

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE – MPNORTE**

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

**LÊDA CRISTINA RODRIGUES FRANÇA**

**São Paulo**

**2014**

**LÊDA CRISTINA RODRIGUES FRANÇA**

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo UNIFESP - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Iraní Ferreira da Silva Gerab

**São Paulo**

**2014**

## Ficha Catalográfica

França, Lêda Cristina Rodrigues

**Formação do enfermeiro para atuação na atenção básica no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** / Lêda Cristina Rodrigues França. – São Paulo, 2014.

ii, 115f.

Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iraní Ferreira da Silva Gerab.

Título em inglês: Nurse training for work in the integral care program for women's health in basics health care.

1. Saúde da Mulher. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermagem.  
4. Prática Profissional. 5. Educação em Enfermagem.

## **BANCA EXAMINADORA**

02 de junho de 2014

### **PRESIDENTE DA BANCA**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Iraní Ferreira da Silva Gerab**

Professora Adjunta II da Universidade Federal de São Paulo e Diretora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – UNIFESP/CEDESS

### **TITULARES**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Zukowsky Tavares**

Professora Visitante da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Iêda Maria Ávila Vargas Dias**

Professora da Fundação Osvaldo Cruz – Unidade Brasília - FIOCRUZ

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Lidia Ruiz Moreno**

Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – UNIFESP/CEDESS

### **SUPLENTE**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Beatriz Jansen Ferreira**

Professora Visitante da Universidade Federal de São Paulo no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – UNIFESP/CEDESS

## DEDICATÓRIA

- ✚ Dedico este trabalho a Deus, meu melhor amigo, que me ensinou a perdoar e recomeçar em meio a tantas tempestades.
- ✚ A Virgem Santíssima por sua graça e bondade e exemplo para minha vida.
- ✚ A minha Mãezinha querida M<sup>a</sup> da Conceição R. França que hoje repousa no céu acompanhado dos anjos do Senhor, mas que me acompanha em todos os dias em meus pensamentos e no meu coração, pela força e coragem transmitida em todos esses anos de minha jornada de vida.
- ✚ A amizade verdadeira que eu pude construir ao longo de minha vida que me possibilitou acreditar no ser humano e em um novo começo.
- ✚ A todos, amigos, conhecidos, familiares e professores que direta ou indiretamente ajudaram na realização deste sonho concretizado em pequenas linhas e páginas.

## **AGRADECIMENTO**

- ✓ A Coordenação do Curso MPNORTE/UNIFESP e a minha Orientadora Dr<sup>a</sup> Iraní Ferreira da Silva Gerab por acreditar no desenvolvimento do profissional diante das adversidades de nossa tão grandiosa e magnífica região Norte.
- ✓ A Profa. M.Sc. Cássia Rozária da Silva Souza, subcoordenadora do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA-UEA), coordenadora e teleconsultora no Polo de Telessaúde da Amazônia e vice-coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem da ESA-UEA, por todo apoio, colaboração e incentivo durante todo o curso, pois sem sua ajuda teria sido impossível realizar este sonho e transformá-lo em realidade.
- ✓ A senhora Nora Ney Rodrigues, coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, pela atenção e gentileza oferecida durante o tramite da realização da pesquisa.
- ✓ A todos os amigos conquistados durante o Curso MPNORTE, em especial a amiga Elisangela Braga que me acompanhou e apoiou durante o curso do mestrado, mostrando o valor da amizade e incentivando a conquistar meus objetivos.

## RESUMO

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) busca a diminuição e resolução dos agravos nos ciclos de vida da mulher. O enfermeiro atua na assistência primária de saúde desenvolvendo ações educativas, de diagnóstico, tratamento e recuperação voltados a assistência da mulher. O objetivo deste trabalho é analisar a formação e atuação do enfermeiro no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica em Saúde. A metodologia utilizada foi exploratório-descritiva com enfoque qualitativo e os dados obtidos por meio de entrevista semi-estruturada com 25 enfermeiros do Distrito Sanitário de Saúde Sul na cidade de Manaus-Amazonas. Foi realizada uma análise de conteúdo do tipo temático categorial. Estes enfermeiros atuam na profissão em torno de 12-16 anos; a maioria com tempo de formação entre 13-17 anos. Como ações oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se as voltadas para o ciclo grávido puerperal e para a prevenção de câncer. Sobre a Política de Saúde da Mulher observou-se que consideram como parte integrante da Atenção à Saúde em geral, tendo a mulher o direito comum do uso da assistência à saúde; destacam como Importância da UBS na Saúde da Mulher as ações voltadas ao rastreio, orientações, exames, vacinas e prevenção das doenças, bem como ações curativas. Sobre a Importância do Enfermeiro nesta assistência, destacam o seu papel como orientador e direcionador das demandas, bem como sua contribuição nas ações de prevenção. Quanto a Contribuição da Graduação para o Atendimento na Saúde da Mulher: 22,8% enfatizam a aprendizagem da normatização das ações; 21,7% a saúde reprodutiva e 21,6% destacam lacunas existentes para o desenvolvimento das práticas profissionais. Como sugestões para melhoria no Atendimento à Mulher, 18,2% dos enfermeiros compreendem as ações e direitos da mulher, a necessidade de aperfeiçoar as atividades em torno dos ciclos de vida da mulher e do atendimento humanizado, aprimoramento das técnicas aplicadas nas ações e assistência à mulher em todas as fases de sua vida. Para 25% dos entrevistados as questões de aprimoramento e mudança, começam pela matriz curricular, e referem que a educação permanente e educação continuada em saúde são também necessárias para a melhoria no atendimento.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher, Atenção Básica, Enfermagem, Formação.

## ABSTRACT

The Integral Care Program for Women's Health (PAISM) aims to diminish and treat injuries in women's life cycle. Nurses work in health primary assistance performing educative actions, diagnostic, treatment and recovery focused on assistance for women. The objective of this work is to analyze the nurse training for work in the integral care program for women's health in Basics Health Care. The methodology used was explanatory-descriptive with a qualitative approach, and data gathering by mean of semi structured interviews with 25 nurses from the Health District South in Manaus city, Amazonas. The content analysis was according categorized topics. These nurses have been working about 12-16 year on this profession; most of them graduated between 13-17 years ago. As shares offered in Basic Health Units (UBS), are focused on pregnancy-puerperal cycle and cancer prevention. About women's health Policy we observed that it's considered in General Health Care, where women has the common rights guaranteed; emphasize the importance of UBS in women's health with shares dedicated to track, monitoring, orientations, examinations, vaccination, diseases prevention, and treatment as well. About the importance of nurses on this assistance, we noticed their roles as advisors, guides and facilitators in needs, and contributions in prevention actions. Concerning their training in college for treating women's health: 22,8% highlights the learning of standardization of shares; 21,7% reproductive health, and 21,6% highlight the lacks in performance of professional practice. As a suggestion for improving women assistance, 18,2% of nurses understand the shares and rights of women, the need to improve shares about women's life cycle and humanized care, improving techniques used in shares and assistance for women in every phase of their life. And for 25% of interviewed, in questions of improving and changing starts at curricular plan of the training course, consolidating the permanent and continuous education as a reference for improve the assistance.

**Keywords:** Women's Health, Basic Assistance, Nursing, Training Course.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Faixa etária de enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher em UBSs do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>23</b>
<b>Tabela 2 – Tempo de formação dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher nas UBS do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>24</b>
<b>Tabela 3 – Tempo de experiência na atenção básica de enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher nas UBS do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>24</b>
<b>Tabela 4 – Tempo de inserção na atual UBS dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabela 5 – Área de especialização dos enfermeiros atuantes em assistência à saúde da mulher do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>26</b>
<b>Tabela 6 – Temas das atualizações dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 7 – Ações oferecidas pela UBS para os enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>42</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 – Política de Assistência à Saúde da Mulher segundo os enfermeiros do DISA Sul de Manaus .....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 2 – Importância da UBS para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os Enfermeiros do DISA Sul de Manaus.....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 3 – A Importância do Enfermeiro para a Assistência à Saúde da Mulher no DISA Sul de Manaus segundo os próprios entrevistados.....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 4 – Contribuição da Graduação na Formação do Enfermeiro para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os Enfermeiros do DISA SUL de Manaus .....</b>	<b>49</b>
<b>Quadro 5 – Sugestões de Atividades Formativas para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os Enfermeiros do DISA SUL de Manaus.....</b>	<b>54</b>

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

**AB** – Atenção Básica

**ABEn** – Associação Brasileira de Enfermagem

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CES** – Câmara de Educação Superior

**CNE** – Conselho Nacional de Educação

**CPI** – Comissão Parlamentar de Inquérito

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**DCN** – Diretrizes Curriculares Nacionais

**DEGES** – Departamento de Gestão de Educação na Saúde

**DISA SUL** – Distrito Sanitário de Saúde Sul

**DSEI** – Distrito de Saúde Especial Indígena

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**EEM** – Escola de Enfermagem de Manaus

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**ESA** – Escola Superior de Ciência da Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FNS** – Fundação Nacional de Saúde

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**IMPLAN** – Instituto Municipal de Planejamento e Informática

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer

**MS** – Ministério da Saúde

**OPAS** – Organização Panamericana de Saúde

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNAISM** – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**SEMSA** – Secretaria Municipal de Saúde

**SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**SISPRENATAL** – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**THD** – Técnico em Higiene Dental

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família

**UEA** – Universidade do Estado do Amazonas

**UFAM** – Universidade Federal do Amazonas

**UR** – Unidade de Registro

**US** – Unidade de Significação

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	4
2.1 OBJETIVO GERAL .....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	5
3.1 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	5
3.2 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER .	7
3.3 O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE .....	13
3.4 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER .....	14
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	19
4.1 TIPO DO ESTUDO .....	19
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	19
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	21
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	21
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	22
4.6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	22
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	23
5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS ATUANTES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO DISA SUL .....	23
5.2 AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER .....	29
5.3 A UBS NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER .....	36
5.4 O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER .....	44
5.5 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER .....	49
5.6 O APRIMORAMENTO DA ASSISTÊNCIA PELO ENFERMEIRO: ALGUMAS SUGESTÕES .....	54
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>OBRAS CONSULTADAS</b> .....	74
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista .....	78
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	79
APÊNDICE C: Relatório Técnico .....	80
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa .....	97
ANEXO 2 - Termo de Anuência SEMSA .....	99
ANEXO 3 - Comunicado de Autorização .....	100
ANEXO 4 – Unidades Básicas do Distrito Sanitário Sul .....	101

## 1. INTRODUÇÃO

Sou enfermeira formada há 19 anos pela Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). A Escola de Enfermagem de Manaus foi fundada em 1949 pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Obteve a autorização para o funcionamento pelo Ministério da Educação e Cultura em 14 de dezembro de 1951, através da Portaria Nº 1.051 e reconhecida como de fato e direito como faculdade em 16 de dezembro de 1954 pelo Decreto Nº 36.600 publicado no Diário Oficial da União. Fundamentada na Lei das Diretrizes e Bases da Educação de 1961, e na Lei Nº 5.540 da Reforma Universitária, a qual elaborou seu regimento, que foi homologado pelo Ministério da Educação em 15 de julho de 1970. Tendo como objetivo a formação e habilitação de enfermeiros promovendo estudos e pesquisas nos vários setores da enfermagem e no campo da saúde, realizando habilitação do profissional enfermeiro e de profissionais de enfermagem de nível médio e supletivamente em curso intensivo de qualificação profissional (Brasil, 1974). Nesta instituição, obtive minha formação acadêmica, onde construí o interesse em ajudar o próximo, utilizando o conhecimento científico e técnico adquirido e aplicando na área da saúde.

No que concerne ao meu aprimoramento profissional, fiz as seguintes pós-graduações: Especialização em Enfermagem em Obstetrícia; Esp. em Formação Pedagógica para Área de Saúde e Esp. em Saúde da Mulher. Durante todo esse tempo de formada, atuo na Atenção Primária de Saúde (APS) em bairros da zona leste de Manaus - uma das áreas mais populosas e mais distante do centro da cidade. Participo de pesquisas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde desta zona distrital em parceria com diferentes cursos de enfermagem. Sou colaboradora em projetos e ações junto ao Curso de Graduação de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), parceira e empenhada no desenvolvimento de trabalhos pedagógicos e científicos na área de educação, enfermagem e saúde pública aplicada à atenção primária prestada à comunidade, mostrando sempre interesse em melhoria na assistência e ações junto ao usuário, onde, como profissional,

sempre pude fazer parte desta assistência. Durante esses anos de assistência na APS, pude refletir sobre o potencial que as ações baseadas nos Programas do Ministério da Saúde têm para modificar o perfil epidemiológico de uma comunidade. Passei a desenvolver minhas atividades direcionadas na Atenção Integral à Saúde da Mulher a partir de outubro 2001, quando, foi necessário desenvolver ações voltadas às mulheres residentes na área periférica da zona distrital leste da cidade em uma unidade básica de saúde (UBS) com atendimento especializado a mulher. Esta UBS registrada como Casa de Saúde da Mulher, hoje extinta, na época era a única unidade na capital do Estado do Amazonas que prestava assistência direcionada somente a mulher.

No exercício de minha profissão na Atenção Primária de Saúde direcionada a prestar assistência à população, em especial a saúde da mulher, pude observar e refletir sobre a importância e a influência das ações de saúde realizadas na comunidade e de como isso pode modificar as características e o modo de ver e viver dessas pessoas em relação aos problemas existentes assim como também o modo de resolvê-los, e de como o enfermeiro pode ser formador de opiniões. Acredito que a preparação acadêmica pode influenciar na atuação nos programas de saúde do Ministério da Saúde, e que esse conhecimento tende a modificar toda uma estratégia de atendimento e a forma de lidar com as situações problemáticas existentes no cotidiano das comunidades e as ações a serem desenvolvidas dentro delas, mediante suas características apresentadas pela população.

Atuando na atenção básica em ações voltadas a saúde da mulher, pude ver a importância destas ações na forma como os usuários passam a ver a sua saúde e o autocuidado. Neste contexto, surgiram as questões:

- ✓ Qual é a assistência para a saúde da mulher realizada na atenção básica?
- ✓ Qual o perfil dos enfermeiros responsáveis pela assistência à saúde da mulher?
- ✓ Apontar segundo a percepção dos enfermeiros as ações desenvolvidas nas UBS relativos ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)?

