito de fenômenos sociais diversos, gerando questionamentos e instigando novas investigações (BACKES et al., 2011).

Poderá ser útil para a resolução de problemas de modo coletivo. Nesse sentido, promove comprometimento e responsabilização, aspectos comuns às abordagens participativas.

A produção do material empírico por essa técnica ocorreu em dois momentos, cada um com um tempo médio de 2 horas. O primeiro momento foi conduzido por duas moderadoras, a pesquisadora e uma assistente de pesquisa e o segundo momento pela pesquisadora e duas assistentes. A sala de reuniões da USF foi o local escolhido pela equipe para realização do grupo focal. No primeiro encontro, as regras de convivência no grupo foram apresentadas, os critérios para participação foram revistos e os objetivos da pesquisa foram reapresentados no início da reunião e, em seguida, foi desenvolvido o grupo focal. No segundo encontro, antes de dar continuidade às novas discussões, foram lembradas as regras de convivência e a síntese das discussões da reunião anterior.

Para a realização do grupo focal foram elaboramos antecipadamente questões abertas a fim de estimular a discussão da realidade que buscamos conhecer, a partir da localidade do serviço em que a equipe multiprofissional estava atuando. Foi construído previamente em cartolina e utilizado como material de estímulo à discussão um *layout* da USF, reproduzindo a estrutura física da USF, as mulheres usuárias do serviço e seu fluxo de atendimento naquele *lôcus*.

Após a apresentação do *layout* ao grupo, foi requisitado que as/os profissionais debatessem os seguintes temas: características das mulheres que procuram os serviços; as demandas das mulheres e ações/soluções no atendimento às mulheres. Neste artigo, que faz

parte de pesquisa mais ampla sobre *Demandas de saúde e a experiência de mulheres na busca pelo cuidado*, exploramos as práticas profissionais realizadas com mulheres na ESF, no contexto das demandas de mulheres e da organização dos serviços, na perspectiva da integralidade do cuidado.

A análise dos dados gravados foi realizada por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin, que considera o discurso uma combinação de frases que expõem pensamentos e valores das pessoas sobre seu contexto interno e externo, determinados socialmente. O discurso é uma posição social, cuja formação ideológica é materializada pela linguagem e a análise de discurso revela a visão de mundo da pessoa inscrita no discurso (FIORIN, 2011).

Seguindo o autor foram realizadas as seguintes etapas: leitura de todo o texto para localização de figuras e temas que se incorporam em um mesmo bloco de significação; agrupamento dos elementos significativos (figuras e temas) que se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significado; depreensão dos temas centrais e delimitação das categorias empíricas para análise.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia aprovou o projeto por meio do parecer nº 1.239.456. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa dispostos na Resolução 466/12 sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humano foram respeitados.

RESULTADOS

As participantes do estudo, ao discutir sobre as práticas profissionais e o que consideram demandar ações para qualificar o cuidado à saúde das mulheres, revelaram que estão inseridas em uma rede de saúde desarticulada, que contraria os princípios do SUS. Exemplificam com dificuldades para a realização de ações de prevenção do câncer de colo uterino, o que obriga as mulheres a buscar a rede privada:

As mulheres procuram a unidade, fazem o preventivo, a gente tem até uma demanda considerável[...] O município pactuou com uma clínica, é uma clínica que faz a leitura da lâmina. Como o resultado demora muito pra chegar... isso desestimula, elas preferem fazer particular, se esforçam pra fazer particular, visto a necessidade do exame (Mirra).

Na situação que segue, há mais um flagrante desrespeito ao direito das mulheres à saúde, com ampliação de vulnerabilidades e evidências de que as instâncias gestoras não estão dialogando:

Tem uma dificuldade imensa, se a gente detecta uma lesão, de tá encaminhando para um ginecologista e colposcopia. Então a rede é completamente desestruturada. Não tem um lugar que a gente possa encaminhar essas mulheres. Então você não consegue fazer uma referência rápida para uma mulher que tá com uma lesão de colo de útero (Alecrim).

A gente não tem esse poder de resolver esse problema. A gente identifica e encaminha, mas aí fica solta. Não vai para outro lugar, não consegue o sistema e volta com o mesmo problema ou até pior (Mirra).

A credibilidade da rede básica é também comprometida pela descontinuidade na oferta de insumos, com ênfase a medicamentos.

A medicação geralmente vem em quantidade inferior à demanda [...] esses fármacos são pedidos todo mês, mas [...] nossa unidade atende não só a demanda da nossa área, mas o pessoal todo do entorno, [...] a medicação quando chega logo nos primeiros dias do mês acaba, terminando é só no mês seguinte (Calêndula).

A farmácia é cheia porque precisam vir muitas vezes porque não há remédio. Vem pegar losartana, não tem, aí vem amanhã, não tem, vem várias vezes (Mirra).

Em relação à assistência odontológica e dificuldades de acesso, uma dentista afirma:

Na odontologia você depende [...] do material, do instrumental e do equipamento e não é sempre que tudo funciona [...] nós temos uma limitação de capacidade instalada [...] nós não temos como atender 3.500 a 4 mil pessoas em um ano. Eles preconizam 1 consulta odontológica a cada pessoa dessa população, não existe, gente! (Calêndula).

A entrevistada em foco valoriza o controle social e se ressentida por sua inexistência ao afirmar:

A população em si não é uma população politicamente esclarecida. A gente sempre procurou justamente as entidades para poder conversar [...] mas foram tantos os desgostos, os desacertos que hoje em dia, sinceramente, eles não vêm mais (Calêndula).

Profissionais reconhecem ter *integração satisfatória como grupo, mas assumem não haver uma linha de raciocínio que oriente as práticas* (Mirra, Jasmin). Consideram *haver distanciamento da gestão, dificuldade de escuta em relação à equipe e pouca articulação com os demais níveis para garantir referência e contrarreferência* (Mirra, Alecrim, Calêndula, Jasmin).

Particularizando para a saúde da mulher na gestação, é dado ênfase à rede cegonha como facilitadora, mas, considera-se haver necessidade de sanar dificuldades no tocante à: vinculação; pactuação; garantia de maternidade para gestantes de alto risco; facilitação de exames, a exemplo de ultrassonografias; integração entre a gestão da ESF e maternidades. Consideram também que a efetivação da rede cegonha está em processo, com problemas que não se resolvem em curto prazo.

As participantes avaliam diferentes problemas e indicam caminhos para solução. Consideram ser necessário: educação em saúde para todos os aspectos que envolvem a atenção oferecida; presença de farmacêutico/a na dispensação de medicamentos e atividades educativas que revertam à cultura da dependência de fármacos no cuidado à saúde, mobilização da gerência para argumentar junto à gestão municipal a relação entre oferta e demanda, com ampliação de insumos e melhor delimitação da população a ter cobertura daquelas USF; sistema de agendamento para pessoas com hipertensão e diabetes com garantia de acesso às consultas, o que implica ter recursos humanos suficientes; sistema de referência e contrarreferência, com garantia de acesso, o que envolve integração das redes nos níveis municipal, estadual e federal.

Assim, questões relativas à organização do serviço impedem que princípios da ESF se concretizem, incluindo-se frágil articulação com instâncias centrais na busca de viabilizar acesso e resolutividade de ações desenvolvidas por equipes que se dispõem a discutir o contexto das práticas. Problemas na estrutura física também afetam o acesso, restringindo ações das quatro equipes.

Quanto aos problemas e respectivas soluções as participantes avaliam diferentes problemas e indicam caminhos na direção de apontar saídas para a realidade vivenciada nas USF, apresentados no quadro sinóptico que sintetiza problemas e ações propostas:

QUADRO SINÓPTICO	
PROBLEMAS APONTADOS	AÇÕES PROPOSTAS
Baixo número de participantes em atividades educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização no sentido da adesão às atividades educativas • Adoção de metodologias participativas
Tempo reduzido para educação em saúde, sobreposição de atividades clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Otimização do tempo para viabilizar a educação em saúde • Foco nas atividades dos grupos e realização de atividades integradas
Falta de conscientização da equipe e da gestão sobre educação em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de meios de sensibilização da equipe e de gestores/as • Viabilização de projeto de Educação Permanente em Saúde
Saúde bucal com ênfase nas atividades preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação das atividades educativas já existentes sobre saúde bucal • Consulta compartilhada- gestantes/ agenda compartilhada. • Busca ativa por ACS • Atividades de sensibilização
Todos os aspectos que envolvem a atenção oferecida	<ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde sob metodologias participativas e problematizadoras.
Falta de medicamentos e insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de farmacêutico/a na dispensação de medicamentos • Atividades educativas que revertam a cultura da dependência de fármacos no cuidado à saúde • Mobilização da gerência para argumentar junto à gestão municipal a relação entre oferta e demanda, com ampliação de insumos e melhor delimitação da população a ter cobertura daquelas USF
Falta de acesso às consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de agendamento para hipertensas/os e diabéticas/os com garantia de acesso às consultas • Garantia de recursos humanos capacitados suficientes
Dificuldade de acesso a outros níveis de complexidade	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de referência e contrarreferência, com garantia de acesso • Integração das redes nos níveis municipal, estadual e federal
Articulação Rede cegonha/Pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia da vinculação, pactuação e maternidade para gestantes de alto risco

	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitação de exames, a exemplo de ultrassonografias • Integração entre a gestão da ESF e maternidades
Não realização e/ou tempo prolongado para recebimento do resultado de exames do preventivo de prevenção do câncer de colo uterino	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilização do papanicolaou na USF • Estabelecimento de prazos para entrega de resultados de exames • Efetivação do sistema de referência e contrarreferência
Distanciamento do gestor da USF da equipe para compartilhar problemas e soluções.	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização da equipe para reivindicar gestão participativa • Viabilização de educação permanente em saúde • Viabilização de condições para controle social

DISCUSSÃO

Na realidade em que este estudo foi desenvolvido, entraves identificados e que negam a integralidade, levam as mulheres a desconsiderar a atenção básica como primeira escolha e suprir suas demandas por cuidado à saúde na rede privada especializada, o que ocorre com mulheres em situação de vulnerabilidade social e econômica, conforme nos relataram profissionais entrevistadas.