- ✓ Quais são as atribuições do enfermeiro nesta assistência?
- ✓ Como os enfermeiros se prepararam para esta atuação?
- ✓ Quais as contribuições e lacunas que os enfermeiros percebem na formação para a atuação neste programa?
- ✓ Quais sugestões teriam para o aprimoramento da formação para atuar na atenção básica no PAISM?

Esta pesquisa foi realizada para buscar respostas a estas indagações.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar a formação e atuação do enfermeiro no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na atenção básica de saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar o perfil de enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde da mulher;
- Caracterizar a concepção do enfermeiro atuante em UBS sobre o PAISM;
- Pontuar a concepção dos enfermeiros sobre as ações desenvolvidas nas UBS relativas ao PAISM;
- Identificar e discutir a visão do enfermeiro sobre o papel de sua formação para a atuação no PAISM na UBS;
- Elencar as contribuições e lacunas percebidas pelos enfermeiros na sua formação para atuar no PAISM;
- Levantar sugestões para aprimoramento da formação do enfermeiro para assistência no PAISM.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

A Atenção à Saúde pode ser compreendida em três níveis: primário, secundário e terciário. No Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS) é usualmente denominada como Atenção Básica de Saúde, que é um termo utilizado em quase todos os países, em Portugal é usado o termo Cuidados de Saúde Primários, que foi definida na Declaração de Alma-Ata (1978) pela Organização Mundial de Saúde:

Atenção essencial a saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada a saúde.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) reafirmou, em 2005, que para alcançar a melhoria da saúde das populações, os países participantes da mesma deveriam se basear no sistema de saúde da APS que é a melhor forma para alcançar e produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das Américas.

A Política da Atenção Básica de Saúde no Brasil é composta pelo conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, os quais abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Segundo Starfield (2002) as principais características da atenção básica são: a porta de entrada; a continuidade; a integralidade e a coordenação do cuidado. Como porta de entrada, o atendimento básico deve ser mais acessível à população, no que se refere à continuidade a pessoa atendida deve ter vínculo ou

familiarizar-se com a unidade de saúde mais próxima de sua residência. Em relação a integralidade, o nível primário é responsável por todo problema de saúde existente nas comunidades, fazendo-se assim responsável para encaminhar para atenção secundária os problemas não resolvidos por eles. Ao falar da coordenação do cuidado o autor refere-se à cooperação dos profissionais da atenção básica para organizar e integrar esses cuidados possibilitando resolutividade dos mesmos.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a), a operacionalização da Atenção Básica define-se como,

área estratégica para atuação em todo o território nacional, tendo em seus programas a missão de eliminar ou minimizar doenças como a hanseníase, a tuberculose, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a desnutrição infantil, intervindo em agravos que comprometam a assistência a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal, promovendo a saúde através de suas ações.

Na atenção primária o sujeito é visto em sua singularidade, na complexidade de seu dia-a-dia, na integralidade e na inserção sócio-cultural, e busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças que reduzam os danos e sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica (AB) tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a reorganização dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a aproximação com o indivíduo e com a comunidade (BRASIL, 2004a).

As ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas sanitárias democráticas e participativas, em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de baixa e elevada complexidade, para solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A Atenção Básica é um dos contatos diretos dos usuários com o sistema de saúde, sendo a forma mais simplificada e direta de promoção da saúde e prevenção das doenças, trabalhando sempre as atividades direcionadas a população no intuito de prevenir problemas e agravos em relação à saúde,

utilizando sempre um contato direto com a comunidade através de campanhas, consultas e palestras mobilizando todos os indivíduos de uma família, uma área, uma população. Empregando os princípios da universalidade, da humanização, da integralidade, da acessibilidade aos cuidados e de seu envolvimento com a participação social.

Os programas do Ministério da Saúde possuem metas e ações voltadas a buscar o favorecimento e a modificação de fatores condicionantes e determinantes que interagem no cotidiano sócio-econômico e familiar de cada cidadão. Parte daí, o destaque para o enfretamento dessas ações efetivamente junto e para a comunidade e os usuários.

Na reorganização das ações a serem desenvolvidas, o trabalho é focado efetivamente na mudança de comportamento de cada usuário, nas suas concepções enquanto facilitador de diálogos e abertura de outros horizontes e percepção de mundo e também nas mudanças de conceitos e ideias.

### **3.2 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER**

Fins da década de 70 e início dos anos 80 no Brasil, durante a ditadura militar, os movimentos que lutavam eram em prol dos direitos políticos, civis e sociais, e resistiam a tudo para ganhar força e se materializarem na ampliação do debate político e na multiplicação e fortalecimento dos movimentos sociais, nesta época houve uma grande explosão demográfica, o que levou a grande preocupação com a situação econômica do país e a fonte de renda para o desenvolvimento das famílias brasileiras, e isso foi um dos motivos na elaboração de um novo programa que comportasse todos os eixos relacionados a mulher, foi quando surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) desvinculando do antigo programa materno-infantil, e sobre este programa formou-se um debate entre grupos heterogêneos – feministas, sanitaristas, clero católico, economistas, demógrafos, políticos, entidades privadas, agências internacionais, ginecologistas - em torno de um projeto de saúde da mulher que contemplasse o planejamento familiar como um direito de cidadania, em contraposição ao controle de natalidade praticado no Brasil desde meados dos

anos de 1960 por entidades privadas de planejamento familiar, financiadas por organismos estrangeiros sob perspectiva neomalthusiana. A linha de desenvolvimento deste projeto foi elaborada, pelo movimento feminista e pelo movimento da reforma sanitária, os quais influenciaram nas normas de diretrizes do PAISM, o projeto foi lançado em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde como resposta a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instalada em 1983 para discutir e solucionar os problemas populacionais, esta Comissão foi a pedido do então Presidente da República, João Baptista Figueiredo (BRASIL, 1984; 2004b).

Em 1984, representantes do setor materno infantil do Ministério da Saúde propuseram ao Governo Federal o Programa de Assistência Integral Saúde da Mulher em todo território nacional brasileiro, iniciando por Brasília e se estendendo a todas as capitais do país, considerando com este programa a mulher em todas suas particularidades sociais, econômicas, étnicas, raciais e culturais, englobando todas as fases e direitos de seus ciclos de vida.

A mobilização das mulheres - sobretudo das feministas, contribuiu para a inclusão da questão de gênero na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas no novo regime democrático. Exemplo desse novo quadro do país foi a criação das primeiras políticas públicas voltadas para a promoção da igualdade entre os sexos na década de 1980, sob influência dos novos papéis sociais desempenhados pelas mulheres e da organização de grupos feministas brasileiros. Dentre essas políticas destacaram-se: o Conselho Estadual da Condição Feminina, 1983, São Paulo; a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, 1985, São Paulo; o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1985 no Ministério da Justiça e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher “PAISM”, 1983 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Ao longo da década de 1980, os grupos feministas se multiplicaram e ampliaram o debate sobre sexualidade, reprodução, aborto, contracepção, opção sexual, sempre sob o viés da autonomia das mulheres em relação ao seu próprio corpo, a vivência plena de sua sexualidade, a livre opção pela maternidade, os cuidados e conhecimento desde a puberdade até a velhice, tendo sempre como lema de luta e reivindicação: “Nosso corpo nos pertence”, e esses movimentos

exigiam que a mulher fosse tratada pela sociedade e pelas políticas públicas como ser autônomo e não como um ser determinado pela sua função reprodutiva ou somente pelo papel de mãe. As feministas se uniram ao movimento da reforma sanitária pela redefinição, ampliação e democratização dos serviços básicos de saúde e foram contra as ações que visavam ao controle da natalidade – distribuição de pílulas, esterilização em massa e pesquisas com contraceptivos de alta eficácia em mulheres das classes populares sem dar o direito de escolha. E essas reivindicações representaram a transição do conceito de saúde materno infantil para o conceito de saúde integral da mulher onde são vista como um todo, um ser completo e não somente o compartimento gerador de filhos (MESQUITA, 2011).

O PAISM em suas diretrizes estabeleceu, respectivamente, a promoção da saúde e de políticas públicas voltadas à saúde da mulher como uma das prioridades no atendimento a classe feminina e essas prioridades foram acordadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, por meio do conceito ampliado de saúde, além das Conferências Internacionais de Otawa (1986) e Adelaide (1988). O Programa, na direção do movimento sanitarista, incorporou a descentralização, a hierarquização, a regionalização dos serviços, além de unir-se a integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher, reforçando a necessidade de sua implantação em todo o território nacional (BRASIL, 2004b; 2009).

Por conseguinte, o PAISM é um marco histórico, onde propõe uma abordagem global sobre a saúde da mulher na medida em que vem introduzindo um novo enfoque nas políticas públicas, centrado na integralidade e na equidade das ações, e não apenas enfocando o ciclo gravídico e puerperal (BRASIL, 1984).

Neste sentido, podemos dizer que nas atividades exercidas na prática em serviço, vemos o significado e importância desta nova estratégia no atendimento a mulher, devendo acolhê-la considerando as especificidades inerentes a todas as fases de sua vida.

Para Costa (2009), todas as metas deste plano necessitam ajuste local para darem conta das diversidades e especificidades das mulheres brasileiras. É o caso das mulheres negras, das lésbicas, das indígenas, das ciganas, orientação

sexual, etnia, raça, classe social e local de moradia são variáveis que incidem diretamente sobre a saúde e condições de vida.

Nas últimas duas décadas, o PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção a saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão, e que a implantação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher e a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde (OSIS e cols., 2006; COSTA, 2009).

Entretanto, percebe-se que os serviços e ações de saúde contemplam, na grande maioria, as necessidades que estão ligadas ao momento materno-infantil, mas tornam-se reduzidas em relação as outras atividades e ações do seu ciclo vital (OSIS, 1998; PEREIRA, 2006).

No desenvolvimento do programa da política de atenção a mulher aplicada durante as últimas décadas, ainda existem pontos não alcançados. Pereira (2007) enfatiza essa fragilidade, apesar do programa trazer em seus princípios doutrinários e constitucionais, a universalidade, a equidade e integralidade conquistadas há vários anos através do movimento sanitário, os quais ainda hoje, apresentam fragilidade na disponibilização do serviço para assistência a mulher em toda sua complexidade e ciclos de vida, e que deveria ser observado como estão sendo desenvolvidos e o que estaria faltando para desenvolver todas as atividades relacionadas a este programa.

O índice de mortalidade materna ainda atinge níveis de grande significância, sendo evidenciada a principal causa (atendimento obstétrico direto) de internação hospitalar, ou seja, “o parto”, fora este grande fator a população feminina tanto no SUS como na rede privada ainda passa por muitas intercorrências durante o período da gravidez, parto e puerpério e é fato que deveriam se prevenir quanto a essas causas hoje já frequentes na gravidez como: as doenças cardiovasculares, acidentes externos, violência doméstica, o câncer cérvico-uterino e mama, doenças respiratórias como asma e infecções do trato urinário e infecto-parasitárias que prejudicam o desenvolvimento do feto e pode

causar até a morte da mãe ou do bebê por complicações no decorrer da gestação (BRASIL, 2011).

Alguns estudos, como de Gonçalves (2005) e Costa (1999) direcionam a atenção básica que abordavam os diversos aspectos do programa de atenção a mulher e enfatizavam as questões da saúde reprodutiva, a introdução de conceitos como a integralidade, os desafios ligados a sua implementação e as diferentes questões, atuais até hoje, mas que nos direcionam as mesmas reflexões: atenção a saúde não deve ser dicotomizada e sim integralizada, devendo à assistência a mulher ser abrangente e ampliada quanto as diferentes especialidades médicas, sociais e legais.

No que se referia a ideia de integralidade, o conceito de operacionalização foi o maior desafio nos últimos anos, exigindo dos profissionais e gestores uma postura técnica para responder cuidadosamente a cada um dos problemas da saúde feminina.

Essa nova atitude requeria dos profissionais uma relação direta com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas a sexualidade e todo tipo de ocorrência comportamental, sendo recebidas da mesma forma no contexto privado e público (BRASIL, 2004c).

Gonçalves (2005) e Pereira (2006) destacam o PAISM como um programa que se centrou mais no aspecto biológico da mulher, distanciando-se da visão da mulher como um ser biopsicossocial e espiritual, dissipando assim o atendimento de forma generalista as suas necessidades de vida.

Com tudo isso, as mulheres reivindicaram durante todas essas décadas o direito a integralidade e de ser incluídas no contexto social, psicológico e emocional, e desta forma ser atendidas em qualquer esfera do governo e em qualquer nível de atenção a saúde em sua totalidade. Em termos pragmáticos, a exigência ao profissional de saúde em relação a essa problemática, era no sentido de conceder a mulher todos os direitos, não apenas de ser vista como um corpo que comportaria um espaço para conceber, mas como um ser completo que está vivendo um momento emocional específico, de forma integral.

O governo em suas três esferas: municipal, estadual e federal - tende a ver a mulher mais como procriadora do que um ser completo e complexo, e isso podem ser evidenciados pela priorização ofertada, embora de forma ainda não suficiente, da assistência as gestantes, trazendo um leque maior de ações para este momento do que para as demais características relacionadas a população feminina.

Apesar da necessidade de se ampliar o cuidado a saúde da mulher, os dados relativos a mortalidade materna e neonatal continuam alarmantes. Na busca de se controlar este problema, o Decreto Nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, em consonância a Lei Orgânica de Saúde Nº. 8.080/1990 formaliza uma nova estratégia denominada Rede Cegonha, tendo como prioridade as ações para ampliar a qualificação da Atenção Básica no atendimento a mulher, visando o fortalecimento da gestão nos três níveis de governo para auxiliar no controle social e parceria da comunidade para melhoria no atendimento (BRASIL, 2012).

E este controle na melhoria da assistência e qualidade na prestação dos serviços de saúde voltados a diminuir o índice de mortalidade materna e neonatal é o foco do Ministério da Saúde junto às instituições e profissionais de saúde.