A ênfase nas dificuldades para prevenção do câncer de colo uterino denuncia descaso do poder público com um aspecto da saúde em que se avolumam diagnósticos sombrios para as mulheres e desfavoráveis ao SUS como sistema em que universalidade, equidade e integralidade seriam norteadores.

O câncer de colo uterino constitui a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres, estando relacionado a condições socioeconômicas desfavoráveis. Seu controle está atrelado à organização dos serviços, à qualidade e à continuidade do tratamento. Segundo a última avaliação mundial, em 2012 essa neoplasia resultou em 265 mil óbitos em mulheres, dos quais 87% ocorreram em países em desenvolvimento. No Brasil, em 2013, houve 5.430 casos de morte por essa doença e espera-se para 2016, 16.240 novos casos no país (15,85/100 mil mulheres), 1.180 na Bahia e 270 em Salvador (INCA, 2016).

Em pesquisa realizada em Chapecó- SC enfermeiras apontaram como obstáculo à organização da ESF o tempo prolongado para recebimento do resultado de exames na prevenção do câncer uterino, o que gera insatisfação das usuárias do serviço e perda da

chance de tratamento. A espera em demasia faz com que as mesmas procurem outros serviços (METELSKI; WINCKLER; DALMOLIN, 2013).

Em pesquisa realizada no nordeste paulista os resultados indicam que a organização dos serviços se dá na perspectiva da integralidade. Isso porque a interação das tecnologias garante ações diagnósticas, tratamento e cuidado adequados, com facilidade de acesso das mulheres aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero na rede de média complexidade. (BRITO-SILVA et al., 2014).

Outro aspecto é a assistência farmacêutica, que se constitui como parte do cuidado em saúde e está em conformidade com o princípio da integralidade quando possibilita que as usuárias permaneçam na rede dos serviços de saúde, com acesso aos medicamentos necessários para o atendimento de suas demandas, permitindo a continuidade do tratamento e favorecendo a melhoria das condições de saúde (UNGARI et al., 2014).

A descontinuidade na oferta de medicamentos somada à falta de materiais para exames demonstra os limites da ESF para se sustentar como primeira escolha da população, na realidade estudada. Comprova também a incapacidade de gestores/as municipais em gerir a atenção primária, base para ações que aproximam serviço e população e para respostas à maior parte das demandas para o cuidado à saúde. O mesmo se aplica à assistência odontológica que se apresenta com incapacidade estrutural relacionada ao déficit de materiais, equipamentos e de manutenção dos mesmos e acesso limitado, uma vez que o número de pessoas da área adscrita ultrapassa a capacidade de atendimento da equipe de odontologia.

Fragmentação dos serviços de saúde, resultante entre outros fatores, de barreiras para o acesso a consultas e a exames especializados evidenciam falha na rede de atenção à saúde e descontinuidade do cuidado, com dificuldade para o alcance da integralidade (AGUILERA et al., 2013). No nosso estudo as dificuldades em dar resolutividade pela infraestrutura precária, desarticulação da rede de serviços e inexistência de um sistema de referência e contrarreferência fazem com que usuárias da ESF fiquem mais vulneráveis a agravos à saúde e a integralidade não se apresente no horizonte.

Na ESF, relações de poder também são responsáveis por sustentar uma cultura de hierarquia e autoritarismo entre gestores/as e profissionais de saúde. A verticalização das relações de trabalho contraria as diretrizes da atenção primária e gera distanciamento das pessoas envolvidas, repercutindo em serviços ineficientes e irresolutos (VILLA et al., 2015).

Assim, barreiras de acesso e de resolutividade na atenção à saúde estão relacionadas à incompatibilidade entre demandas e número de profissionais disponíveis para o atendimento. Ademais, também estão ligados a problemas gerenciais de administração e provimento de

recursos materiais e equipamentos, denotando falha na consolidação da integralidade do cuidado (TRINDADE; PIRES, 2013).

Pesquisa realizada com base nos dados de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB, na Paraíba, mostrou a necessidade gestores/as da ESF melhorarem a articulação com outras instâncias de gestão e com os profissionais de saúde, por meio da definição de fluxos e de instrumentos que representem a rede de serviços. Tais ações podem viabilizar a efetivação do sistema de referência e contrarreferência, proporcionando às usuárias/os o acesso à assistência de forma contínua nos níveis de atenção, incorporando a integralidade em saúde (PROTASIO et al., 2014).

Considerando que a integralidade engloba, entre suas dimensões, a acessibilidade organizacional e a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, deve ser viabilizada por meio da organização dos serviços sem que haja dificuldades para utilização dos mesmos. Além disso, deve haver articulação da rede e de ações em saúde, com utilização de tecnologias apropriadas para cada nível, de modo que os problemas de saúde da população sejam resolvidos com brevidade e eficiência (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No sentido de fazer valer os seus direitos, a população precisa exercer o controle social. O controle social se constitui como intervenções de cidadania sobre o Estado e deve ocorrer a partir da participação da população, na construção e defesa de seus direitos com responsabilização, avaliação e fiscalização das ações públicas. No entanto, esse movimento na prática não tem sido efetivado em consequência da desinformação popular que é, em muitos casos, alimentada por interesses externos políticos e econômicos, com fins de reprimir o desenvolvimento do poder de reivindicação das pessoas, e também de definir o destino do capital público (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

No nosso estudo, além da organização do serviço sem as bases da ESF, relações de poder retardam mudanças com desencontros entre gestão e profissionais da equipe mínima da ESF. Distanciamento, desarticulação interna e com instâncias centrais relatados por profissionais são decisivos para o enfraquecimento e a desmobilização da equipe frente aos desafios necessários à superação de iniquidades que se reproduzem nos serviços. Nessas circunstâncias, retarda-se também o controle social, espaço de participação, de poder e de fortalecimento para garantir cidadania na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização dos serviços de saúde e das práticas profissionais sob bases em que pessoas são valorizadas em sua múltiplas dimensões, sendo-lhes garantido acesso a serviços resolutivos com acolhimento, vínculo e responsabilização são componentes da integralidade. A horizontalização das relações entre usuárias e profissionais de saúde é parte dessa perspectiva e gestores/as são responsáveis por viabilizar ações sob esse foco.

No presente estudo, a análise dos discursos e as situações a que se referem as profissionais, revelam que a integralidade está comprometida em todas as suas dimensões, por questões que extrapolam os limites das equipes multiprofissionais. Agravada pela ausência de um sistema de referência e contrarreferência, reproduz-se a lógica das especialidades médicas, o que provoca inversão de papéis dos níveis do sistema.

Assim, no modo de organização dos serviços, mantêm-se os pilares que estruturam uma rede desarticulada, com descontinuidade na oferta de ações e insumos, em que se incluem medicamentos e exames. Incapacidade da infraestrutura impõe limites ao acesso a serviços, ampliado pelo distanciamento entre a gestão da unidade e profissionais e pela pouca articulação com outros níveis de complexidade, inexistindo também controle social.

As USF em que atuam quatro equipes profissionais oferecem à população ações básicas, com limites para a proteção da saúde. Assim, investimentos e ações para cobertura da atenção na ESF atendem ao mínimo para sobrevivência do serviço e não garantem a cobertura requerida e a resolutividade necessária. Sob a gestão de profissionais que mais acatam do que questionam o estabelecido, princípios e diretrizes da ESF e do SUS se esvaem, mas equipes comprometidas com as práticas problematizam a realidade e propõem mudanças que se traduzem em compromisso com a população e com a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira; FRANÇA, Ulinski Beatriz Helena Sottile; MOYSÉS Simone Tetú; MOYSÉS, Samuel Jorge. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro 47(4):1021-39, jul./ago. 2013. Acesso em: 20 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n4/v47n4a10.pdf>.

ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; LOCKS, Maria Teresa Rogério; MATTIA, Daiana de; HOELLER, Fernanda; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Best practices in primary healthcare and the meanings of integrality. **Esc Anna Nery** (impr.). 2013 out - dez ; 17 (4): 620 – 627. Acesso em: 28 abr 16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400620

BACKES, Dirce Stein. COLOMÉ, Juliana Silveira Colomé. ERDMANN, Rolf Herdmann. LUNARDI, Valéria Lerch. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 35(4): 438-442; 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2013.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Integrality in cervical cancer care: evaluation of access. **Rev Saúde Pública**. 2014;48(2):240-248. Acesso em: 22 abr. 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf>.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. 1 ed. (rev. e atualizada)- São Paulo: Ática, 2011. (Princípios; 137).

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009. 196p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed.- São Paulo: Atlas, 2002.170p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2016.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18(51):647-59. Acesso em: 27 abr. 16. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180132417002>

METELSKI, Fernanda Karla; WINCKLER, Silvana Terezinha; DALMOLIN, Bernadete Maria. Prevention actions and treatment of malignant neoplasms of cervical cancer in family health strategy. **Cienc Cuid Saude**. 2013 Jul/Set;12(3):434-442;. Acesso em: 21 abr 16. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19756/pdf>

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. 2013;66(esp):158-64. Acesso em: 25 abr 16. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028669020>

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; SILVA, Polyana Barbosa da; LIMA, Edmilson Calixto de; GOMES, Luciano Bezerra; MACHADO, Liliane dos Santos; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 209-220, OUT 2014. Acesso em: 23 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma

revisão narrativa. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Acesso em: 23 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>

SILVA, Marcielle Moreira da; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; RESTA, Darielli Gindri; SILVA, Silvana de Oliveira; EBLING, Sandra Beatris Diniz; CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins. The entire family health: limits and possibilities in view of the team. **Cienc Cuid Saude** 2013 Jan/Mar; 12(1):155-163. Acesso em: 27 abr 16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014

TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 36-42. Acesso: 23 abr. 16. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/22-036.pdf>.

UNGARI, Andrea Queiróz; PEREIRA, Laura Martins Valdevite; ABRAMOVICIUS, Alexandra Cruz; PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FORSTER, Aldaísa Cassanho; GRANDE, Márcia Mazzeo. Estratégias para a garantia da integralidade na perspectiva do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **RAS**. Vol. 16, No 63 – Abr-Jun, 2014. Acesso em: 25 abr. 16. Disponível em: file:///C:/Users/pc/Downloads/RAS_63_43-50.pdf

VIEGAS, Selma Maria Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Integrality: life principle and right to health. **Invest. educ. enferm.** vol.33 no.2 Medellín May/Aug. 2015. Acesso em: 27 abr 16. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/23004/18950>

VILLA, Eliana Aparecida; ARANHA, Antônia Vitória Soares; SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira; FLÔR, Cristina Rabelo. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 107, P. 1044-1052, OUT-DEZ 2015. Acesso em: 23 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>.

XAVIER, Alana Gonçalves; SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos; SOUSA, Fernanda Laísy Pereira de; SILVA, Francicleide Luciano da; GONÇALVES, Roberta Lima; PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. Analysis of nursing professional practices under the perspective of the integrality of assistance to the woman. **Rev Rene**. 2014 set-out; 15(5):851-9. Acesso em: 28 abr 16. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1842/pdf>.

6.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA TRANSFORMAR SABERES E PRÁTICAS

RESUMO

Objetivos: Discutir com equipes da ESF sobre práticas de educação em saúde e analisar discursos e práticas relatadas sob o enfoque da integralidade. **Métodos:** Estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido com equipes da Estratégia Saúde da Família, em Salvador-BA. O material empírico foi produzido por grupo focal e analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** Profissionais reconhecem a importância das práticas de educação em saúde, mas essas ocupam lugar secundário no serviço e há barreiras estruturais para efetivação. Quando realizadas, tais ações partem de um saber unilateral, sem problematização dos temas abordados. **Conclusões:** A equipe compreende que as atividades grupais têm repercussões positivas e buscam maneiras de vencer dificuldades de espaço físico se articulando com outras instituições, o que viabiliza ações. Propõe-se a adoção da educação permanente sob base problematizadora como iniciativa que possibilita reflexão e discussão sobre as práticas de educação em saúde e consequente redirecionamento.

Palavras-chave: Educação em saúde; Relações interpessoais; Integralidade em saúde; Saúde da mulher; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: Discuss with teams of ESF about the practices in health and analyze the discourses and practices related on the focus of integrality. **Methods:** Qualitative study, exploratory, developed with the teams of strategy in family's health, in Salvador- Ba. The empirical material were produced by a focal group and analyzed by the technique of discourse analysis. **Results:** Professionals knows and recognize the importance of the practices of education in health, but these practices occupy a secondary place in the service and there are structural barriers, without problematize the approached themes. **Conclusions:** The team understands that the activities in groups have positive repercussions and seek manners of win the difficulties of physical space articulating with others institutions that enable actions. Propose the adoption of permanent education about problematized basis as initiative that allows reflection and discussion about the practices in education in health and consequently redirection.

Keywords: Health Education; Interpersonal Relations; Integrality in Health; Gender Identity; Women's Health; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivos: Discutir con los equipos de la ESF en las prácticas educativas en materia de salud y analizar los discursos y se informa bajo el enfoque de las prácticas de exhaustividad.

Métodos: Un estudio cualitativo exploratorio equipos desarrollados de la Estrategia Salud de la Familia en Salvador, Bahia. El material empírico fue producido por el grupo focal y analizó mediante la técnica de análisis de voz.

Resultados: Los profesionales reconocen la importancia de las prácticas de educación para la salud, pero éstas ocupan el segundo lugar en el servicio y hay barreras estructurales para el efectivo. Cuando se realiza, tales acciones se basan en un conocimiento unilateral, sin lugar a dudas de los temas tratados. **Conclusiones:** El equipo entiende que las actividades de grupo tienen repercusiones positivas y buscan la manera de superar las dificultades en la articulación de un espacio físico con otras instituciones, lo que permite que las acciones. Se propone la adopción del aprendizaje permanente en la iniciativa basado en problemas, ya que permite la reflexión y la discusión acerca de las prácticas de educación en la salud y el consiguiente cambio de dirección.

Palabras clave: Educación en Salud; Relaciones Interpersonales; Integralidad en Salud; Identidad de Género; Salud de la Mujer; Estrategia de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é um método político-educativo a ser desenvolvido por profissionais com usuárias/os dos serviços por meio de reflexões coletivas que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e fortalecimento da cidadania a partir de questões de saúde (FALKENBERG; MENDES; MORAES, 2014). Nessa perspectiva, as práticas de cuidado devem envolver saber político, técnico-científico e subjetividades (ARCE; SOUSA, 2014).

No Brasil, a educação em saúde foi alicerçada sobre os pilares do modelo biomédico e esse ainda se mantém hegemônico, reproduzindo saber técnico de modo vertical, com orientações prescritivas, legitimadoras das relações de poder de profissionais de saúde sobre a população. Nesse, não há reconhecimento do saber popular nem diálogo, o que favorece as contradições nos serviços de saúde por não conhecer a realidade das usuárias/os, alimentando-se iniquidades sociais (BORNSTEIN et al., 2014).

Para transformar tais práticas é preconizado que durante a formação profissional haja articulação dos princípios e diretrizes do Sus com as necessidades de saúde da população,

redefinindo como ambiente de aprendizado o próprio *locus* de trabalho para efetivação de Educação Permanente em Saúde-EPS (NETA; ALVES, 2016).

No âmbito da educação em saúde, a EPS visa preparar a equipe de saúde para a realização de atividades educativas participativas, que potencializem a capacidade de profissionais para mudanças nas práticas em concomitância com o empoderamento de quem cuida e de quem é cuidada/o. Nesse processo, a comunidade desenvolve o controle social com responsabilização das equipes em criar ambientes propícios ao diálogo norteados pela integralidade para qualificação das práticas (SILVA et al., 2015).

Considerando os princípios emancipatórios, a educação em saúde se torna eficiente e democrática, quando possibilita o desenvolvimento de diálogos e a construção de pensamentos críticos a respeito da realidade social das pessoas envolvidas nesse processo. Desse modo, permite que a compreensão e a consciência dos processos de dominação e da realidade sejam ampliadas, por meio da problematização de situações (FREIRE, 2011a). No contexto dos serviços de saúde, possibilita que usuárias/os se transformem em pessoas ativas no sistema de saúde.

A integralidade envolve as necessidades das pessoas, a organização das práticas de atenção à saúde e a implementação de políticas governamentais para promoção da saúde, prevenção de agravos e resolutividade de problemas de saúde (MATTOS, 2001). Considerando que a educação em saúde é fundamental para melhoria da qualidade de vida da população, uma vez regida pela integralidade qualifica as práticas e as relações.

Na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família-ESF, criada para reorganizar o Sus, tem a integralidade como norteadora de suas práticas. Constitui, portanto, um campo fértil para educação em saúde sob bases problematizadoras e emancipatórias com foco nas pessoas em sua singularidade.

Todavia, resultados de pesquisa em área geográfica, onde vem sendo desenvolvidos estudos que tem explorado objetos no âmbito desse nível de atenção, tem constatado que a educação em saúde atende ao modelo biomédico, estando inserida como complementar a ações clínicas e utilizada para legitimar poderes instituídos (SOBRAL, 2016).

No âmbito da saúde da mulher, a educação em saúde na ESF deve considerar que suas demandas são transversalizadas por questões de gênero, que trazem consigo a complexidade das relações sociais, das construções identitárias e da naturalização de desigualdades. Todavia, para todos os grupos populacionais, a educação em saúde pressupõe reflexão, discussão, diálogo problematizador e conseqüente controle social como expressão da democracia e da cidadania.

Na perspectiva de produzir conhecimento que ofereça subsídios a tais práticas, este estudo tem como objetivos discutir com equipes da ESF sobre práticas de educação em saúde e analisar discursos e práticas de educação em saúde relatadas sob o enfoque da integralidade.

METODOLOGIA

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa tem como objetivo entender, descrever e explicar o mundo, analisando fenômenos sociais, relações, comunicações e experiências no cotidiano das práticas profissionais de forma individual e em grupo (FLICK, 2009).

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, na cidade de Salvador- BA, em que atuam três equipes de saúde.