A assistência se propõe a trabalhar a qualidade e humanização, tendo a dignidade e beleza da escolha de uma futura gravidez, a um parto e crescimento de um novo ser, que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro, envolvido (a), sendo um direito e uma escolha da mulher em relação a seu corpo e a sua vida. Através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a atenção a saúde da criança de 0 a 24 meses e do acesso as ações do planejamento reprodutivo, do atendimento a violências contra mulher, diminuindo dessa forma o índice de mortalidade de mulheres no país (Brasil, 2012).

Fica clara a necessidade de ações intersetoriais para o direcionamento de uma atenção integral à saúde, requalificando as Unidades Básicas de Saúde para melhor atender a população, e dentre esses motivos a Rede Cegonha visa assegurar as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo (a escolha de como, quando, com quem e de que forma terá filhos), o direito a um atendimento humanizado na gestação, ao nascimento seguro de seus filhos e ao crescimento

e desenvolvimento saudável dos mesmos. Outras ações direcionadas a mulher nesta estratégia são os esclarecimentos sobre educação sexual, os riscos e prejuízos de uma gravidez na adolescência e da contaminação por DSTs e HIV os quais poderiam vir ocasionar danos a saúde por precocidade na vida sexual e até mesmo a morte da mãe ou da criança por causa dessas doenças.

### **3.3 O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Desde 1980 com implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) muitos modelos de saúde foram construídos em defesa da vida e da saúde da população. A enfermagem com suas bases teórico-práticas têm subsidiado o trabalho da enfermeira para atuar na Atenção Básica e em Programas de Assistência nas Unidades de Saúde desde sua implantação.

Neste sentido, a ação do enfermeiro é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, ação a população em territórios bem delimitados, pela qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente na área em que vivem essas populações.

O contato preferencial dos usuários no SUS se deu através das unidades de saúde e isso levou todos os profissionais e em especial o enfermeiro, a direcionar suas ações para os princípios da universalidade, da acessibilidade, do cuidado, da continuidade das ações, da coordenação, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O papel do enfermeiro na Atenção Básica é de fundamental importância para a aplicação e desenvolvimento de estratégias e ações, sendo um dos alicerces de fortalecimento da Política do Sistema Único de Saúde onde traz em sua formação o atendimento integralizado (BRASIL, 2006a).

Portanto as atribuições globais do enfermeiro, segundo Santana (2005), que podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na UBS da ESF e, quando indicado ou necessário, no

domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS);

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS;

V - contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD); e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde.

Meira (1997) reconhece a influência do enfermeiro na comunidade, o que cria uma responsabilidade do mesmo em ser uma liderança natural, os quais devem discutir a formação e o enfoque nas ciências sociais, que ampliaria seu campo de ação junto as comunidades.

### **3.4 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER**

Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros são orientados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Ministério da Educação, 2004).

Segundo Xavier (2001), sua elaboração ocorreu na Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução Nº 3 de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem. O documento apresenta um total de 16 artigos,

subdivididos em vários parágrafos que norteiam a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos das Instituições do Sistema de Ensino Superior do Brasil.

O conjunto disposto para o Curso de Graduação em Enfermagem nas DCN aborda o perfil do formando egresso/profissional (Art. 3º), as competências e habilidades gerais e específicas para a formação (Art. 4º e 5º, respectivamente), os conteúdos essenciais para o curso (Art. 6º), a obrigatoriedade do estágio supervisionado (Art. 7º), as atividades complementares (Art. 8º), além de incisos que fazem referência ao projeto político pedagógico, a organização do curso, ao acompanhamento e a avaliação, entre outros aspectos (Art. 9º, Art. 11º, Art. 14º) (Ministério da Educação, 2001).

O Ministério da Saúde seguindo a Resolução CNE/CES Nº 3/2001 em relação a formação do egresso/profissional, recomenda que atenda as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista e reflexiva. Destaca a importância de que o profissional atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

A qualificação para o exercício da profissão com base no rigor científico e intelectual reforça sobre tudo, o perfil de um profissional pautado em princípios éticos e que seja capaz de conhecer os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes e neles intervenha, dando ênfase a sua área de atuação e identificando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes.

O currículo deve expressar o compromisso que temos com a educação como um bem comum e não como mercadoria, passível, portanto, de aquisição de capital. Trata-se, em última análise, de nossos compromissos com os futuros enfermeiros e com a política pública de saúde para a população e seus princípios de acessibilidade, de universalidade, de equidade e integralidade.

Especificamente para o Curso de Graduação em Enfermagem, a elaboração das Diretrizes Curriculares contou com a participação direta da Comissão de Especialistas em Ensino de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). O curso buscou embasamento nas diretrizes e em

princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos, como elementos nucleares dessa construção coletiva e democrática (SANTANA, 2005).

Em cada período específico, em que as políticas de saúde se sucederam, a valorização e a importância da enfermagem para a sociedade foram se modificando. Segundo Reis (2008), culminando com a implantação do SUS, com princípios doutrinários que enfocam a equidade, a universalidade e a integralidade da assistência, princípios estes implícitos no fazer da enfermagem.

A assistência de enfermagem para Spagnol (2005) para ser de forma segura e livre de riscos a população, deve ter a intersecção entre as três atividades que norteiam a profissão do enfermeiro (o ensino e a pesquisa; o cuidar e o administrar) para que possa alcançar êxito em suas atividades.

As mudanças ocorridas nos últimos anos trazem uma nova reflexão sobre os currículos e os projetos pedagógicos das universidades, os quais podem ajudar na melhoria da formação do enfermeiro, propiciando dessa forma, uma nova estruturação no atendimento, preparando um profissional social, preocupado com aspectos relativos as questões de comunicação, respeito pela autonomia do cliente e a valorização das ações preventivas, educativas e de continuidade.

O processo de aprendizagem que envolve professor e aluno, não pode estar desligado desse olhar para o futuro na aquisição de saberes e práticas necessárias ao trabalho da enfermagem.

Houve a necessidade de modificações no ensino da enfermagem de acordo com as exigências encontradas em cada época, acompanhando as mudanças na sociedade e nas políticas de saúde, dos fatores determinantes envolvidos na construção do ensino e a formação de profissionais engajados na realidade (BRASIL, 2005a).

A relação entre educação e trabalho enfatizado por Oliveira (2007), está determinado no contexto político, econômico, cultural, nacional e também internacional de problemas globalizados. É nessa perspectiva comum que se tenta vislumbrar como se mostrará no futuro a formação inicial em enfermagem e quais seus desafios.

A formação do enfermeiro para o atendimento à saúde da mulher está contemplada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem:

“atuar nos programas de assistência integral à saúde da [...] mulher [...] incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à [...] mulher [...] (BRASIL, 2001)”

A fragmentação das práticas de enfermagem e das políticas públicas atinge de forma direta a assistência prestada à mulher. Evidencia-se quando se opta apenas pelo encaminhamento ao ginecologista, observando o direcionamento do cuidado condicionado aos problemas relacionados a região genital do que ao atendimento integral da mulher.

Na discussão histórica sobre a inserção social da mulher, nota-se a desvalorização e subordinação a que sempre foi submetida no decorrer dos anos. Atualmente, é crescente a preocupação com aspectos relativos a comunicação, respeito pela autonomia e valorização das ações preventivas e que chamam a atenção a um atendimento universal e integralizado ao gênero feminino (DEL PRIORE, 1992; LABRA, 1989 e MINAYO, 1993).

Vieira (2002) explica as raízes históricas desse procedimento para o controle do corpo feminino, principalmente no que se refere às questões reprodutivas. Assim podemos dizer que a medicalização do corpo feminino, marcadamente na segunda metade do século XIX, estabelece que a vida saudável da mulher esteja ligada diretamente ao casamento com a finalidade reprodutiva. Ainda que essa visão tenha evoluído, permanece o controle do corpo através da prática médica legitimada pelo poder do conhecimento atribuído a esse profissional e a perda da cultura do cuidado feminino no que se refere ao parto.

Para Alencar (2007) o perfil da mulher brasileira traz em sua singularidade as características epidemiológicas de cada região acarretando com isso especificidades no desenvolver das políticas públicas voltadas a atender a mulher em todo seu ciclo de vida, prevenindo doenças e promovendo a saúde. Aponta que em um estudo nas universidades de São Paulo nos cursos de Graduação em Enfermagem sobre o ensino da saúde da mulher observou-se o quanto é

diferenciado o programa e a disciplina que aborda e prepara os futuros profissionais para o atendimento da população feminina.

A autora mostra no primeiro momento, um primeiro impasse em direção a mesma linguagem das universidades no referir ao tratar desse tema, em seguida vê a necessidade da renovação do ensino e de aumentar a discussão nos projetos políticos pedagógicos em relação à saúde da mulher.

O relatório do Pew Health Professions Commission de 1991 apontou a necessidade de mudanças no ensino os quais deverão ser mais voltadas as prevenções. O ensino de Graduação em Enfermagem buscou na implementação das Diretrizes Curriculares, os conteúdos direcionados aos determinantes socioculturais e econômicos do processo de transformação e mudanças na melhoria da saúde e da vida, uma educação voltada a prevenir agravos.

Entretanto, a literatura mostra-se restrita quanto a produções que discutam a assistência de enfermagem na atenção básica voltada a saúde da mulher, o que sugere haver a necessidade de estudos e pesquisas para subsidiar as informações existentes quanto ao aprimoramento na formação do enfermeiro para atuação nesta área específica.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa e análise categorial.

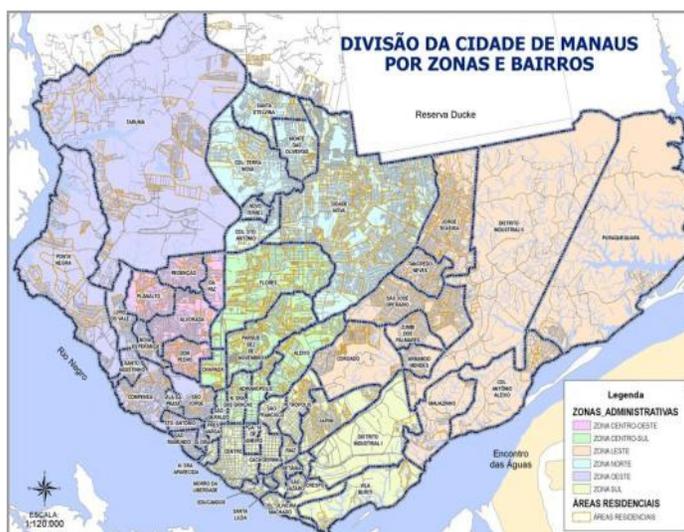
A pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato e a pesquisa descritiva preocupa-se em observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos (GIL, 1999).

A qualitativa busca identificar valores, significados e crenças (MINAYO, 2004).

### 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Manaus, capital do Amazonas, possui uma população aproximada de 1.800.000 habitantes. Sua divisão geográfica foi instituída no Decreto Nº. 2.924 de 07 de agosto de 1995 e redimensionada pela Lei Nº. 283 de 12 de abril de 1996. Teve como base os estudos técnicos realizados pelo Instituto Municipal de Planejamento e Informática (IMPLAN), sendo dividida em 6 Zonas Administrativas e 56 Bairros (Figura 1).

Atualmente possui em torno de 420 áreas residenciais, abrangendo conjuntos, condomínios, ocupações ilegais e loteamentos.



Fonte: Prefeitura Municipal de Manaus-Am, 2009.

**Figura 1 - Divisão Administrativa da cidade de Manaus por zonas e bairros.**

A rede pública municipal de saúde está organizada em cinco zonas Distritais Sanitárias de Saúde (zonas norte, sul, leste, oeste e rural) (SEMSA, 2011).

No que se refere à atenção básica de saúde, o Distrito Sanitário Sul (DISA SUL) de Manaus possui um dos maiores quantitativos de UBS e de profissionais enfermeiros da rede, tem um aporte funcional e estrutural bem distribuído e com uma demanda que atende a população não apenas de sua zona distrital, mais também de pacientes das demais zonas da cidade, não só pelo suporte já mencionado, mas pela diversidade de serviços ofertados e localização geográfica, pois recebe acesso rodoviário de todos os pontos da cidade.

O DISA SUL ainda recebe acadêmicos de diferentes Cursos de Enfermagem (públicos e privados) devido à capacidade que estas unidades têm para atendimento e pela própria dinâmica da rede de saúde dentro do Distrito.

No DISA SUL, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) perfazem um total de 48 unidades que, na ocasião da pesquisa, estavam ainda passando por um processo de reorganização funcional e de infraestrutura, uma vez que sua estrutura original apresentava restrições para o atendimento a população, não sendo possível executar todas as fases/momentos relacionados aos programas do MS, incluindo o PAISM. Ainda dentro do quadro funcional das UBSF, decorrente desse mesmo processo, boa parte das equipes não estavam completas, com ausência de enfermeiros e/ou médicos, e assim comprometendo a dinâmica do atendimento. Como um número significativo das UBSF estavam fechadas, suas equipes de saúde foram deslocadas para outras unidades, gerando um certo grau de comprometimento quanto ao atendimento da população. Visualizando esse quadro como um possível viés significativo na coleta e fidelidade das respostas, optou-se em abordar apenas os enfermeiros que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde.

Dentro desse cenário de mudança na rede de assistência na atenção básica de saúde no município de Manaus, o presente trabalho foi desenvolvido junto aos enfermeiros que atuam nas 16 UBS existentes no DISA SUL e em 1 Policlínica, das duas existentes no referido distrito, decorrente do fato de haver atendimento a saúde da mulher em apenas uma das Policlínicas.

### **4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

No período de realização da coleta de dados, estavam atuando no serviço: 24 enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde e 1 enfermeiro na Policlínica. Dos 30 enfermeiros lotadas nessas unidades, 2 estavam de licença prêmio, 1 de licença médica e 2 recusaram-se a participar da pesquisa.

Foram previamente contactados os enfermeiros que atuam no PAISM e agendado suas entrevistas. Mesmo com este agendamento, foi necessário o retorno por mais de uma vez em algumas unidades, para que as entrevistas fossem realizadas. Após a concordância em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), foi iniciada a coleta de dados.

Seriam excluídos da participação na pesquisa, os enfermeiros indígenas - devido à complexidade legal de sua inclusão em trabalhos de pesquisa - porém durante a realização da coleta nenhum dos entrevistados se identificou como indígena.

Para preservar a identidade dos participantes, foi adotada a denominação de E1 a E25 para identificar os entrevistados.