Os critérios de inclusão foram: fazer parte da equipe mínima de profissionais de saúde da ESF (enfermeira, auxiliares e/ou técnicas/os de enfermagem, agente comunitária/o de saúde- ACS, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico/a em saúde bucal, médico.); ter tempo de trabalho na USF de no mínimo de 6 meses. Participaram da pesquisa 12 profissionais que compunham as três equipes da USF: duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitárias de saúde-ACS, três dentistas e três agentes de saúde bucal-ASB. As participantes tinham entre 27 e 60 anos de idade e 5 a 38 anos de atuação na área, dos quais de 2 a 13 anos na ESF.

O material empírico foi produzido por meio da técnica de grupo focal como técnica participativa e adequada a discussão e resolução de problemas.

O grupo focal é uma técnica que permite, a partir da problematização coletiva de temas específicos, a obtenção de uma diversidade de respostas (BACKES et al, 2011). Possibilita colher dados sobre práticas, conhecimentos, crenças, anseios, concepções e elucidações dos acontecimentos sociais, além de permitir um exame das expressões não-verbais (GIL, 2002). Averigua pontos de vista a respeito de fenômenos sociais distintos, gerando indagações, estimulando novas investigações e busca de soluções para problemas identificados coletivamente (BACKES et al, 2011).

Foram realizados dois encontros em um tempo médio de 2 h. A técnica foi conduzida no primeiro encontro por duas moderadoras, sendo essas a pesquisadora e uma assistente de pesquisa e o segundo encontro com a pesquisadora e duas assistentes. O local para realização do grupo focal foi a sala de reuniões da USF. No primeiro encontro foram apresentados os objetivos da pesquisa, assim como as regras para a participação, foram apresentados no início

da reunião e, em seguida, foi desenvolvido o grupo focal. No segundo encontro foram lembradas as regras e as discussões da reunião anterior antes de dar continuidade às novas discussões.

Elaboramos previamente questões abertas para a realização do grupo focal a fim de estimular a discussão da realidade que buscamos conhecer, partindo do local de serviço em que a equipe multiprofissional deste estudo atuava. Foi construído antecipadamente e utilizado como material de estímulo um *layout* da USF, retratando a estrutura física da UBS, mulheres usuárias do serviço e seu fluxo de atendimento naquele local.

A partir da apresentação do layout ao grupo, foi solicitado que o grupo discutisse os seguintes temas: características das mulheres que procuram os serviços; as demandas das mulheres e ações/soluções no atendimento às mulheres. Neste artigo, que compõe pesquisa mais ampla sobre *Demandas de saúde e a experiência de mulheres na busca pelo cuidado*, exploramos as questões relacionadas à educação em saúde levantadas pelas participantes da pesquisa, uma vez que defendemos a educação em saúde como prática necessária a construção da integralidade do cuidado para melhoria da qualidade de vida e de saúde da comunidade.

A análise dos dados gravados e transcritos foi realizada por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin, que considera o discurso uma combinação de frases que expõem pensamentos e valores estereotipados do indivíduo sobre seu mundo interno e externo, determinados por coerções sociais (FIORIN, 2011).

De acordo com o autor foram realizadas as seguintes etapas: leitura de todo o texto para que sejam localizados as figuras e os temas que conduzem a um mesmo bloco de significação; agrupamento dos elementos significativos (figuras e temas) que se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significado; depreensão dos temas centrais e formação das categorias empíricas para análise.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, mediante o parecer nº 1.239.456. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa dispostos na Resolução 466/12 sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humano.

RESULTADOS

A análise dos discursos de profissionais que participaram do nosso estudo reafirma a concretização de práticas sob o modelo técnico, em que a queixa clínica é prioridade para a atenção e a educação em saúde não está na base das ações, nem constitui prioridade na

organização do serviço. Profissionais, no entanto, reconhecem a educação em saúde como importante dimensão das práticas, mas sua efetividade está por vir, já que não foi incorporada ao cotidiano da atenção, nem há organização da equipe multiprofissional e da gestão para sua inclusão, reconhecendo-se a sobreposição das demandas de ordem clínica.

Nos depoimentos que seguem, uma participante considera ser necessário:

Otimizar atividades de educação em saúde [...] acaba ficando menos tempo dedicado para a educação em saúde [...] É isso, a questão da quantidade de atendimentos pactuados e das ações curativas em detrimento das ações preventivas. Falta mesmo à equipe se conscientizar e conscientizar os gestores da importância da educação em saúde, colocar isso como meta e priorizar a prevenção mesmo (Mirra, enfermeira).

Outra depoente valoriza a educação em saúde no contexto das práticas e afirma:

Na verdade, a educação em saúde permeia a maioria dos problemas que a gente tem. Então, é questão de educação, de orientação. As pessoas ainda não estão orientadas e somos um grupo, somos formiguinha que vamos todos os dias está ali orientando e fazendo esse processo (Alecrim, enfermeira).

Na realidade em que este estudo foi desenvolvido, as práticas se dão sob uma contradição, profissionais reconhecem o poder transformador da educação em saúde, mas consideram seu saber e sua voz como ponto de partida para que usuárias/os aprendam e mudem atitudes e comportamentos, exercitando, à luz de Paulo Freire, a educação bancária. A educação em saúde que buscam praticar tem o objetivo de convencimento a partir de valores profissionais, não necessariamente incorporados por usuárias/os.

Nesse sentido, Mirra afirma:

Tudo recai na educação em saúde, porque a gente recebe muito paciente crônico agudizado. Tem a condição crônica, mas não tomou o remédio, não fez a atividade física, não fez a reeducação alimentar. Então, vem pra cá com o quadro já agudo, com crise hipertensiva ou com os valores de glicemia descompensados [...] muitos não controlam na atenção básica por conta da não conscientização (Mirra, enfermeira).

Tudo está interligado à educação em saúde, entendeu? Ao esclarecimento. Por mais que a gente fale, eles não entendem, então fica complicado (Copaíba, técnica de enfermagem).

Lê-se no depoimento de uma Agente Comunitária de Saúde:

Às vezes eles só procuram o consultório quando tá com o dente doendo, quando uma restauração cai ou quando criança, o dente de leite já tá nascendo [...] quando os agentes convidam pra participar de uma palestra ninguém tem tempo, ninguém pode [...]. Eles dizem assim: a gente quer fazer uma coisa, chega lá eles impõem, um direito que é nosso e eles ficam impondo, que eu tenho que fazer isso, tenho que fazer aquilo [...] eu tenho que assistir a palestra? (Jasmin, ACS).

Dentistas afirmam:

A gente tenta fazer isso pra conscientizar, entendeu? Porque senão o tratamento lá dentro não flui (Alfazema).

Só vai pra minha sala depois que passar pela palestra e todo mundo passa. Não tem isso não. [...] Eu só marco se assistir palestra de prevenção, se não assistir a palestra não entra não [...] Eu faço amarração de tudo, senão o negócio não vinga (Calêndula).

Para uma enfermeira é preciso:

Sensibilizar no sentido da adesão mesmo às atividades educativas, em geral quando a gente faz atividade educativa o número de participantes é baixo. Acho que é uma realidade de todas as unidades de saúde, é uma realidade que a gente enfrenta (Mirra).

Em seus discursos, constata-se que a equipe convive com resistências a práticas educativas que se dão sob modelo que centraliza saber e poder. Usuárias/os reagem e se ausentam ao serem convidadas/os ou, objetivamente expressam não concordar com as ações propostas por profissionais, que condicionam o atendimento à participação em palestras, mas ainda não conseguem se libertar dos poderes instituídos.

Ainda que esteja expressa nos discursos a educação em saúde na modalidade palestras ou orientação individual, há profissionais que reconhecem e remetem ao trabalho com grupos

o poder de discutir meios para que as pessoas protejam a saúde, sendo estratégia para ampliar a resolutividade. Essa constitui dimensão da integralidade que corrobora para a vinculação de usuárias aos serviços, contribuindo para qualificar a atenção na ESF.

Lê-se em seus depoimentos:

Acho que são os grupos[...] é focar mais nos grupos dentro da unidade, gestantes[...] Fazer atividade integrada [...] Mais atividade coletiva que a gente não tem muito por conta da demanda que é alta (Alfazema, dentista).

Grupos de hiperdia são legais, as mulheres são muito participativas, gostam de participar dos grupos (Alecrim, enfermeira).

Deveria ter todos os dias, a equipe toda responsável [...] fazendo sala de espera [...]. E que venham da gestão [...] estímulo, incentivo, recurso, a gente tem dificuldade de datashow, folder, som, material educativo, muito difícil (Alecrim, enfermeira).

Diante de dificuldades de espaço físico para atividades educativas, profissionais afirmam:

A gente nunca fala da estrutura física, mas isso influi muito. Até para o cuidado da mulher, pra ser ouvida melhor, não tem um espaço (Alfazema, dentista).

Para o acolhimento tem que ter a questão da ambiência, um lugar que seja apropriado para ouvir a mulher e a gente não tem isso aqui ainda (Mirra, enfermeira).

Até em salão de beleza a gente fez atividades, a gente já fez (Calêndula, dentista).

O importante é fazer. A dona cedeu o espaço e a gente fez. Vai buscando as parcerias (Alfazema, dentista).

A gente faz na comunidade, igreja, escola, associação de moradores (Copaíba, técnica de enfermagem).

O compromisso profissional é evidente. A incorporação da educação em saúde como valor para a qualificação das práticas e de seus resultados é transversal aos depoimentos do grupo, mas estão em suas bases de formação um modelo que fragmenta pessoas e unilateraliza saberes.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a equipe multiprofissional reconhece a importância da educação em saúde como um instrumento necessário para transformação de práticas de cuidado em todas as áreas de atenção na ESF. No entanto, indica como barreira principal a dinâmica do serviço, que compromete o processo educativo pela sobreposição de rotinas ligadas à dimensão clínica da atenção, acrescida de problemas relativos ao espaço físico, apoio da gestão e à resistência das pessoas.

Resultados de pesquisa realizada em Montes Claros, MG, mostram que uma das dificuldades encontradas por profissionais da ESF para a realização da educação em saúde foi a conciliação dos atendimentos clínicos com as ações educativas, devido à elevada demanda para atendimento. Para a enfermeira a situação é ainda mais crítica, pois além de realizar essas atividades é responsável pelo gerenciamento da unidade de saúde, sendo a/o profissional da equipe que mais sofre com os entraves e a sobrecarga (MOUTINHO et al., 2014).

Em outro estudo, realizado em João Pessoa- PB foi constatado que as atividades educativas eram solicitadas pela gestão apenas para cumprir protocolo. A fragmentação e a descontinuidade das ações constituíam barreiras para o desenvolvimento da educação em saúde (VASCONCELOS; MAGALHÃES, 2016).

Em pesquisa realizada para discutir a forma como profissionais da ESF pensam e representam a educação em saúde e a prática educativa que realizam, foi constatado direcionamento das ações para prevenção de afecções, com foco em aspectos biomédicos. Tais resultados estão coerentes com o modelo de formação de profissionais que enfocam o saber técnico e lhes atribui poder com desvalorização do conhecimento popular (GAZZINELLI, 2013).

Esse tipo de método segundo Paulo Freire é chamado educação bancária, aquela em que as palavras são apresentadas como dados ofertados ao educando, sem que a consciência de sua realidade seja desenvolvida, legitimando e dando continuidade as relações de poder e opressão que se estabelecem nesse âmbito, negando-se a educação como prática libertadora da ingenuidade e de determinações alheias (FREIRE, 2011b).

Esse método pedagógico é praticado por meio de argumentos para convencimento. No processo são desconsiderados os contextos de vida e saberes das pessoas a quem se destinam as ações de educação. Assim, não se constroem caminhos para o empoderamento nem para o autocuidado, dificultando a corresponsabilização e negando a integralidade (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

A integralidade do cuidado é um princípio que rege políticas, programas e práticas de saúde com vistas a assistir demandas das comunidades e eliminar a fragmentação da atenção em saúde. Considera as pessoas como seres únicos integrados a contextos socioeconômicos e culturais específicos, que interferem diretamente no processo de saúde e adoecimento (KLOH et al., 2014).

A integralidade em saúde como um conceito abrangente abarca, em suas dimensões, a escuta qualificada, o acolhimento, a integração multiprofissional para organização dos serviços e das práticas de cuidado. Busca ampliar a resolutividade da atenção com atividades de promoção à saúde e prevenção de enfermidades em conformidade com as subjetividades encontradas (VIEGAS; PENNA, 2015).

A comunicação eficiente em saúde é aquela em que se compartilha conhecimento entre as pessoas envolvidas na relação. Para isso a equipe deve estar atenta à realidade, anseios, experiências e informações que as pessoas possuem sobre determinado assunto. Além disso, deve ser utilizada uma linguagem clara e de fácil compreensão, estimulando a coparticipação para ampliação do conhecimento na saúde coletiva e promoção da cidadania (CRISTO; ARAÚJO, 2013; MACHADO; LACERDA, 2014).

O desinteresse de usuárias/os ocorre diante da utilização de metodologias que não proporcionam interação nem a problematização dos assuntos abordados. A incorporação por usuárias/os do modelo de atenção centrado na clínica também colabora para não se sentirem atraídas por atividades educativas. O paradigma biomédico legitimado socialmente e as dificuldades de acesso fazem com que selecionem demandas para o serviço e soluções técnicas são buscadas diante das queixas. Assim, sob as mesmas referências para dar/receber atenção, prevenção ou tratamento de afecções se sobrepõem ao diálogo qualificado com atenção às pessoas em suas múltiplas dimensões.

A concepção de trabalhadores/as da ESF em relação ao modelo de educação em saúde e suas práticas investigada em pesquisa mostrou dificuldades no processo de educação em saúde. Essas foram atribuídas ao modelo de formação, regido pelo paradigma biologicista e curativista que não prepara pessoas para atuar nesse âmbito. Quanto a usuárias/os, houve

resistência à participação nas atividades educativas, atribuída à doutrina da medicalização culturalmente assimilada (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Encontros frequentes, com metodologias participativas, discussão temática, compartilhamento de experiências e uso de material escrito se mostrou eficaz como estratégia de educação em saúde com pessoas hipertensas (OLIVEIRA et al., 2013). Tal resultado demonstra a importância da utilização de metodologia interativa para auxiliar a população a compreender a necessidade de modificar as práticas de cuidado para melhoria das condições de vida e saúde. No nosso estudo, atividades com grupos com participação de toda a equipe e apoio da gestão são sugeridas por algumas participantes, que também se referem a experiências pontuais exitosas.

As atividades educativas em grupo são abordagens que possibilitam discussões mais amplas, viabilizadas por ações da equipe que estimulam reflexões, diálogos e questionamentos da população a respeito de sua realidade, de maneira ética e horizontal. Tal modalidade de educação em saúde desenvolve o pensamento crítico, a autonomia e a responsabilização mútua para o enfrentamento das barreiras que interferem na saúde, contribuindo para construção da integralidade da atenção (SOUSA; ASSIS, 2012).

Nesse método pedagógico libertador, conforme Paulo Freire, o educador tem ações revolucionárias e humanísticas, uma vez que busca a construção de novas formas de pensar, rompendo com a verticalização da educação por meio da promoção do diálogo. Possibilita a problematização das relações estabelecidas no mundo em que vivem e o crescimento mútuo entre educador e educando, em um contexto em que ambos são investigadores críticos (FREIRE, 2011b).

Resultados de pesquisa apontam a necessidade de ser oferecida a profissionais da ESF capacitação para práticas grupais de educação em saúde, destacando-se a constatação de maior habilidade das enfermeiras para lidar com processos educativos participativos (FLISCH et al., 2014).

A Educação Permanente em Saúde-EPS é uma estratégia eficaz para esse fim, realizada no ambiente de trabalho e desenvolvida por meio da problematização de situações cotidianas do serviço. Requer integração da equipe de saúde, gestão e comunidade e, ações democráticas e participativas, abertas ao controle social sendo facilitadora de tomada de decisões para melhoria da gestão do cuidado rumo à integralidade (MICCAS; BATISTA, 2014).

Ressalta-se que o preparo da equipe multiprofissional para a realização de intervenções em saúde grupais, emancipatórias e problematizadoras das condições de saúde

da população com vistas à resolutividade de demandas sociais, está agregado às dimensões da integralidade referentes à boa *práxis* e ao direito à saúde (YAMAMOTO; MACHADO; JUNIOR, 2015).

Estrutura física inadequada para atividades educativas e, por isso, uso de outros espaços na comunidade, bem como falta de apoio da gestão e insuficiência de recursos materiais foram identificados em relatos de profissionais na nossa pesquisa. Esses problemas são recorrentes e constatados também em outras realidades em que foi estudado o cotidiano da prática educativa de enfermeiras e de demais profissionais na Atenção Primária (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012; DIAS; LOPES, 2013).

Há de se considerar que a integração com a comunidade e suas lideranças é facilitada quando compartilhamentos acontecem e o uso de outros ambientes que extrapolam os muros institucionais para ações de educação em saúde geram relações de confiança, com facilitação de acesso às demandas da comunidade e sentimento de valorização dos grupos de usuárias/os e do serviço de saúde. Todavia, a falta de ambiência na USF para essas atividades demonstra a não priorização por parte da gestão central e da própria equipe no planejamento e na organização desses espaços, o que indica a necessidade de mudanças nas práticas para que se construa a integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde é um instrumento essencial para o alcance da integralidade do cuidado, tendo em vista que, desenvolvida sob metodologia problematizadora é facilitadora da troca de experiências, da escuta de singularidades e da construção de vínculos com os serviços de saúde.

Diante desse fundamento os depoimentos revelaram que profissionais reconhecem a importância das práticas de educação em saúde, mas essas ocupam lugar secundário no serviço. Não estão incorporadas ao cotidiano da atenção à saúde e há barreiras estruturais para efetivação da mesma.

O modelo biomédico ainda rege as práticas da equipe, com priorização dos atendimentos clínicos em detrimento das atividades educativas. Além disso, quando realizadas, tais ações partem de um saber unilateral, com relações de poder da profissional sobre a pessoa que procura os serviços de saúde sem problematização dos temas abordados.

Assim, a educação em saúde é realizada como medida reguladora de comportamentos com o objetivo de prevenir agravos à saúde. Profissionais se consideram detentoras do saber e

responsáveis por levar o conhecimento e emitem julgamentos para atitudes de usuárias/os que expressam resistência ao modelo de educação em saúde instituído.

Por outro lado, a equipe também compreende que as atividades grupais têm repercussões positivas e buscam maneiras de vencer dificuldades de espaço físico se articulando com outras instituições, o que viabiliza ações. Não se reconhece, porém esse exercício como possibilidade de integração com a comunidade, controle social e parcerias.