### **4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice A) conduzida no local de trabalho dos entrevistados.

Este roteiro foi dividido em dois segmentos: a identificação do perfil dos participantes com as ações relativas à saúde da mulher e o preparo no exercício destas atribuições.

A entrevista foi orientada pelos seguintes eixos norteadores:

- Concepção do enfermeiro que atua em UBS sobre o PAISM;
- Papel do enfermeiro na atuação em saúde da mulher na UBS;
- Contribuições e lacunas na formação para executar o PAISM;
- Sugestões no processo formativo.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente para posterior análise dos dados.

Houve a aplicação de um pré-teste com uma amostra semelhante possibilitando a adequação do roteiro de entrevista. Após essa fase foi realizada a coleta, processamento e organização dos dados para posterior análise.

#### **4.5 ANÁLISE DE DADOS**

Os dados foram tabulados e dispostos em um banco de dados, analisados através do programa Microsoft Office Excel 2007, e apresentados na forma de tabelas. As questões abertas foram analisadas por meio de análise de conteúdo temático categorial (Oliveira, 2008), processo que envolveu os seguintes passos:

- ✓ Leitura atenta do texto para familiarizar-se com o seu conteúdo;
- ✓ Identificação dos trechos que se referiam a uma ideia expressada pelo entrevistado (Unidade de Registro - UR);
- ✓ Agrupamento das UR que apresentaram similaridade e categorização por cor;
- ✓ Identificação de temas que se referiram a mais de uma UR e definição de Unidades de Significação (US);
- ✓ Quando pertinente, agrupamento das US similares definindo as categorias;
- ✓ Correlação dos dados com a literatura produzida na área.

#### **4.6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Esta pesquisa foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - COEP/SEMSA por meio do Termo de Anuência de 16 de julho de 2012 (Anexo 1). Submetido a Plataforma Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - CEP/UNIFESP no Parecer N. 73.024 de 13 de agosto de 2012 (Anexo 2), consta como anexo, o Comunicado de Autorização da SEMSA para o Distrito Sul (Anexo 3) quanto ao acesso da pesquisadora nas unidades de saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher no DISA Sul

A maioria dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher nas UBS do DISA Sul de Manaus são mulheres (88%). Isto é compatível com outro estudo feito por Ojeda *et al* (2008), onde relatam que as práticas profissionais e acadêmicas das diferentes profissões são atravessadas por saberes de gênero. A prevalência feminina na Enfermagem ainda é uma realidade nesta profissão historicamente exercida por mulheres.

Quanto a faixa etária, 6 (24%) enfermeiros tinham entre 44 e 48 anos; 5 (20%) entre 39 e 43 anos; 4 (16%) entre 49 e 53 anos, 2 (8%) entre 54 e 58 anos e 1 (4%) com idade entre 59 a 63 anos, caracterizando a maturidade cronológica dos profissionais participantes do estudo (Tabela1).

**Tabela 1 – Faixa etária dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher nas UBS do DISA Sul de Manaus.**

Faixa Etária	N	%
24-28 anos	2	8,0
29-33 anos	3	12,0
34-38 anos	2	8,0
39-43 anos	5	20,0
44-48 anos	6	24,0
49-53 anos	4	16,0
54-58 anos	2	8,0
59-63 anos	1	4,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Na representação por faixa etária dos entrevistados evidencia-se a fase do adulto maduro (Pasqualetto, 2011) indo ao encontro dos 40% de entrevistados que se graduaram entre 13 a 22 anos; enquanto 28% estão formados entre 8 a 12 anos (Tabela 2), caracterizando assim como a idade, uma maior maturidade profissional.

**Tabela 2 – Tempo de formação dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher nas UBS do DISA Sul de Manaus.**

<b>Tempo de Formação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
3-7 anos	3	12,0
8-12 anos	7	28,0
13-17 anos	6	24,0
18-22 anos	4	16,0
23-27 anos	2	8,0
28-32 anos	3	12,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Pela representação dos dados quanto ao tempo de formação dos entrevistados, é possível acreditar que esses enfermeiros também tendem a ter uma maior e melhor experiência profissional, favorecendo a boa prática da assistência a saúde.

A maioria dos participantes apresentaram acima de 6 anos de experiência na atenção básica, com predomínio dos enfermeiros (36%) entre 12 a 16 anos de atuação (Tabela 3). Em um estudo com enfermeiros atuantes no PSF, Ferrari e cols. (2005), identificaram que a maioria dos profissionais (80,9%) apresentava menos de dois anos de atuação, sendo que neste mesmo estudo havia um contraponto, com um grupo de enfermeiros com maior tempo de aderência na área, o que pode favorecer na melhoria e maior qualidade no atendimento.

**Tabela 3 – Tempo de experiência na atenção básica de enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher nas UBS do DISA Sul de Manaus.**

<b>Tempo de atuação na Atenção Básica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2-6 anos	5	20,0
7-11 anos	5	20,0
12-16 anos	9	36,0
17-21 anos	4	16,0
22-26 anos	2	8,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

A experiência na atenção básica e a inserção do profissional enfermeiro no acompanhamento e transformação da dinâmica de atenção à saúde da mulher,

assim como em outros programas, pode favorecer a implementação de estratégias e ações, não sendo o enfermeiro um obstáculo na redefinição dos campos de atuação, fortalecendo seu papel do desenvolvimento dos programas.

Quando questionados sobre o tempo de inserção na Unidade Básica de Saúde (Tabela 4), percebe-se uma variabilidade onde, 36% dos enfermeiros estão entre 5 a 10 anos trabalhando na mesma Unidade de Saúde; 16% entre 11 a 16 anos; 28% de 1 a 4 anos e 20% com menos de 1 ano de atividade na mesma UBS.

**Tabela 4 – Tempo de inserção na atual UBS dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher do DISA Sul de Manaus.**

<b>Tempo de atuação na Unidade de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	5	20,0
1 ano - 4 anos	7	28,0
5 anos – 10 anos	9	36,0
11 anos – 16 anos	4	16,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

O tempo de atuação na mesma UBS, pode favorecer o estabelecimento de vínculo com a população atendida, o que é muito importante neste nível de atenção, uma vez que a mudança do comportamento – individual e coletivo – é fator marcante na redefinição de propostas de melhorias e ações para qualidade de vida.

Referente a titulação acadêmica, 20% apresenta apenas a formação acadêmica, enquanto 80% dos enfermeiros são especialistas. As áreas variadas de titulação *lato sensu* (Tabela 5), apresenta predomínio dos profissionais (33,3%) na área de saúde pública/coletiva, semelhante ao resultado encontrado por Rocha e Zeitouné (2007), em um estudo no Programa de Saúde da Família, onde 50% dos enfermeiros apresentavam especialização na área de Saúde Pública.

Entre os entrevistados, 4 profissionais possuem apenas a graduação enquanto 2 enfermeiros possuem Habilitação em Saúde Pública, considerada como curso de aperfeiçoamento, mesmo tendo carga horária superior a exigida para uma especialização na área de saúde.

**Tabela 5 – Área de especialização dos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher do DISA Sul de Manaus.**

<b>Titulação dos Enfermeiros</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Administração	1	4,2
Urgência e Emergência	3	12,5
Ética e Política na Saúde	1	4,2
Gestão do SUS	1	4,2
Obstetrícia	3	12,5
Saúde Coletiva / Saúde Pública	8	33,3
Saúde da Família	1	4,2
UTI	6	25,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Neste contexto, observa-se a importância das iniciativas de Educação Permanente para fomentar e qualificar a assistência oferecida através do aprimoramento adquirido com as pós-graduações, na busca do conhecimento para aplicação nas atividades pertinentes a assistência prestada.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A EPS tende a melhorar a assistência em saúde prestada a população e melhora a qualidade da atenção primária de saúde devido o comprometimento do grupo com o processo de trabalho desenvolvido por toda a equipe nas unidades de saúde (BRASIL, 2011).

As equipes multiprofissionais estão utilizando a EPS para a melhoria, organização e desempenho dos trabalhos desenvolvidos junto a população, não somente nas unidades da Estratégia Saúde da Família, mas nas Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas, Núcleos de Apoio a Saúde da Família, envolvendo as unidades que compõem a rede de atenção à saúde. Esse processo de melhoria através da EPS esta centrado nas equipes multiprofissionais e na integralidade do processo de trabalho, levando as diferentes características profissionais a buscar estratégias na resolução dos problemas apresentados no cotidiano, pela população, pela sociedade e em especial, à mulher.

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere uma necessidade de construção e processos que vão do interior das equipes as práticas organizacionais.

A Educação Continuada, pensada nesta perspectiva, também propõe mudanças, transformações, ou seja, que os processos de capacitação dos profissionais da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que objetivem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde e promoção da saúde das pessoas para que a atenção prestada seja relevante e de qualidade (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Todos os participantes relatam ter feito cursos de atualização. Os temas foram variados (Tabela 6). Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento da expertise (CECCIM, 2005).

Os treinamentos e cursos realizados pelos profissionais foram em sua maioria direcionados ao ciclo gravídico puerperal, limitando-os quanto ao conhecimento e prática relacionados aos outros seguimentos do ciclo de vida da mulher, deixando clara a importância a ser dada tanto a busca no aprofundamento como no preparo do enfermeiro que presta assistência à saúde da mulher.

**Tabela 6 – Temas das atualizações referidas pelos enfermeiros na assistência à saúde da mulher no DISA Sul de Manaus.**

<b>Cursos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DST/HIV	12	12,5
Aleitamento materno	3	3,1
Hepatites virais	3	3,1
Inserção de DIU	1	1,0
Cursos sobre o SUS/Políticas do Ministério da Saúde	1	1,0
Prevenção de contaminações no atendimento	1	1,0
Hiperdia	2	2,1
Imunização	4	4,2
Atenção básica de saúde da mulher	3	3,1
Notificação de gestante com HIV	1	1,0
Planejamento familiar	10	10,4
Pré-natal	20	20,8
Prevenção de câncer de colo uterino	10	10,4
Prevenção do câncer de mama	9	9,4
Puerpério	3	3,1
SISPrenatal	1	1,0
Coleta de preventivo	12	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

De acordo com o Manual de Pré-Natal e Puerpério do MS *apud* Primo, Bom e Silva (2008), o enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar que presta assistência na AB, estando capacitado para exercer assistência direta à saúde da mulher. Como parte integrante da equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família, o enfermeiro assumiu todas as atividades propostas pelo Ministério da Saúde no atendimento à Saúde da Mulher e também, cargos de coordenação nas unidades de saúde, projetos especiais além de outras atividades administrativas. Os autores ainda completam que a qualificação profissional através de cursos de pós-graduação é uma forma de trazer conhecimentos não obtidos na graduação e que vão contribuir para qualificar a prática profissional dos enfermeiros que lidam diretamente com a saúde da mulher.

## 5.2 As Políticas de Assistência à Saúde da Mulher

A análise temática sobre a descrição das políticas de Assistência à Saúde da Mulher realizadas pelos enfermeiros está apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1 – Política de Assistência à Saúde da Mulher segundo os enfermeiros do DISA sul de Manaus.**

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de Registro (UR)</b>	<b>%</b>	<b>Unidade de Significação (US)</b>	<b>N.E</b>	<b>U.R</b>	<b>%</b>
Atendimento na gestação e puerpério.	34	29,2	Ações contra mortalidade materna.	21	27	23,2
			Rede cegonha.	4	4	3,4
			Assistência pré-natal.	3	3	2,6
Manutenção dos direitos da mulher.	28	24,1	Direitos a igualdade.	10	11	9,5
			Direito trabalhista e humanizado.	11	12	10,3
			Direitos sobre assistência a saúde.	4	5	4,3
Saúde reprodutiva.	22	18,8	Planejamento reprodutivo.	17	19	16,3
			Diminuição da gravidez indesejada e abortos.	3	3	2,5
Atenção a saúde em geral.	17	14,6	Acompanhamento sistemático da saúde.	8	9	7,8
			Diminuição de agravos à saúde do nascimento até o envelhecimento.	4	4	3,4
			Prevenção à saúde e combate as doenças.	4	4	3,4
Prevenção e combate ao câncer.	14	12,1	Prevenção e combate ao câncer.	14	14	12,1
Prevenção e tratamento de DST.	1	0,8	Prevenção e tratamento de DST.	1	1	0,8
			<b>Total</b>		<b>116</b>	<b>100</b>

N.E. = número de entrevistas em que o tema aparece

Destaca-se entre os depoimentos a descrição de políticas voltadas ao **atendimento na gestação e puerpério** que representou 29,2% das unidades de registro (UR) identificadas e subdivididas em 3 unidades de significação.

Nesta categoria, houve predomínio da descrição de ações **contra a mortalidade materna**:

*“política de combate à mortalidade materna, as mulheres merecem viver e não morrer em um parto que é algo natural”. (E09)*

Também se identificou a **Rede Cegonha** e a **Assistência pré-natal**:

*“como a rede cegonha do governo federal”. (E13)*

*“[...], seus direitos, atendimento humanizado [...]  
política de mortalidade por parto, hipertensão e  
varias outras doenças [...]”. (E21)*

A realização das ações voltadas à Saúde da Mulher abrangem todas as particularidades de uma vida com saúde e dignidade em todas as fases de seu desenvolvimento. O SUS direciona as diretrizes voltadas à prevenção de doenças, desenvolvimento físico, mental e social do gênero feminino, buscando trabalhar os índices de morbidade e mortalidade da população feminina, realizando assim uma melhoria da qualidade de vida da mulher, independente de raça, cor, credo ou opção sexual, valorizando a característica e respeitando a individualidade de cada uma (BRASIL, 2007).

As ações desenvolvidas no Programa Saúde da Mulher nos Estados brasileiros demonstram a necessidade do conhecimento, a importância de uma política específica e a forma de como são direcionadas essas práticas à saúde, ficando claro, nas respostas dos 25 entrevistados, que essa política é primordial e que todos devem conhecê-la e aplicá-la na assistência diária a mulher.

Outra categoria que emergiu foi a **manutenção dos direitos da mulher**, que concentra 24,1% das UR. Destas, destacam-se como unidades de significação ações relativas ao **direito a igualdade** e o **direito trabalhista**:

*“[...] política de atendimento humanizado com direitos iguais aos dos homens [...]”. (E04)*

*“[...] ter um trabalho, ser tratada de igual, poder tomar a pílula no dia seguinte à relação sexual [...]”. (E15)*

Ainda foram mencionadas as ações relativas ao **direito sobre assistência a saúde**:

*“Política de direitos e humanizada nos atendimentos”. (E6)*

A qualidade e a humanização na atenção à saúde são condições essenciais para resolução dos problemas apresentados pelas usuárias quando procuram as unidades de saúde. Essas ações ocorrem para que haja a satisfação e o fortalecimento de seus direitos e a promoção do autocuidado. A vida envolve vários aspectos, caracterizando a saúde como moradia, trabalho, alimentação, lazer, meio ambiente e, tudo gera um peso maior quando não compartilhado igualmente entre homens e mulheres, aumentando mais ainda com os problemas de discriminação nas relações de trabalho, raça, etnia e situação de pobreza (BRASIL, 2011).

O estudo das diversas conjunturas ou contextos de aplicação relacionados aos direitos femininos permitia identificar seus elementos principais, combinações ou a direção predominante em torno de três eixos significantes: racionalização, legitimação do Estado por meio de políticas públicas ou uma maior democratização dos serviços tendo assim um controle social completo as necessidades e objetividade nas ações direcionadas a elas (BRASIL, 1984).

A história das mulheres na busca pelos serviços de saúde, expressa, com frequência, discriminação e frustrações que aparecem como fonte de detenção e mal-estar psicofísico de todo um gênero humano na busca de auto-afirmação e reconhecimento na sociedade (BRASIL, 2003).

Outra categoria presente é referente a **Saúde Reprodutiva** (22,1% das UR), com ênfase na unidade de significação planejamento reprodutivo:

*“[...] política direcionada aos direitos em ter vida com dignidade, [...] direito de reprodução, direito de escolher a quantidade de filhos [...]”. (E25)*

A oferta de métodos anticoncepcionais com vistas à escolha autônoma aponta para a necessidade dos serviços proporcionarem ampla gama de opções, para que os clientes possam escolher livremente, de forma segura e confiável, o método mais adequado, para os diferentes momentos de sua vida reprodutiva, de acordo com sua história de saúde e adaptação (MOURA, 2003).

A falta de acesso a medicamentos nos serviços de atenção à saúde da família foi evidenciada na pesquisa com usuários (Shimizu; Rosales, 2008) e pode representar risco para a utilização ineficaz de métodos contraceptivos (CAMIÄ, MARIN, BARBIERI, 2001. IN: PIERRE, CLAPIS, 2010).

A capacitação dos profissionais da Atenção Básica em planejamento familiar é uma das prioridades do governo (Brasil, 2005b). Essa capacitação foi proposta pelo PAISM, na década de 80, porém, ao longo dos anos, sofreu descontinuidade e apresentou baixa efetividade no atendimento à mulher (OSIS e cols., 2004).

Essa capacitação em planejamento familiar ocorre de forma insuficiente, os profissionais de saúde não o percebem como necessário, e que faz parte da Atenção Básica, de caráter preventivo e gerando melhorias para a saúde da mulher e da criança (Osis *et al.*, 2006). Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito (Brasil, 1988), bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção (BRASIL, 2000).

Outra unidade de significação presente nesta categoria foi à diminuição da gravidez indesejada e abortos:

*“[...] evitando também a mortalidade no parto e os direitos no planejamento reprodutivo, diminuindo a morte por situações que possamos evitar, como o aborto feito por adolescentes por falta de*

*conhecimento e apoio da saúde e da sociedade”.*  
(E03)

As políticas de direitos reprodutivos alcançam os níveis mais altos da saúde sexual e reprodutiva, tendo o direito de tomar decisões, como o direito de livre escolha quanto ao número de filhos, parto humanizado e recuperação saudável da mãe e do bebê ao nascer e o direito a vida (FERNANDES; NARCHI, 2007).

A **atenção à saúde em geral** foi uma categoria que engloba 14,6% das UR. Entre elas, uma das US está o acompanhamento sistemático da saúde:

*“[...] ações que vão ajudar a mulher em sua saúde, [...] evita um aborto por estar sangrando, evita a dor porque está com infecção urinária, enxaqueca...]”. (E12)*

Esta política voltada à mulher vem fomentar todas as ações e benefícios para redução da morbimortalidade da mulher em cada ciclo de vida, desde a fase pré-adolescência até a fase da velhice. Essas ações estão dentro do processo de construção do SUS que permeia um espaço de reorganização dos serviços básicos de saúde oferecidos à população na rede de atenção primária, dimensionados no PAISM e que trabalha as ações em assistência e prevenção dos fatores relacionados à vida e a saúde da mulher.

Nesta categoria, foi possível identificar ainda as US diminuição de agravos à saúde do nascimento até o envelhecimento e prevenção a saúde e combate as doenças:

*“São políticas voltadas às ações que visam todos os riscos a saúde dela, da mulher, os agravos mais suscetíveis a sua saúde e sua vida do nascimento, crescimento até o envelhecimento”.*  
(E3)

*“A política de prevenção contra as doenças que afetam as mulheres”.* (E7)

Esteve presente também na fala dos enfermeiros a categoria **prevenção e combate ao câncer** (12,1% das UR):

*“evitar morte por causa de câncer de colo uterino”.*  
(E13)

A possibilidade de prevenção primária e secundária do câncer tem crescido nas últimas décadas, a medida que tem aumentado o conhecimento acerca dos fatores de riscos que envolvem a doença. Esses fatores podem ser externos e internos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. Os externos são ditos ambientais e os internos, são, em sua maioria, geneticamente predeterminados. Em relação as neoplasias, grande parte dos fatores de risco é ambiental, correspondendo de 80 a 90% dos casos, observando-se esse fato no que se refere ao câncer de colo de útero (INCA, 2000).

O enfermeiro atuante em programas de prevenção e controle do câncer de colo de útero trabalha as ações que contribuem para o esperado impacto sobre a morbimortalidade dessa patologia. Diante disto, esse profissional deve estar alerta para: a captação de mulheres integrantes do grupo de risco e, daquelas na faixa etária de maior incidência, preconizada pelo Ministério da Saúde (FONSECA, CHIESA e OLIVEIRA, 1994. IN: DAVIM *et al.*, 2005).

Pontuou-se a **prevenção e tratamento de DST**:

*“[...] políticas voltadas às doenças sexuais [...],  
prevenção das mortalidades por HIV [...]”.* (E10)

A Política de Saúde da Mulher também trabalha, como um dos seus eixos, a prevenção e tratamento das DST.

A visão médica de caracterização de doenças para uma adequada intervenção ainda permanece forte e majoritária na atenção às questões da complexa teia que envolve a sexualidade humana. É necessário considerar que a sexualidade possui uma dimensão exclusivamente humana na qual interagem os fenômenos de prazer, emoção, afetividade e comunicação, merecendo tratamento interdisciplinar, a abordagem centra-se no diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, geralmente, se dá individualmente, nas consultas ginecológicas a partir da demanda espontânea de cada mulher (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

As DST estão restritas as pessoas sexualmente ativas e recém-nascidos ou lactentes de mães contaminadas por alguma doença deste tipo. As mulheres são duas vezes mais vulneráveis do que seus parceiros para adquirir DST. Os profissionais de saúde têm papel fundamental na prevenção e tratamento das doenças, para isso necessitam treinamento e conhecimento sobre abordagem e tratamento das doenças sexuais transmissíveis para melhor atingir as queixas apresentadas nas comunidades pela população feminina (NAUD *et al.*, 2011).

Assim, é preciso ficar atento para a restrita abordagem destas ações preventivas no depoimento destes enfermeiros.

### 5.3 A UBS no Atendimento à Saúde da Mulher

O resultado da análise do que os enfermeiros atribuem como importância da UBS para a saúde da mulher está apresentado no Quadro 2.

**Quadro 2 – Importância da UBS para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os enfermeiros do DISA sul de Manaus.**

<b>Categorias</b>	<b>U.R</b>	<b>%</b>	<b>Unidade de Significação</b>	<b>N.E</b>	<b>U.R</b>	<b>%</b>
Ações de atenção à saúde.	22	37,9	Prevenção das doenças.	16	18	31,0
			Rastreamento de doenças.	2	2	3,4
			Disponibilização de exames e vacinas.	2	2	3,4
Atendimento particularizado na resolução das situações de saúde.	15	25,9	Oferece atendimento com privacidade.	8	8	17,2
			Acolhimento de preocupações.	5	7	8,6
Porta de entrada para o atendimento a saúde.	14	24,1	Porta de entrada para o atendimento a saúde.	8	14	24,1
Acompanhamento e promoção de saúde.	5	8,6	Acompanha a mulher em todas as fases da vida.	2	3	5,2
			Facilita uma vida melhor com saúde.	2	2	3,4
Parte integrante da comunidade.	2	3,4	Parte integrante da comunidade.	2	2	3,4
			<b>Total</b>		58	100

As UBS são unidades preparadas para o atendimento na atenção primária, com o intuito de constituir a principal porta de acesso para aqueles que necessitam do Sistema Único de Saúde, atendendo de forma integral a comunidade. Elas têm um papel importante para a comunidade o que não significa simplesmente atuar em problemas de saúde de menor complexidade, e sim direcionar a forte demanda que deve ser atendida de forma universal e integrada, propondo resolutividade das intercorrências através dos multiprofissionais, fazendo atendimento ou encaminhando para serviços mais especializados e aplicando o mecanismo de referência e contra-referência entre as instituições, com garantia de atendimento continuado de forma eficiente (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Os programas de saúde são atividades já desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, mesmo no período que antecede a reforma sanitária. Ela foi aprimorada para se enquadrar nos propósitos do SUS e no novo conceito de saúde a partir de então trabalhado (NEMES, 1993; 2000).

As ações em saúde possibilitam acompanhar as diretrizes dos programas de saúde do Ministério da Saúde, com atendimento igualitário a todos. Os indicadores epidemiológicos e operacionais relacionam a doença e os agravos caracterizando-os como problema de saúde pública. E esses indicadores auxiliam na elaboração de análises contextuais utilizados na formulação de políticas e na avaliação de intervenções específicas no campo da saúde, gerenciando a tomada de decisão da gestão e práticas profissionais (INDICADORES DE SAÚDE, 2011).

O fortalecimento e a qualificação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitou a realização de rastreamento de doenças como câncer de colo uterino e mama. E essa ação fortaleceu a necessidade e possibilitou a realização de até 8 milhões de exames citopatológicos por ano no território brasileiro (INCA, 2011).

A atenção primária para ser realizada com qualidade e humanizada, depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos na prevenção das doenças, evitando intervenções desnecessárias, sendo a enfermagem responsável para direcionar e

minimizar tais condutas nas unidades de saúde por suas características gerenciais e assistenciais (BRASIL, 2002).

A maioria das unidades de registro (37,9%) são relativas à categoria **ações de atenção à saúde** que se subdividiu em 3 unidades de significação:

Prevenção das doenças:

*“[...] trabalhamos prevenção das doenças [...]”.*  
(E10)

Rastreamento de doenças:

*“[...] rastreamento dos problemas em relação às doenças que estão afligindo a comunidade [...]”.*  
(E03)

Disponibilização de exames e vacinas:

*“[...] porque aqui pedimos exames e elas vão ter resposta, temos um laboratório, nós enfermeiros atendemos e já deixamos certo do médico atender, na maioria das vezes no mesmo dia [...]”.*  
(E09)

As dimensões dos programas de saúde oferecidos nos ciclos de vida da mulher é a maneira de contribuir na prevenção de agravos e compartilhar as mudanças de comportamento das famílias mediante suas características populacionais mencionadas pelos atores.

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde (Brasil, 2002), a atenção primária para ser realizada com qualidade e humanização, depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas e procedimentos, beneficiando na prevenção das doenças.

Os procedimentos técnicos desenvolvidos nas unidades de saúde voltados ao cuidado à mulher são permeados em conhecimentos científicos e metodológicos, reorganizados dentro de políticas públicas, as quais dão condições do profissional enfermeiro atuar de forma transparente dentro dos protocolos de atendimento oferecidos pelo MS na UBS, facilitando assim o apoio

científico e humanizado ao gênero feminino em cada ciclo de vida, e estas ações podem ser visualizadas através de ferramentas de análise, encontrados em Indicadores de Saúde (2011), quanto a elaboração de análise contextual utilizada na formulação de políticas e na avaliação de intervenções específicas no campo da saúde permitem medir, avaliar e comparar esses mesmos indicadores de saúde.

Através destas ferramentas, são sugeridas melhorias e aperfeiçoamento profissional no atendimento a população e a mulher.

Observou-se que 25,9% das unidades de registro correspondem a categoria **atendimento particularizado na resolução das situações de saúde**, onde surgiram como US:

Oferece atendimento com privacidade:

*“[...] ajuda no controle das doenças, da um apoio as mulheres, serve para fazer orientações que em alguns casos precisam de privacidade com elas [...]” (E22)*

Acolhimento de preocupações:

*“[...] é o local onde elas podem procurar ajuda, orientação, cuidados, prevenção, sem as UBS ficaria difícil esse atendimento eficaz, mais rápido [...]” (E12)*

Na saúde, a noção de equidade diz respeito a necessidade de tratar de forma diferente os desiguais, tendo como ponto de partida o pressuposto de que muitas desigualdades podem ser superadas para que se possa alcançar a igualdade na assistência a saúde (TEIXEIRA, 2003).

De acordo com Line (2012), o objetivo geral da UBS, é atender o maior número de pessoas em uma região, devendo assim solucionar 80% dos problemas de saúde da região onde se encontra a unidade, encaminhando para os ambulatórios de especialidades e hospitais os casos mais graves. Exercendo desta forma um intenso papel de promoção e prevenção na área da saúde da população a qual presta assistência.

Observou-se que 24,1% das UR ressaltam a importância da UBS como **porta de entrada para o atendimento a saúde**:

*“[...] É a porta de entrada para o sistema de saúde, onde a mulher e toda comunidade pode utilizar para ter atendimento e evitar doenças, é de grande importância, principal para a prevenção das doenças [...]”. (E20)*

Pinheiro e Luz (2003) destacam que é no espaço dos serviços de saúde onde atuam e participam diversos atores sociais, que se geram diferentes percepções sobre o contexto de relações sociais distintas que envolvem tanto cada pessoa, quanto grupos específicos, coletividades e instituições voltadas a saúde.