Profissionais da ESF que participaram do nosso estudo, reproduzem em discursos e práticas de educação em saúde sua visão de mundo, construída sob processos ideológicos que não lhes possibilitam o desvendamento da realidade e em cujas bases está assentada a formação profissional. Além disso, fica evidente que a falha no processo de educação em saúde não se restringe a abordagem metodológica, a maneira pela qual a comunicação tem sido realizada cria dificuldades para o vínculo das usuárias como o serviço de saúde. Na perspectiva da integralidade, a escuta do grupo que procura o serviço a partir de seu olhar, de suas demandas e de experiências será balizador para definir propostas educativas.

Diante da realidade estudada, propõe-se a adoção da educação permanente sob base problematizadora como iniciativa que possibilita reflexão e discussão sobre as práticas de educação em saúde e conseqüente redirecionamento. Profissionais de saúde e gestores/as são agentes de mudança e o desenvolvimento da educação em saúde emancipatória será potencializador de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade indissociáveis e indispensáveis à concretização da integralidade e à cidadania na saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde; **Interface (Botucatu)**. 20(57):389-401; 2016. Acesso 30 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150128.pdf>.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cad. Saúde Colet.**, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 62-8. Acesso em: 5 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00062.pdf>.

BACKES, Dirce Stein. COLOMÉ, Juliana Silveira Colomé. ERDMANN, Rolf Herdmann. LUNARDI, Valéria Lerch. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 35(4): 438-442; 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: 6 jun. 2013.

BORNSTEIN, Vera Joana; MOREL, Cristina Massadar; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; LOPES, Marcia Raposo. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18 Supl 2:1327-1340. Acesso em: 6 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1327.pdf>

CRISTO, Lilian Meire de Oliveira de; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. **Rev. Psicol. Saúde**. vol.5 no.1 Campo Grande jun. 2013. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a09.pdf>

DIAS, Geyse Aline Rodrigues; LOPES, Márcia Maria Bragança. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Rev Enferm UFSM**. 2013 Set/Dez;3(3):449-460. Acesso em 30 mar 16. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7846/pdf>

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; Souza Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):847-852, 2014. Acesso em: 27 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. 1 ed. (rev. e atualizada)- São Paulo: Ática, 2011. (Princípios; 137).

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009. 196p.

FLISCH, Tácia Maria Pereira; ALVES, Rodrigo Henrique; ALMEIDA, Thiara Amanda Corrêa de; TORRES, Heloísa de Carvalho; SCHALL, Virginia Torres; REIS, Dener Carlos dos. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface (Botucatu)**;18 Supl 2:1255-1268; 2014. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601255&script=sci_arttext

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 34 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011a.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011b.

GAZZINELLI, Maria Flávia Carvalho; MARQUES, Rita de Cássia; OLIVEIRA, Denize Cristina de; AMORIM, Maria Marta Amancio; ARAÚJO, Eduardo Gomes de. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família. **Trab.Educ.Saúde**. Rio de Janeiro,v.11 n.3,p.553-571,set./dez.2013. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a06.pdf>

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed.- São Paulo: Atlas, 2002.170p.

KLOH, Daiana; REIBNITZ, Kenya Schmidt; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antônio de Miranda; Lima, Margarete Maria de. The principle of integrality of care in the political-pedagogical projects of nursing programs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. vol.22, n.4, pp.693-700; 2014. Epub July 22, 2014. Acesso em: 4 abr 16. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3381-2469.pdf

MACHADO, Diolene; LACERDA, Juliano. Educomunicação comunitária em saúde atuando na prevenção das DST/AIDS. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*.10(19); 2014. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: <http://www.alaic.org/revistaalaic/index.php/alaic/article/view/523/310>

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (ORG.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 4 ed.; p. 39-64.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):170-185. Acesso em: 2 abr 16. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>

MOUTINHO, Cinara Botelho; ALMEIDA, Edmar Rocha; LEITE, Maisa Tavares de Souza; VIEIRA, Maria Aparecida. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de Enfermeiros de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a03v12n2.pdf>.

NETA, Anízia Aguiar; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 221-235, jan./abr. 2016. Acesso em: 6 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0221.pdf>.

OLIVEIRA, Silvia Regina Gomes de; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/08.pdf>

OLIVEIRA, Thatiane Lopes; MIRANDA, Leonardo de Paula; FERNANDES, Patrícia de Sousa; CALDEIRA, Antônio Prates. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):179-84. Acesso em: 30 mar 16. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n2/v26n2a12.pdf>.

ROECKER, Simone; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 no.3 São Paulo June 2012. Acesso em: 2 abr 16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300016&lng=en&nrm=iso.

SILVA, Juliana Rafaela Andrade da; LEMOS, Emmanuely Correia; HARDMAN, Carla Meneses; SANTOS, Simone José; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira. Health

education in family health strategy: perception from the professional workers. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 28(1): 75-81, jan./mar., 2015. Acesso em: 5 abr 16. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3241/pdf>

SOBRAL, Priscylla Helena Alencar Falcão. **Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica**. 2016. 167 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SOUSA, Letícia Marques de; ASSIS, Monica de. Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde. **Rev APS**. 15(4): 443-453; out/dez 2012. Acesso em: 4 abr 16. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1801/677>.

VASCONCELOS; Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de; MAGALHÃES, Rosana. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. **Interface (Botucatu)**; 20(56):99-110; 2016. Acesso em: 2 abr 16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100099.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**. 2015; 19(55):1089-100. Acesso em: 4 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf>.

YAMAMOTO, Thaís Sayuri; MACHADO, Mônica Tereza Christa; JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 617-637, set./dez. 2015. Acesso em: 4 abr 16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n3/1981-7746-tes-13-03-0617.pdf>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado a saúde da mulher na ESF deve ser estruturado no princípio da integralidade, viabilizado por políticas de saúde, práticas profissionais da equipe mínima de saúde e pela organização dos serviços. Os objetivos desse estudo foram descrever as práticas de cuidado à saúde da mulher experienciadas por equipe da ESF e analisar a realidade problematizada pela equipe multiprofissional sob a perspectiva da integralidade.

As profissionais participantes da pesquisa apresentaram como principais demandas de saúde das mulheres usuárias da ESF aquelas de ordem afetivo-emocional, relacionadas ao sofrimento por machismo e violência, carência afetiva, acúmulo de funções e vulnerabilidades decorrentes das questões de gênero.

A equipe profissional tem realizado práticas de saúde voltadas para o acolhimento e escuta sensível, mesmo com limitações estruturais, o vínculo e a confiança tem sido construídos entre as mulheres e a equipe de saúde. Nessa perspectiva, o serviço se aproxima das prerrogativas da PNH e da PNAISM, caminhando no sentido da integralidade da atenção à saúde da mulher, por meio de boas práticas profissionais com utilização das tecnologias leves na Estratégia Saúde da Família.

Todavia, o acolhimento é efetivo quando mobilizador de ações resolutivas, de modo que questões de gênero estruturantes de relações, uma vez apresentadas como demandas, encontram no serviço a escuta, mas construir a superação passa pelo empoderamento das mulheres, o que não retrata a realidade problematizada. Assim, há limites institucionais, há limites profissionais e há limites no plano da subjetividade feminina e das condições objetivas para os enfrentamentos que as desigualdades de gênero requerem.

Quanto à organização dos serviços, tem-se negada a integralidade por meio da desarticulação da rede, descontinuidade na oferta de ações e insumos, em que se incluem medicamentos e exames. Incapacidade da infraestrutura que impõe limites ao acesso a serviços, ampliado pelo distanciamento entre a gestão da unidade e profissionais e pela pouca articulação com outros níveis de complexidade, inexistindo também controle social.

O serviço não garante a cobertura requerida e a resolutividade necessária e, princípios e diretrizes da ESF e do SUS se dissipam, mas, as equipes de saúde comprometidas com as práticas problematizam a realidade e, propõem mudanças que se traduzem em compromisso com a população e com a integralidade do cuidado.

Seus depoimentos revelaram que profissionais reconhecem a importância das práticas de educação em saúde, mas essas ocupam lugar secundário no serviço. Não estão

incorporadas ao cotidiano da atenção à saúde e há barreiras estruturais para efetivação da mesma.

O modelo biomédico ainda rege as práticas da equipe, com priorização dos atendimentos clínicos em detrimento das atividades educativas. Além disso, quando realizadas, tais ações partem de um saber unilateral, com relações de poder da profissional sobre a pessoa que procura os serviços de saúde sem problematização dos temas abordados.

Assim, a educação em saúde é realizada como medida reguladora de comportamentos com o objetivo de prevenir agravos à saúde. Profissionais se consideram detentoras do saber e responsáveis por levar o conhecimento e emitem julgamentos para atitudes de usuárias/os que expressam resistência ao modelo de educação em saúde instituído.

Por outro lado, a equipe também compreende que as atividades grupais têm repercussões positivas e buscam maneiras de vencer dificuldades de espaço físico se articulando com outras instituições, o que viabiliza ações. Não se reconhece, porém esse exercício como possibilidade de integração com a comunidade, controle social e parcerias.

Profissionais da ESF que participaram do nosso estudo, reproduzem em discursos e práticas de educação em saúde sua visão de mundo, construída sob processos ideológicos que não lhes possibilitam o desvendamento da realidade e em cujas bases está assentada a formação profissional. Além disso, fica claro que a falha no processo de educação em saúde não se restringe a abordagem metodológica, a maneira pela qual a comunicação tem sido realizada cria dificuldades para o vínculo das usuárias como o serviço de saúde. Na perspectiva da integralidade, a escuta do grupo que procura o serviço a partir de seu olhar, de suas demandas e de experiências será balizador para definir propostas educativas.