O equilíbrio necessário para as dimensões pessoais das usuárias e também dos profissionais integrantes das equipes de saúde, assim como as dimensões profissionais e formativas deles, são o contexto e a estrutura que os circundam no desenvolvimento das atividades (TAVARES, MENDONÇA e ROCHA, 2009).

Nota-se que 8,6% das UR se enquadram na categoria **acompanhamento e promoção de saúde** com as US:

Acompanha a mulher em todas as fases da vida:

*“[...] acompanha as mulheres em todas as fases da vida, da gestação a idade madura e a fase idosa [...]” (E06)*

Facilita uma vida melhor com saúde:

*“[...] pois é a base onde haverá a prevenção das doenças e onde as mulheres se sentem mais seguras para tratar e procurar ajuda para qualquer dúvida ou situação embaraçosa que esteja passando [...]” (E15)*

As atividades na promoção de saúde tendem a alcançar parâmetros positivos quando trabalhado a parceria do profissional de saúde e a comunidade. O PAISM é um dos programas de saúde que necessita dessa interação, por sua extensão de ações requer atenção específica na assistência prestada a mulher, alcançando todas as suas fases de vida, desde a pré-adolescência até a melhor idade, trabalhando a parte curativa e a preventiva através de palestras educativas. As atividades de saúde desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica são realizadas para facilitar melhorias nas condições de saúde e vida da população.

No depoimento dos enfermeiros, foi pontuada a importância da UBS como **parte integrante da comunidade**:

*“as mulheres precisam de um local para referência, um local para elas procurarem para tentar resolver as situações que estão preocupando ou diminuindo sua saúde ou de sua família [...]”. (E11)*

A atenção primária apoia ações de saúde nos eixos da assistência a mulher, buscando por um atendimento humanizado. No âmbito do atendimento, segundo os atores, os locais designados a realização de atividades em saúde são as Unidades Básicas, por fazerem parte de uma estruturação direcionada a comunidade baseada na resolutividade das práticas dos multiprofissionais. O compromisso dos profissionais existentes nas UBS, principalmente o enfermeiro, demonstra a necessidade de ter um espaço definido que permita transmitir segurança e apoio na busca da melhoria de vida e de saúde em todos os ciclos de vida da mulher oferecido pelo PAISM.

Além da importância, os enfermeiros citaram atividades desenvolvidas pela UBS para a assistência a saúde da mulher, apontadas na Tabela 7.

**Tabela 7 – Ações oferecidas pelos enfermeiros atuantes na assistência à saúde da mulher em UBS do DISA Sul de Manaus.**

<b>Ações oferecidas pela UBS</b>	<b>n</b>
Coleta do preventivo de câncer de colo uterino	25
Planejamento familiar	25
Pré-natal	25
Prevenção/ Diagnóstico de câncer de mama	23
Atendimento /Aconselhamento DST/HIV	22
Atendimento no puerpério	19
Imunização	19
Palestras educativas (temas variados)	19
Hiperdia	8
Atendimento na menopausa	5
Dentista	3
Exames de rotina	2
Leite do meu filho	2
Orientações ginecológicas	2
Carência nutricional a puérpera e a idosa.	1

n= número de citações

Estes dados possibilitam identificar a ênfase nas questões da saúde reprodutiva, da prevenção do câncer de mama e do colo uterino.

Nota-se também a presença de atividades em educação em saúde, evidenciado pela frequente citação de palestras educativas, o que é importante uma vez que a educação em saúde é um processo de iniciativa de mudanças para indivíduos e grupos, com intuito de despertar um olhar para solução dos problemas apresentados pela população (BICCA e TAVARES, 2006).

O enfermeiro é o profissional responsável pelo processo educativo da equipe, sendo de sua competência divulgar informações a clientela, no tocante aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando e adotando para si modelos de comportamento e hábitos saudáveis. Durante sua formação, o profissional de saúde se apropria de conhecimentos que lhe serão úteis no decorrer de sua prática (BEGHINI *et al.*, 2006).

O PAISM traz a clareza de desenvolver atividades relacionadas aos parâmetros psíquicos e sociais da mulher, indivíduo integral, merecedor de um

olhar multidisciplinar em todos os ciclos da vida da mulher, não estagnando somente no período gravídico-puerperal.

O papel fundamental da UBS é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de modo a intervir no processo saúde-doença da população, respeitando os princípios do SUS e ampliando a participação e o controle social com vistas a vigilância a saúde na defesa da qualidade de vida.

Na UBS é direcionado o atendimento básico, voltado a prevenção, os principais serviços oferecidos são consultas médicas, de enfermagem, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, preventivos, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2013).

O MS preconiza o atendimento em todo ciclo vital da mulher, dimensionando a equidade, integralidade e universalidade na assistência em todas as ações. Nesta pesquisa, pode ser verificado que nas unidades básicas de saúde onde se deu as entrevistas, o grande mérito do atendimento está voltado ao ciclo gravídico puerperal, não atendendo com a devida importância e magnitude, as demais áreas de atenção a saúde da mulher.

#### 5.4 O Enfermeiro na Assistência à Saúde da Mulher

As principais categorias que emergiram como importantes na atuação do enfermeiro na assistência à saúde da mulher na UBS estão apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3 – A Importância do enfermeiro para a assistência à Saúde da Mulher no DISA sul de Manaus segundo os próprios entrevistados.**

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Unidade de Significação</b>	<b>N.E</b>	<b>U.R</b>	<b>%</b>
Coordena as atividades inspirando segurança.	12	21,4	Coordena as atividades inspirando segurança.	12	12	21,4
Resolve dúvidas e as direciona para resolver queixas.	10	7,8	Resolve dúvidas e as direciona para resolver queixas.	9	10	17,8
Importante para todos os programas.	10	17,8	Importante para todos os programas.	9	10	17,8
Importante contato com a comunidade, onde faz orientações e atividades preventivas.	10	17,8	Importante contato com a comunidade, onde faz orientações e atividades preventivas.	9	10	17,8
Recebe e orienta a clientela.	9	15,0	Orienta direitos e deveres da mulher em relação a sua saúde.	4	5	8,9
			Direciona o atendimento.	4	4	7,1
Profissional com embasamento científico e administrativo.	3	5,3	Profissional com embasamento científico e administrativo.	2	3	5,3
Possibilita atendimento humanizado.	2	3,6	Possibilita atendimento humanizado.	2	2	3,6
			<b>Total</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

As ações de atenção básica são muitas para proteger a saúde da população, bem como um conjunto de responsabilidades que devem ser desenvolvidas para a realização de seu objeto central, que é sempre a melhoria da saúde da população (Witt, 2005). O enfermeiro atuando na atenção básica tem oportunidade de ultrapassar o conhecimento biológico e estabelecer as relações entre processo saúde-doença e o social, tendo como base os dados epidemiológicos que fornecem subsídios para viabilizar ações capazes de causar um impacto positivo na saúde da população (SANTOS *et al.*, 2008).

A enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade em todos os sentidos (REIS; ANDRADE, 2008).

De acordo com Goldman (2007) o enfermeiro trabalha o cuidado individual, coletivo e a prevenção primária, buscando em seu atendimento a sensibilidade ao alcance de seus propósitos, que é de prevenir danos a saúde em especial a mulher, realizando exames e consultas de acordo com seu exercício profissional como: preventivo, puerpério, pré-natal, atendimento as doenças sexuais, climatério, imunização, etc. e menciona que *“tem uma ampla abordagem de dificuldades vivenciadas pela população assistida, atua efetivamente na prevenção precoce com uma ação social de relevante interação com todos”*.

Observou-se que 21,4% das UR identificadas correspondem a categoria **coordena as atividades inspirando segurança**, representado na afirmativa:

“[...] direciona todas as atividades [...], as mulheres têm mais afinidade [...]” (E18).

Os profissionais enfermeiros são intensamente envolvidos com o trabalho. Para Santos (2007), convivendo de um lado com a forte expectativa que se tem de suas potencialidades para solucionar os problemas e, de outro, com a impossibilidade de oferecer respostas para os problemas trazidos pela população.

Costa e Miranda (2007) destacam que o profissional enfermeiro, por meio da sua atuação efetiva em todas as etapas da produção do processo de trabalho, ganha cada vez mais espaço, autonomia e poder de decisão na equipe,

responsável pela produção dos serviços, com seus saberes e práticas subordinados as necessidades sociais e de saúde da população. O enfermeiro identifica suas ações e promove uma assistência de qualidade aos usuários do SUS, que contempla uma demanda significativa de cuidados e assistência direta e humanizada.

Em 17,8% UR, identificou-se que o papel do enfermeiro em **resolver dúvidas e as direciona para resolver queixas**:

*“[...] resolver os problemas em relação as doenças [...]”. (E03)*

*“[...] profissional que a comunidade tem mais segurança [...]”. (E07)*

Os profissionais da atenção primária, em especial o enfermeiro, devem em suas atividades clínicas, educativas e de aconselhamento, procurar compreender as expectativas das pessoas, respondendo as dúvidas com clareza, precisam ser bons entrevistadores e estar disposto a ouvir, deixando o usuário confortável ao relatar suas queixas e dúvidas (ANDRADE *et al.*, 2013).

As UBS são locais de apoio a melhoria da saúde da população. O enfermeiro faz parte desse processo de melhoria, através de suas atividades técnicas na assistência, na supervisão e no processo educativo direcionado a sua equipe de enfermagem e a população em geral, contribuindo assim, com competências e responsabilidades na promoção da saúde e prevenção dos agravos a mulher e a toda população que procura atendimento na UBS da atenção primária dos municípios e estados brasileiros.

Vários profissionais consideram o enfermeiro **importante para todos os programas** (17,8% das UR). O atendimento prestado na UBS pelo enfermeiro deve buscar atender satisfatoriamente e atendendo a esses preâmbulos, as necessidades referentes a saúde da mulher, visando a promoção da saúde e prevenção das doenças, contribuindo para a qualidade de vida, retratado na fala do entrevistado:

*“é muito importante, é o centro de todas as atividades, é o profissional que a comunidade tem*

*mais segurança para resolver os problemas apresentados por elas na unidade de saúde”.*  
(E06)

A importância do profissional de saúde se dá através do empenho e da forma na recepção da população no ambiente preconizado ao atendimento. O preparo na formação do enfermeiro qualifica a assistência e a qualidade do serviço oferecido nas unidades de saúde, direcionando as ações de acordo com as prioridades apresentadas pelo público.

Na mesma proporção citada anteriormente, os profissionais destacam que o enfermeiro é **importante contato com a comunidade, onde faz orientações e atividades preventivas:**

*[...] vincula a comunidade e a UBS a prevenção de doenças [...]. (E01)*

*[...] ajuda as mulheres em todas as faixas etárias sobre prevenção de doenças [...]. (E21).*

No atendimento ao gênero feminino, as ações voltadas ao Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher articuladas com as atividades dos enfermeiros, busca diminuir essa lacuna entre comunidade e unidade de saúde, amparados nos conhecimentos técnicos/científicos no atendimento a mulher.

Registra-se ainda que 15% das UR correspondem ao papel deste profissional em **receber e orientar a clientela:**

*[...] direciona todos os programas e atividades ligados a mulher e a todos [...]. (E16)*

*[...] tem a confiança da comunidade e das mulheres e isso facilita o tratamento de saúde [...]. (E25).*

Em relação a assistência à saúde da mulher, Pietsch (2005) discute que cabe ao enfermeiro prestar cuidado integral em qualquer fase de sua vida, cuidado esse que se baseia na habilidade, definição e compreensão do cuidado no processo saúde-doença, orientando suas necessidades e direitos. A atuação do enfermeiro é de grande valia, deve estar apto a receber a mulher e prestar

toda a atenção de forma eficiente e efetiva quando ela se dirige a uma unidade básica de saúde.

Outra UR mencionada foi também a **importância do embasamento científico e administrativo:**

*“[...] faz o acompanhamento direto com toda comunidade, [...] atendimento com embasamento científico [...]”. (E09)*

A competência profissional é definida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em dada situação e contexto cultural (DELUIZ, 2001).

A formação administrativa que o profissional enfermeiro recebe na academia, ajuda no desenvolvimento das ações de saúde e serve para planejar estratégias na melhoria dos serviços oferecidos nas UBS e tudo isso requer do profissional, preparo e formação adequada para atuar nos programas de saúde.

Também foi pontuado o seu potencial em **possibilitar atendimento humanizado:**

*“[...] atende com mais respeito, atenção ao ser humano [...]”. (E11).*

Na atenção primária o enfermeiro atende de forma acolhedora os diversos ciclos de vida, assumindo as propostas do Ministério da Saúde no atendimento a Saúde da Mulher e também, cargos de coordenação das unidades de saúde, projetos especiais e outras atividades administrativas (PRIMO e cols., 2008).

As características do profissional enfermeiro são baseadas no conhecimento técnico/científico, direcionando o saber para a metodologia do cuidar, visando o bem estar e melhoria da saúde do indivíduo ‘receptor’ da assistência. As diretrizes do SUS preconizam o atendimento privativo e humanizado, mas abrangendo as ações desenvolvidas para a melhoria de todos. Nas UBS, a equipe multiprofissional trabalha com diferentes técnicas e estratégias, em especial a favor do atendimento as demandas da saúde mulher, e são essas ações, envoltas numa dinâmica humanizada e concreta, que devem fomentar e fazer parte das ações de assistência prestadas pelos enfermeiros.

### 5.5 A Formação do Enfermeiro para atuar na Assistência à Saúde da Mulher

Ao serem questionados sobre a importância que a graduação teve em sua formação, foram identificadas as categorias apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4 – Contribuição da Graduação na formação do enfermeiro para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os Enfermeiros do DISA sul de Manaus.**

<b>Categorias</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>Unidade de Significação</b>	<b>N.E.</b>	<b>U.R</b>	<b>%</b>
Normatizações.	19	22,8	Diretrizes do SUS e dos programas.	3	3	3,6
			Protocolos de atendimento.	3	4	4,8
			Políticas e direitos das mulheres.	9	12	14,4
Saúde reprodutiva.	18	21,7	Saúde reprodutiva.	17	18	21,7
Lacunas para a prática profissional.	21	24,1	Atividades práticas insuficientes.	4	4	4,8
			Não tenho tanta segurança sobre leis, direitos e políticas.	1	1	1,2
			Necessidade de aprofundamento.	2	2	2,4
			Quando somos alunos parece que nem tudo que estudamos fica gravado.	1	1	1,2
			Necessidade de buscar formação.	3	4	4,8
			Lacunas no tempo de formação.	2	2	2,4
			A faculdade não consegue dar a base suficiente como gostaríamos.	1	1	1,2
			As ações desenvolvidas nos serviços.	2	2	2,4
Avaliação da paciente.	2	3	3,6			
Anatomia e fisiologia da mulher.	10	12,0	Anatomia e fisiologia da mulher.	9	10	12,0
Atendimento em todos os ciclos de vida.	9	10,8	Atendimento em todos os ciclos de vida.	9	9	10,8
Atendimento em todo o modelo de atenção.	3	3,6	Atendimento em todo o modelo de atenção.	3	3	3,6
Estimulou o interesse pela área.	3	3,6	Estimulou o interesse pela área.	2	3	3,6
As ações desenvolvidas nos serviços.	2	2,4	As ações desenvolvidas nos serviços.	2	2	2,4
Incentivou atendimento humanizado.	1	1,2	Incentivou atendimento humanizado.	1	1	1,2
			<b>Total</b>		<b>83</b>	<b>100</b>

De acordo com Silva e Sena (2006), o processo de formação do enfermeiro vem passando por transformações ao longo dos anos, apresentando novas formas de construção do conhecimento, forçando mudanças nesse processo para um melhor atendimento a população devido as necessidades, e essas mudanças têm levado os enfermeiros a apresentar uma postura da melhoria na sua formação com o uso de instrumentalização para a intervenção na realidade dos agravos, resultando num profissional mais crítico-reflexivo do que tecnicista.

A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado, vislumbrando projetos para intervenções concretas no campo das práticas em saúde.

A preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepôs a reflexões e discussões em que os profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres.

Em 22,8% das unidades de registro, as **normatizações** das atividades e ações em saúde foram destacadas como aprendizagem na graduação, representadas pelas unidades de significação:

Diretrizes do SUS e os Programas:

*“[...] noções sobre os programas do Ministério da Saúde”. (E03)*

Políticas e Direitos das Mulheres:

*“[...] direitos, políticas e tudo sobre a mulher, [...]”. (E15)*

Protocolos de Atendimento:

*“[...] as leis, os protocolos de atendimento”. (E16)*

O enfermeiro é um agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde da população, o Exercício Profissional da Enfermagem está regulamentado na Lei nº 7.498/86, e *confere atribuições privativas ao enfermeiro em seu art. 3º o planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem*. E como integrante

da equipe de saúde, as ações desenvolvidas constituem: prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COSTA; CRISPIM, 2010).

Como categoria, as ações na **saúde reprodutiva** referem a importância na sua formação:

*“Teoria sobre pré-natal e controle da natalidade”.  
(E18)*

*“[...] na faculdade aprendi somente sobre gravidez e puerpério, foi a contribuição sobre a mulher [...]”.  
(E25)*

Reporta-se como UR, o destaque quanto ao embasamento oferecido sobre **anatomia e fisiologia da mulher**:

*“Era mais anatomia, fisiologia [...]”. (E11)*

*“[...] contribuiu mais com a parte teórica da anatomia, fisiologia da mulher, [...]”. (E17)*

No cenário brasileiro, nesta última década, os Cursos de Enfermagem vêm vivenciando várias reformulações, especialmente na busca pela implementação das Diretrizes Curriculares. Em relação à Saúde da Mulher, as referidas Diretrizes estabelecem como conteúdos essenciais a Assistência de Enfermagem prestadas a mulher, considerando os determinantes socioculturais e econômicos desse processo (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

Nota-se a menção ao **atendimento em todos os ciclos de vida**:

*“[...] aprendi o modelo de atenção, cuidados para prevenção, controle de doenças que acometem a mulher, [...]”. (E01)*

O **atendimento em todos os modelos de atenção** em saúde foi retratado nas falas:

*“[...] de saúde é quase tudo que vivencio. Aprendi o modelo de atenção [...]”. (E1)*

*“[...] acho que o que aprendi me ajudou no atendimento diário na minha unidade [...]”. (E13)*

A graduação também **estimulou o interesse pela área** de acordo com o entrevistado:

*“[...] tudo que aprendi venho vivenciando [...]”.*  
(E15)

O estímulo ao aprimoramento multiprofissional a qualificar-se para atender a sociedade que busca na atenção básica, como primeiro portal de assistência, eficiente e digno, considerando como certo a necessidade de investimentos na Educação Continuada como fator de mudança na prestação da assistência.

Em outra categoria, se pontuou quanto ao **incentivo ao atendimento humanizado**:

*“[...] incentivou a direcionar o atendimento para um lado mais humanizado [...]”.* (E09)

O MS implantou a Política Nacional de Humanização (PNH), para a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, ofertando um atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, para melhoria da assistência a população. O enfermeiro presta assistência dentro dos padrões da política de humanização, demonstra atenção, carinho, respeito e, principalmente, empatia com o usuário (BECK *et. al.*, 2009).

Ao serem questionados quanto à contribuição da graduação para a assistência à saúde da mulher, estes profissionais, inseridos na realidade do cuidado há algum tempo, analisam o processo e, para uma representação dos entrevistados, 24,1% das UR correspondem a **lacunas para a prática profissional**. Nota-se que são descritos vários aspectos:

*“[...] Acredito que faltou falar sobre as políticas dos direitos sobre todos os aspectos para orientar e tratar a mulher em geral, da pré-adolescência até a fase adulta e [...]”.* (E03)

*“[...] A faculdade deveria explicar melhor sobre saúde da mulher, isso ajudaria muito quando fôssemos trabalhar na atenção primária [...]”.*  
(E06)

*“[...] Aprendi a parte teórica e um pouco da prática, mas vivência foi pouco não deu tempo. Então posso dizer que não tive, mas sei que foi pouco [...]”.* (E17)

*“[...] a prática ficou a desejar”.* (E18)

*“[...] a prática é muito mais do que vimos na faculdade [...]”.* (E22)

Algumas UR destacam a dificuldade em compreender a relevância do assunto:

*“quando somos alunos parece que nem tudo que estudamos fica gravado e aí quando estamos na prática é que vemos a necessidade de determinados assuntos [...]”.* (E15)

A formação do enfermeiro nas academias não o prepara suficientemente ao seu exercício profissional e, além disso, está pouco adequado ao mercado de trabalho. Afirmação que, muitas vezes, é constatada na manifestação da dicotomia presente entre teoria e prática (ITO *et al.*, 2006).

### 5.6 O Aprimoramento da Assistência pelo Enfermeiro: algumas sugestões.

As principais sugestões para aprimoramento da formação destes profissionais estão resumidas no Quadro 5.

**Quadro 5 – Sugestões de atividades formativas para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os enfermeiros do DISA sul de Manaus.**

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Unidade de Significação</b>	<b>N.E.</b>	<b>U.R</b>	<b>%</b>
Compreender os direitos das mulheres.	22	25,0	Compreender os direitos das mulheres.	14	22	25,0
Atualização e cursos sobre o tema atenção a saúde da mulher.	16	18,2	Cursos de atualização sobre atenção a saúde da mulher.	11	16	18,2
Atualização sobre protocolos de atendimento.	12	13,6	Atualização sobre protocolos de atendimento.	11	12	13,6
Atualização sobre políticas de atenção a saúde da mulher.	11	12,5	Atualização sobre políticas de atenção a saúde da mulher.	10	11	12,5
Aperfeiçoamento técnico e humanização no atender.	11	12,4	Curso sobre referência e contra referência.	1	2	2,3
			Curso que fizesse a interação dos profissionais, médicos e enfermeiros.	1	1	1,1
			Humanização no atendimento.	1	1	1,1
			Cursos sobre o atendimento de pessoas.	4	7	7,9
Atividades sobre pontos específicos de saúde da mulher.	9	10,3	Tratamento das DST.	2	2	2,3
			Cuidados com a gestante.	2	2	2,3
			Sexualidade na adolescência.	1	2	2,3
			Planejamento familiar.	2	2	2,3
			Atenção a saúde no climatério.	1	1	1,1
Ações do enfermeiro no câncer.	7	8,0	Coleta de material.	3	3	3,4
			Exame de mamas.	2	2	2,3
			Atuação no câncer em geral.	2	2	2,3
			<b>Total</b>		<b>88</b>	<b>100</b>

A Educação Permanente está prevista no plano de ação do PNAISM, (Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher) diante das necessidades de melhorias no atendimento de saúde. Ele aparece como uma estratégia de ação para assegurar melhores “condições de vida e saúde das mulheres”, já que o direito a vida e a saúde são direitos humanos fundamentais. Esta alternativa pode ser utilizada em qualquer política setorial e consegue alcançar todas as categorias profissionais, devido ao seu teor multiprofissional (BRASIL, 2004b).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde tem como uma de suas ramificações, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que gera ações em torno do ensino. A SGTES produziu sugestões e afirmativas para modificações nos currículos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia, com ênfase nos temas saúde e sociedade, planificação e administração, epidemiologia social e saúde das populações, que modificariam a visão do profissional a problemas inerentes a saúde e a vida da população (MANCIA; CABRAL; KOERICH; 2004).

O Programa Mais Médico faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, deste modo, é imprescindível a normatização e métodos direcionados a educação e administração da gestão do trabalho para o aprimoramento de todas as áreas e todos profissionais envolvidos nos processos inerentes a Gestão do Trabalho ajudando assim regiões onde há escassez, vulnerabilidade social e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2013).

Os autores ainda completam que as ações que a Educação Permanente pretende defender começa pelos valores éticos, a qualidade da política de saúde, a melhoria de vida da sociedade, a cidadania por meio da integração dos diversos sujeitos *“para uma práxis criativa e criadora”*. A proposta de aprendizagem promovida pela Educação Permanente é de caráter coletivo, multiprofissional, interdisciplinar e contínuo, a qual acontece a partir dos conhecimentos prévios e experiências profissionais e das problemáticas emergentes na instituição, não se restringindo apenas a parte técnica, mas também, a dimensão política.

A política de Educação Permanente não busca só o aprendizado permanente dos profissionais de saúde, mas também trabalha no sentido de alcançar estratégias de qualificação do processo de trabalho do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005c).

Quanto as sugestões sobre o quê gostariam de aprender para uma melhor assistência, 25% das unidades representativas se referem à necessidade de **compreender os direitos das mulheres**:

*“[...] curso para aprender leis sobre os direitos das mulheres e, de como fazer referência e contra referência [...]”. (E15)*

O direito a saúde vai muito além da cura da enfermidade, pois esse direito implica em bem-estar físico, emocional e mental de cada pessoa.

Destaca-se também a vontade de **atualização e cursos sobre o tema atenção a saúde da mulher** (18,2% das UR):

*“[...] curso sobre os direitos femininos [...] climatério, reposição hormonal [...] valorização do profissional enfermeiro [...]”. (E12)*

*“[...] curso de aprimoramento sobre todos os seguimentos das mulheres, [...]”. (E25)*

A necessidade da aplicabilidade dos conhecimentos teórico-práticos nas atividades e ações do cotidiano ofertados nas unidades de saúde, depende ainda de um maior esforço do MS e das próprias secretarias de saúde em investir em Educação Permanente, em cursos técnicos, em aprimoramento e também do interesse do próprio profissional em buscar diminuir essa lacuna do conhecimento sobre os eixos direcionados ao atendimento a mulher. Para o MS, a Educação Permanente é ferramenta importante para a mudança das práticas dos profissionais que lidam diretamente com a população (BRASIL, 2012).

Como categoria mencionada, 13,6% das UR consideram importante a **atualização dos protocolos de atendimento** para que as ações possam ser dirigidas a população feminina:

*“[...] aprender sobre leis e protocolos para respaldar o que fazemos, [...] aprender sobre DST/HIV, como atender [...]”. (E13)*

A questão dos protocolos é descrita por Escorel (2002), quando diz ser o processo de reorganização do sistema de serviços por intermédio de atos normativos e protocolos, são uma estratégia que irão ajudar a solucionar ou diminuir agravos da população, podendo contribuir com o atendimento em todos os ciclos de vida da mulher.

O protocolo de atendimento a enfermagem tem fundamental importância na atenção a mulher, desde a realização do acolhimento até a orientação e educação para a saúde, proteção e prevenção. O profissional enfermeiro adquiriu importante autonomia de atuação dentro das unidades de saúde através de sua característica profissional voltadas ao atendimento direto e aplicativo (BORELLI; SILVA; FONSECA, 2012).

A integralidade deve contemplar uma noção de cuidado que apreendida como ação integral significa o encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, vínculo, respeito e dignidade (LOUZADA; BONALDI e BARROS, 2007).

A categoria **atualização nas políticas de atenção a saúde da mulher** foi mencionada como uma necessidade:

*“[...] cursos sobre as políticas do SUS, relacionados as mulheres desde a puberdade até a melhor idade [...] todos os aspectos da saúde da mulher [...]”. (E06)*

*“[...] saber sobre metodologia, políticas e atendimentos em todos os ramos (...) a mulher e (...) registrar os atendimentos e quais os direitos [...]”. (E20)*

Várias fases dos ciclos da mulher têm suas características singulares, um exemplo disso, é o climatério, onde podem ser observados os cuidados e as diferenças a serem trabalhadas, ainda que de modo e intensidades diferentes, as

alterações relacionadas a esta fase do ciclo vital afetam todas as mulheres, repercutindo nos seus sentimentos, na sua qualidade de vida, no trabalho e nas relações familiares e grupais. Apesar de ser comum por abranger todas as mulheres, é singular diante das peculiaridades, sintomas, vivências e suas repercussões, uma vez que é caracterizado como um processo de mudanças físicas e emocionais, sociais e espirituais para a mulher, pois recebe a influência de múltiplos fatores, como sua história de vida e características pessoais, familiares, ambiente, cultura, costumes, crenças, conhecimentos, dentre outros (PEREIRA, SIQUEIRA, 2009).