Diante da realidade estudada, propõe-se a adoção da educação permanente sob base problematizadora como iniciativa que possibilita reflexão e discussão sobre as práticas de educação em saúde e consequente redirecionamento. Profissionais de saúde e gestores/as são agentes de mudança e o desenvolvimento da educação em saúde emancipatória será potencializador de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade indissociáveis e indispensáveis à concretização da integralidade e à cidadania na saúde.

Ademais, reconhecem-se as limitações deste estudo referentes a não participação de profissionais médicas/os por incompatibilidade de horários, bem como a redução de participantes no segundo encontro de produção do material empírico, o que não o torna menos relevante, uma vez que este permaneceu com número de participantes dentro dos limites aceitáveis para a realização do grupo focal.

Este estudo traz como contribuições um conhecimento que pode subsidiar práticas profissionais na ESF, em especial de enfermeiras, que cuidam e administram, as USF para uma atuação comprometida em atender ao princípio da integralidade, para melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres e de sua qualidade de vida. Além disso, se constitui como base para pesquisas de intervenção direcionadas à integralidade no espaço dos serviços da atenção primária na busca pela melhoria da organização dos serviços e da realização de uma educação em saúde libertadora, o que também requer a viabilização de um projeto de Educação Permanente em Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 192p, 2011.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):319-325, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

BACKES, Dirce Stein. COLOMÉ, Juliana Silveira Colomé. ERDMANN, Rolf Herdmann. LUNARDI, Valéria Lerch. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 35(4): 438-442; 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2013.

BARBOSA, Regina Helena Simões; MENEZES, Clarissa Alves Fernandes de; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.751-65, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a13.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BARROS, Andiana Rodrigues. **Demandas de saúde e experiência de mulheres na busca pelo cuidado**. 2013. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

BONFADA, Diego; CAVALCANTE, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAÚJO, Dayane Pessoa de; GUIMARÃES, Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2):555-560, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, TatianaWargas de Faria. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53,mar./jun.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/03.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Secretaria especial de informática. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2013.

_____. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF). 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Distrito Federal, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de outubro de 2011a.

_____. 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**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 82 p, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 68 p, 2007.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

CAPRA, Frijof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, Cap. 5, p. 116-55; 2006.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 477-506, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/05.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 14.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; SENA, Vanessa Cavalcante de; BARROS, Andiara Rodrigues; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; ALMEIDA, Mariza Silva Almeida. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 574-584, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6850/6695>>. Acesso em: 16 mar. 15.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. Corrente ligada à tecnicidade e centrada na doença. In: _____, **Promover a vida : da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel ; Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, p.123-146; 1999.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3411.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1151-1159, 2013. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/28.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 15.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente; SCHIMITH, Maria Denise; CÁCERES, Nilton Carlos. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2611-2620, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a35.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 13.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 34(2):207–215; 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39,p.1053-67, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2011.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2015.

FIORIN, José Luiz. **Elementos da análise de discurso**. 15 ed., 1ª reimpressão.- São Paulo: Contexto, 2013. 126p.

_____. **Linguagem e ideologia**. 1 ed. (rev. e atualizada)- São Paulo: Ática, 2011. (Princípios; 137).

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009. 196p.

FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; FOSCHIERA, Marlene Madalena Possan; PANIZZI, Mirvaine (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004.

FREITAS, Giselle Lima de; VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a26.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, 23(2):200-5; 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 13.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed.- São Paulo: Atlas, 2002.170p.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):757-762, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino; RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; LUCENA, Najori Barbara Ferreira de. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME - Rev. Min. Enferm.**;16(3): 315-323, jul./set., 2012. Disponível em:

<http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_509be7ccd646f.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2014.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. P. 37-56.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **CENSO 2010**. Brasília, DF, 2010.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Marcia Guimarães M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção social da demanda; direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77-89.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. P. 241-257.

KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; PEREIRA, Denise Bermudez; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará de. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS).dez;30(4):594-601; 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a03v30n4.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (ORG.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 4 ed.; p. 39-64.

MATUDA, Caroline Guinoza; AGUIAR, Dulce Maria de Lucena; FRAZÃO, Paulo. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.173-186, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/76419/80126>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

MEDEIROS, Patricia Flores de. GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade**. 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MINOZZO, Fabiane; REIS, Clarice Magalhães Rodrigues dos; VIDAL, Ávila Teixeira; CEOLIN, Marcelina Zacarias; BENEVIDES, Iracema De Almeida. Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em

saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Ateliê do Cuidado - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. 1ª edição. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2008. p. 58-73.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2071-2085, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/18.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

MONTENEGRO, Livia Cozer; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes Brito. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev Esc Enferm USP**, 44(3):649-5; 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/14.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

OLIVEIRA, Nayara de Jesus; MOREIRA, Michelle Araújo. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in(visibilidade) das mulheres. **Arq Ciênc Saúde**. 2013. jul-set. 20(3) 95-100. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-20-3/v20-3.htm>. Acesso em: 5 mai. 2014.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**. may 2011. p. 11 -31. DOI: 10.1016/S0140- 6736(11)60054-8. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, Número Monográfico, Octubre, 2011, 121-133. Disponível em: <<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1143/965>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes X Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. 3 ed. p. 7-34.

PINHO, Leandro Barbosa de; KANTORSKI, Luciane Prado; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon. Análise crítica do discurso: novas possibilidades para a investigação científica no campo da saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, janeiro-fevereiro; 17(1). 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_20.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2013.

RAMALHO, Katiane de Souza; SILVA, Silvaneide Tenório da; LIMA, Silvania Maria de; SANTOS, Marli de Araújo. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits**. Maceió, v. 1, n.1, p. 11-22, nov. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462/198>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia Helena Weis; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a19v32n2.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde**, 2010-2013. Salvador: Assessoria Técnica da Saúde, 2010.

SANTOS, Ana Paula Vidal dos. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**. 2010. 78f. [Dissertação de Mestrado] - Universidade Federal da Bahia, Departamento de Saúde da Mulher, Salvador, 2010.

SANTOS, Quintila Garcia; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; COSTA, Roberta Kaliny de Sousa; MEDEIROS, Flávio Pereira de. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)**, 2011 out-dez; 15 (4):833-837. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a24v15n4.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14126/15944>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

SILVA, Lígia Veloso Marinho da. **Uso da dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes**. Salvador, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):221-232, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

SIMÃO, Eunice; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/653/pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de. FREITAS, Maria do Carmo S. de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.1, p.96-109, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1020/pdf_317>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; TYRREL, Maria Antonieta Rubio. Políticas de Salud a la Mujer en Brasil, 1974-2004. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):70-6. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a12.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 15.

SPAGNUOLO, Regina Stella; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; SPIRI, Wilza Carla; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O Enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: Desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saude**. Abr/Jun; 11(2):226-234; 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10445/pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

TORRES, Lilian Machado; MARQUES, Lorena Marcia de Freitas; TANNURE, Meire Chucre; PENNA, Claudia Maria Mattos. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 822-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/16.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2014.

TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 36-42. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 10 dez. 13.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 17(1): 89-118, Jan.-jun./2011. Disponível em: < <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/686>>. Acesso em: 15 mar. 15.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):181-190, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 13.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A- INFORMAÇÕES A PARTICIPANTE

Meu nome é **Nayara de Jesus Oliveira**, sou aluna regular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa intitulada Práticas de cuidado à saúde da mulher: construindo mudanças com a equipe multiprofissional, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho. A referida pesquisa tem como objetivos discutir sobre as práticas de cuidado à saúde da mulher vivenciadas por equipe da ESF, analisar a realidade segundo o olhar da equipe multiprofissional que cuida de mulheres e construir com a equipe multiprofissional proposta de intervenção para as práticas de cuidado à saúde da mulher. A coleta de informações será feita mediante a realização de grupo focal e, se necessário, entrevista semiestruturada. Esta pesquisa poderá ser importante, pois pretende instigar reflexões dos profissionais da equipe de saúde sobre o cuidado às demandas das mulheres para promover mudanças na realidade do cuidado por meio de proposta de intervenção construída coletivamente. Sua participação é livre e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, sem nenhum prejuízo. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome na descrição de resultados e o que for falado será mantido em sigilo. Além disso, haverá a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações. Considero que a pesquisa não confere risco para o(a) senhor(a), no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se o(a) senhor(a), durante a coleta de informações, sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com o(a) senhor(a) sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade. Entretanto, caso haja algum prejuízo decorrente da

realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa. Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos ainda, a autorização do(a) senhor(a) para usar o gravador. Os resultados da Pesquisa serão transformados em transcrições e o material será guardado por cinco anos, e ao final, você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Depois de analisadas as informações, os resultados serão utilizados para a produção de artigos técnicos e científicos e para apresentação em congressos científicos.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura, caso concorde em participar.

Agradecemos a participação e colaboração do(a) senhor(a).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada “**Práticas de cuidado à saúde da mulher: construindo mudanças com a equipe multiprofissional**”, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e de que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposta(o) a riscos físicos ou morais e que caso sinta desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim. Assim como estou certo(a) de que não haverá nenhum prejuízo. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma. Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações colhidas na minha participação nesta pesquisa. Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, devo contactar Nayara de Jesus Oliveira. Rua Dr. Clemente Ferreira, Edifício Cidade Santa Terezinha nº8, bairro: Canela, Salvador- Ba. CEP:40.110-200. Telefones: (73) 9113-5842 e 8843-6970, email: nayaraj.oliveira@yahoo.com.br. O projeto desta pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), órgão

que tem como objetivo proteger as pessoas que participam de pesquisas, em relação às questões éticas, e no caso do(a) senhor(a) tiver alguma dúvida ou desejar mais esclarecimentos, poderá entrar em contato de segunda a sexta-feira no horário das 08:00 às 14:00 horas, no endereço: Av. Dr. Augusto Viana S/N. Campus Universitário do Canela. Bairro do Canela, na cidade de Salvador/Bahia. CEP: 40.110-060. Telefone: (71)3283-7615. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Salvador, ____/____/____

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta(e) entrevistada(o), para participação nesta Pesquisa.

Salvador, ____/____/____

Nayara de Jesus Oliveira
Pesquisadora Responsável pelo Projeto

Profª Drª Edméia de Almeida C. Coelho
Pesquisadora Assistente

APÊNDICE C- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Universidade Federal da Bahia
 Escola de Enfermagem
 FONES: (73) 9113-5842/ (73)8843-6970

Título do projeto: **Práticas de cuidado à saúde da mulher: construindo mudanças com a equipe multiprofissional**

Pesquisadora Responsável: Nayara de Jesus Oliveira

Orientadora: Prof^a Dr^a Edméia de Almeida C. Coelho

Data: __/__/__

Caracterização do (a) entrevistado (a):

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados sócio-demográficos:

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão/ocupação: _____

Tempo de atuação profissional: _____

Tempo de trabalho na ESF (ano/ mês): _____

Regime de trabalho: _____

Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

1.2 Dados educacionais:

Participou de algum curso de atualização? () Não () Sim

Qual (is): _____

Formação: () Nível médio () Graduação () Especialização () Mestrado

Qual (is): _____

Qual: _____

Outro: _____

ROTEIRO DE TÓPICOS PARA AS SESSÕES DE GRUPO FOCAL

Pesquisa: Práticas de cuidado à saúde da mulher: construindo mudanças com a equipe multiprofissional

Objetivo: Discutir sobre as práticas de cuidado à saúde da mulher vivenciadas por equipe da ESF e analisar a realidade segundo o olhar da equipe multiprofissional que cuida de mulheres.

1. Apresentação do projeto;
2. Dinâmica de apresentação do grupo;
3. Desenvolvimento do tema: Será reunido o grupo e colocado no meio da sala um layout da unidade feito de cartolina, retratando a estrutura do serviço com suas divisões internas e o fluxo de mulheres naquele serviço. A partir da apresentação do layout ao grupo, será solicitado que as/os profissionais discutam os seguintes temas:
 - Características das mulheres que procuram os serviços;
 - As demandas das mulheres;
 - Ações/soluções no atendimento às mulheres.
4. Síntese: Após a discussão, será realizada uma síntese das questões abordadas;
5. Conclusão: Será disponibilizado um momento para sanar possíveis dúvidas, agradecer às/aos participantes e agendar o próximo encontro.

Objetivo: Construir com a equipe multiprofissional proposta de intervenção para as práticas de cuidado à saúde da mulher.

1. Apresentação do objetivo da reunião;
2. Resgate dos temas discutidos na reunião anterior;
3. Construção da proposta de intervenção para as práticas de cuidado à saúde da mulher: A partir da discussão resgatada, solicitar a construção da proposta de intervenção a partir do seguinte questionamento:
 - De que forma a equipe pode ampliar sua contribuição para melhorar a qualidade do cuidado oferecido às mulheres?
4. Conclusão: Será disponibilizado um momento para sanar possíveis dúvidas, agradecer aos participantes.

ANEXO- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: CONSTRUINDO MUDANÇAS COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Nayara de Jesus Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45468715.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.239.456

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem por objetivos "discutir as práticas de cuidado à saúde da mulher vivenciadas por equipe da ESF, analisar a realidade segundo o olhar da equipe multiprofissional que cuida de mulheres e construir com a equipe multiprofissional proposta de intervenção para as práticas de cuidado à saúde da mulher".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a autora, "a pesquisa não confere risco para o(a) senhor(a), no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se o(a) senhor(a), durante a coleta de informações, sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com o(a) senhor(a) sobre a sua saída da

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Rose

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.239.456

pesquisa, se assim for sua vontade. Entretanto, caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa". Esse período da Brochura e do TCLE expressa uma ambiguidade ou contradição, pois ao tempo em que diz que a pesquisa não confere risco físico ou moral, a autora, mediante o uso de adversativas, identifica possível "desconforto" psicológico, psíquico ou moral. Em sua hipótese (sic), ela enumera situações que potencialmente revelam impotência ou desconforto profissional da equipe em prestar um atendimento adequado ao ressaltar "as contradições entre os fundamentos da ESF e a realidade da atenção, evidenciam dificuldades de profissionais em transformar proposições políticas em ações eficazes no cuidado à saúde da mulher". Se a equipe revelar essas "contradições" pode se expor a retaliações do gestor/chefe/empregador. Melhor dicção talvez seja: "Não identifico riscos físicos..."

Benefícios:

Segundo a autora, "este projeto amplia os estudos na área da atenção à saúde da mulher e da integralidade do cuidado (...); permitirá discutir e analisar as práticas de cuidado à saúde da mulher vivenciadas por equipe da ESF, (...); construir com a equipe multiprofissional proposta de intervenção para as práticas de cuidado à saúde da mulher e interferir positivamente na realidade do cuidado à saúde da mulher".

Avalio que os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa cujos dados serão produzidos através da técnica de grupo focal e entrevista semiestruturada, se necessário maior aprofundamento. Serão realizados dois ou três encontros com um número de participantes entre 6 e 12, em um período delimitado de 2 a 3h. O local para realização do grupo focal será definido junto com os participantes. O estudo será uma Unidade de Saúde da Família, do município de Salvador- BA, localizada no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário. O estudo será desenvolvido com profissionais de saúde que trabalham na ESF (enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, agente comunitário, médico, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal). Os critérios de inclusão são: pertencer a equipe; e possuir tempo de trabalho mínimo de 6 meses na USF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os documentos exigidos pelo CEP_EE-UFBA.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Handwritten signature or initials.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.239.456

Recomendações:

Como o risco em todas as pesquisas envolvendo seres humanos (PESH) é presumido (Res. 466/12), sugiro que seja desfeita a ambiguidade de sua exposição no TCLE. Embora mesmo alguns riscos atuais não possam ser claramente apontados, sempre há risco nas PESH.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero o procolo aprovado pois julgo que a correção da ambiguidade na maneira de expressão pode ser feita sem necessidade de declarar o protocolo com pendência pois os riscos psicológicos estão claramente apontados.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Plenário Homologa o Parecer APROVADO emitido pelo relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	declaração de não coleta.pdf	08/05/2015 12:55:40		Aceito
Outros	termo de compromisso do pesquisador.pdf	08/05/2015 12:56:12		Aceito
Outros	termo de concordância.pdf	08/05/2015 12:56:20		Aceito
Outros	termo de confidencialidade.pdf	08/05/2015 12:56:34		Aceito
Outros	Termo de autorização.pdf	13/05/2015 21:43:41		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	13/05/2015 21:42:47		Aceito
Outros	Carta de anuência.pdf	13/05/2015 21:57:56		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513088.pdf	13/05/2015 21:58:26		Aceito
Outros	Orientações para construção do TCLE CEPEE.UFBA.doc	15/05/2015 08:35:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 19 maio.pdf	19/05/2015 14:11:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO 19 maio.pdf	19/05/2015 14:12:21		Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

[Handwritten signature]

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.239.456

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 513088.pdf	19/05/2015 14:13:51		Aceito
--------------------------------	--	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Setembro de 2015

Darci Santa Rosa

Assinado por:

Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Item	Descrição	Observações	Assinatura	Data
1	Projeto de Pesquisa			
2	Relatório de Análise			
3	Formulário de Avaliação			
4	Relatório de Acompanhamento			
5	Relatório de Encerramento			
6	Relatório de Impacto			
7	Relatório de Avaliação de Resultados			
8	Relatório de Avaliação de Impacto Social			
9	Relatório de Avaliação de Impacto Ambiental			
10	Relatório de Avaliação de Impacto Cultural			
11	Relatório de Avaliação de Impacto Econômico			
12	Relatório de Avaliação de Impacto Político			
13	Relatório de Avaliação de Impacto Jurídico			
14	Relatório de Avaliação de Impacto Ético			
15	Relatório de Avaliação de Impacto Religioso			
16	Relatório de Avaliação de Impacto Filosófico			
17	Relatório de Avaliação de Impacto Artístico			
18	Relatório de Avaliação de Impacto Científico			
19	Relatório de Avaliação de Impacto Tecnológico			
20	Relatório de Avaliação de Impacto Ambiental			
21	Relatório de Avaliação de Impacto Social			
22	Relatório de Avaliação de Impacto Econômico			
23	Relatório de Avaliação de Impacto Político			
24	Relatório de Avaliação de Impacto Jurídico			
25	Relatório de Avaliação de Impacto Ético			
26	Relatório de Avaliação de Impacto Religioso			
27	Relatório de Avaliação de Impacto Filosófico			
28	Relatório de Avaliação de Impacto Artístico			
29	Relatório de Avaliação de Impacto Científico			
30	Relatório de Avaliação de Impacto Tecnológico			

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br