Também foi apontado como categoria o desejo de **aperfeiçoamento técnico e humanização no atender**:

*“[...] quero aprender tudo, como [...] humanização no atendimento [...] formas diferenciadas [...]”.*  
(E07)

Humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica, permitindo compreender a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido. Os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem são fundamentais para a humanização (CASATE; CORRÊA, 2005).

O cuidado enquanto dimensão da integralidade deve permear as práticas de saúde e não pode restringir-se somente as competências e ações técnicas, mais como um todo (AYRES, 2001).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente a identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2011).

O aprendizado de um profissional, utilizando as práticas de humanização dentro das metas da Política de Humanização preconizada pelo MS, faz parte da qualificação na assistência relacionada ao atendimento da mulher.

Também foram mencionadas aspirações quanto a **atividades sobre pontos específicos de saúde da mulher**:

*“Direitos e leis que respaldem as decisões delas sobre fazer ou não aborto, ter ou não ter filhos, fazer laqueadura, direitos e deveres sobre seu corpo e tudo mais voltado a mulher [...]”. (E03)*

*“[...] como trabalhar a menina na adolescência, abordar os problemas sexuais, maturidade do corpo, relações sexuais, como agir com meninas que amadurecem mais cedo [...]”. (E05)*

*“[...] cursos sobre DST, informações sobre os programas do MS [...]”. (E10)*

*“[...] precisamos fazer curso sobre os direitos femininos [...] sobre climatério, reposição hormonal [...]”. (E12)*

O atendimento das DST não deve ser recebido apenas como uma ação curativa, mas, também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que não tiveram contato com algum tipo de DST e essas mulheres têm maior risco de morte por câncer de colo uterino. Esta é uma das maiores preocupações dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

No atendimento obstétrico e neonatal a característica essencial é a qualidade e a humanização no atender. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização, principalmente no atendimento a gestante, puérpera e neonato (BRASIL, 2005d).

Outro aspecto desejado como tema para Educação Permanente são as **ações do enfermeiro no câncer**:

*“[...] saber fazer avaliação para detectar nódulos nas mamas e os quadrantes para registrar [...] aprender sobre todas as técnicas de atendimento sobre humanização direcionadas as grávidas com HIV [...]”. (E14)*

*“[...] aprender sobre câncer [...]”. (E19)*

*“[...] eu quero fazer um curso de aprimoramento, mas em coleta de preventivo, câncer de mama e todo tipo de câncer [...]”. (E24)*

O câncer de colo de útero é uma doença totalmente evitável em vários casos, após a invasão do carcinoma *in situ*, a morte pode ocorrer em cerca de três a cinco anos para as pacientes não tratadas, é de maior incidência nas regiões Norte e Nordeste, na região Sul e Sudeste o câncer mamário é um dos maiores causadores de morte feminina (INCA, 2011), fortalecendo a integração, preparo e qualificação do enfermeiro em atuar junto a esta área com maior aporte teórico, técnico e prático no atendimento para detecção e prevenção de casos.

E esse maior aporte e preparo esta entrelaçado à Educação Permanente, que deve ser necessário ao profissional enfermeiro e aos demais profissionais da área da saúde a fim de desenvolver uma melhor estratégia de atendimento ao gênero feminino e a população.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou responder a questionamentos sobre as atividades e a formação do profissional enfermeiro para desenvolver práticas e intervenções, considerando as ações a serem desenvolvidas pelo PAISM na atenção primária nas UBS.

No decorrer da pesquisa foram percebidas as dificuldades dos profissionais sobre as ações a serem aplicadas em relação ao PAISM e todas as suas diretrizes e características voltadas à saúde do gênero feminino. Nota-se que os cuidados prestados à mulher tem sido focalizados prioritariamente em temas relativos à saúde reprodutiva. A mulher não tem sido vista como um ser completo, social e inserido num contexto globalizado, deixando assim lacunas a serem preenchidas no atendimento ofertado nas unidades de saúde.

Por outro lado, compreende-se o importante papel do enfermeiro e os aspectos peculiares de sua profissão ao prestar assistência com qualidade e respeito ao gênero feminino, sendo este um sensibilizador e referência para população em geral e especialmente, à mulher que busca atendimento atencioso e humanizado dentro dos serviços de saúde.

É importante ampliar a visão de todos os profissionais e de gestores de que a saúde da mulher não envolve apenas aspectos clínicos ginecológicos do ciclo gravídico puerperal, mas todas as fases do ciclo de vida da mulher, onde comportam as características singulares a cada uma delas, como raça, etnia, condições culturais, sociais, econômicas, opções sexuais, envolvendo também os direitos relacionados a vida, a reprodução, a saúde e o bem estar em geral, contemplando-as como parte integrante e importante na produtividade e resolutividade das decisões sócio econômicas e culturais de nossa sociedade, sendo a mulher um ser ativo e participativo em todos os ciclos de sua vida.

No contexto global, retratando a APS, o enfermeiro é em geral o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde e para tanto, deve ter um olhar diferenciando as problemáticas apresentadas pelas mesmas e pela população em geral. Em algumas ações trabalha com aspectos muito íntimos da mulher e deve estar preparado para um atendimento integral e humanizado, como nas ações de

saúde voltadas à prevenção de câncer de mama, câncer de útero, aleitamento materno, parto, planejamento reprodutivo, DST entre outros que interferem diretamente na intimidade da mulher.

As fragmentações das políticas públicas em relação a saúde oferecida a população, atingem diretamente as práticas dos profissionais na assistência prestada à mulher, não levando em consideração toda a história da inserção da mulher na sociedade, com suas fragilidades e fortalezas as quais são típicas do gênero feminino, levando-as a desvalorização e subordinação de tratamentos fragmentados, aos quais são submetidas todos os dias em unidades de saúde de nosso país, deixando de ser prestado um atendimento integral, humanizado e resolutivo.

A pesquisa mostrou ainda a necessidade de uma maior qualificação dos profissionais neste campo, uma vez que o percurso formativo. Destes, a formação da maioria está baseada em especializações voltadas a saúde coletiva e saúde pública, onde discutiram somente tópicos sobre saúde da mulher e não houve aprofundamento dos temas referentes a problemática da formação dos enfermeiros, deixando espaçamentos ou interrogações no aprendizado teórico/prático referente a saúde da mulher.

O aprimoramento referido por estes profissionais destacaram importantes temas para atualização no cotidiano do atendimento nas UBS, mas é necessário que as instituições formadoras e as unidades prestadoras de serviço considerem como estratégia de desenvolvimento a articulação entre teoria e prática para a melhoria e a qualidade do serviço a população, focando todos os eixos relacionados a vida, a saúde e aos direitos da mulher, sendo ela um ser completo.

Na conclusão do tema pesquisado e visando uma forma concreta de contribuir no aprimoramento do conhecimento sobre o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, foi gerado um produto final: um Relatório Técnico (Apêndice C) a ser apresentado ao Departamento de Atenção Primária de Saúde da SEMSA/MANAUS.

Pretende-se também produzir outros produtos como um outro relatório para a Associação Brasileira de Enfermagem, além da publicação de um artigo como forma de ajudar no crescimento teórico-prático dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros.

## 7. REFERÊNCIAS

ALENCAR, N.G; BATISTA, S.H.S. S; MORENO, L.R. O ensino da saúde da mulher em cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Univ. de São Paulo, v.15, n.2, mar-abr, 2007.

ANDRADE, C.J.M; LEÃO, M.R.C; FONSECA, R.M.G.S; GOMES, T.M. Saúde da Mulher. Desafios para enfermeiros que atuam na atenção primária. IN: SOUZA, M.C.M.R; HORTA, N.C. (Orgs.). **Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências da Saúde Coletiva**. 2001; 6:63-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidades Básicas de Saúde**. 2013. Disponível em: [www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude](http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude). Acesso em: 27 de out. de 2013.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. **Manual de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/>. Acesso em: 02 de mai. de 2014.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher [Internet]. **Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21%**. 2012a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5372/785/acoes-da-rede-cegonha-reduzem-mortalidade-materna-em-21.html>. Acesso em: 24 de fev. 2013.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2012b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 17 de mar. 2013.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. 2011. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna>. Show. mtw. Acesso em: 28 de dez. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Portaria GM/MS Nº 1996/2007. **Conceitos e Princípios**. Outubro, 2011. Disponível em: <http://www.slideserve.com/munin/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-sa-de-pneps-portaria-gm-ms-n-1996-2007>. Acesso em 02 de fev. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher - 2004 a 2007**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: DF, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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 à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama**. Caderno de Atenção Básica. Brasília - DF, n.13, 2006b. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_atencao\\_basica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atencao_basica.pdf). Acesso em: 10 de abr. de 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda: polos de educação em saúde: conceitos e caminhos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade de governo. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pró-saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília. 2005c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** caminho para educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília-DF. 2004a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica2_vp.pdf). Acesso em: 02 de fev. de 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília (DF), 2004b.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender SUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília, 2004c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>. Acesso em: 27 ago. de 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relatório de Gestão 2000-2002.** Brasília (DF), 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção Básica.** Programa Saúde da Família. Caderno 1: a implantação da unidade de saúde da família a traduzir. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** Bases de ação programática. Brasília (DF), 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 226, par. 7, cap. 7: da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso. Brasília (DF), Senado Federal, 1988.

BECK, C.L.C.; LISBÔA, R.L.; TAVARES, J.P.; SILVA, R.M.; PRESTES, F.C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009, mar, 30 (1): 54-61.

BEGHINI, A.B *et al.* Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2006, out-dez, 15(4): 637-44.

BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M.; LIMA, J.V.C. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001, p.133-43.

BICCA, L.H; TAVARES, K.O. A atuação da enfermeira no programa saúde da família: uma breve análise da sua prática assistencial. **Revista Nursing**, v.92, n.9, jan., 2006.

BORELLI, C.; SILVA, L.H.; FONSECA, R.S. (Coords). **Protocolo para Assistência de Enfermagem na Atenção Básica ESF/UBS**. Prefeitura Municipal de Americana. Secretaria de Saúde. Americana. São Paulo, 2012.

CAMIÁ, G.E.K; MARIN, H.F. BARBIERI, M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2001, 9(2):26-34. In: PIERRE, L.A.S.; CLAPIS, M.J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am.** nov-dez., 2010;18(6). Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 22 de out de 2013.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enferm.**, Univ. de São Paulo, v.13, n. 1, jan-fev, 2005, p.105-111.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. *Comunic. Saúde e Educ.*, v.9, n.16, p.161-77, set., 2004/ fev. 2005.

COSTA, A.M. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4):1073-1083, Brasília. DF, 2009.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa, S.H.(orgs). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro:Fiocruz, 1999. p.319-35.

COSTA, M.M.; CRISPIM, Z.M. Política de saúde do planejamento familiar na ótica do enfermeiro. **Rev. Enferm UFPE on line.** 2010. abr./jun.;4(2):568-76. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/759/pdf\\_46](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/759/pdf_46). Acesso em: 10 de jul. de 2012.

COSTA, C.R.; FRACOLLI, L.A. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. IN: SANTOS, A.S; MIRANDA, S.M.R.C. (orgs.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** (Serie Enfer.) Barueri: São Paulo, Manole, 2007.

DEL PRIORE, M. **A mulher na história do Brasil.** 3 ed. São Paulo: Contexto, 1992.

DELUIZ, N. **Qualificação, competências e certificação:** visão do mundo do trabalho. In: *Formação.* 1(2); 5-15, 2001.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M; MAGALHÃES, R. e SENNA, M.C.M. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FERNANDES, R.A. Q; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher.** Barueri, SP: Manole, 2007.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros. Londrina. Paraná. **Ciências Biológicas e da Saúde.** Londrina, v.26, n.2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FONSECA, R.M.G.S.; CHIESA, A.M e OLIVEIRA, M.A.C. A práxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. *Rev Esc Enferm USP*, 1994; 28(3): 321-31. IN: DAVIM, R.M.B;

TORRES, G.V.; SILVA, R.A.R; SILVA, D.A.R. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev Esc Enferm USP**, 2005; 39(3): 296-302.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. p.213, v.25, 2005.

GOLDMAN, R.E. **Programa de Saúde da Família: o enfermeiro na atenção a saúde da mulher**. Saúde Coletiva, São Paulo: Editorial Bolina, bimestral, 3(13), p.6, 2007.

GONÇALVES, R. **Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia** (Tese de Doutorado). 2005. Ribeirão Preto(SP):Esc. Enferm./USP, 2005.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Divisão de apoio à rede de atenção oncológica. Brasília: INCA, 2011. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.pdf). Acesso em: 13 de nov. de 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo**. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

INDICADORES DE SAÚDE. **Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde**. OPAS/OMS Brasil, 2011. Disponível em: [www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=211&catid=758:bra-principal&Itemid=347](http://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=211&catid=758:bra-principal&Itemid=347). Acesso em: 13 de fev. de 2013.

ITO, E.E.; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.M.J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. de Enferm**, USP, 2006. 40(4):570-5. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 27 ago. de 2011.

LABRA, M.E. (Org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C. e BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R; BARROS, M.E.B; MATTOS, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob**

**o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007, p.37-52.

LINE, O. **Unidade Básica de Saúde (UBS):** Qual a sua importância. Saúde Fácil. Enfermagem FAMERP. 2012. Disponível em: <http://saudefacil.wordpress.com/unidade-basica-de-saude-ubs-qual-a-sua-importancia>. Acesso em: 13 de nov. de 2012.

MANCIA, R.J.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF). 2004, set/out; 57(5):605-10.

MEIRA, A.R. **Sociedade e saúde**. Campo Grande: UFMS, 1997.

MESQUITA, C.C. **Ideias e atores políticos na história da elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidade e (Des) igualdades. Universidade Federal da Bahia. Salvador, ago, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Brasil. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=430&Itemid=420>. Acesso em: 28 de ago. de 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. Resolução CNE/CES, n.3, de 7 de nov. de 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>. Acesso em: 28 de ago. de 2012.

MOURA, E.R.F. **Assistência ao Planejamento Familiar na perspectiva de clientes e enfermeiros do Programa de Saúde da Família**. (Tese de Doutorado). 2003. Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2003.

NAUD *et al.* **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rotinas em Ginecologia. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. p.65-116.

NEMES, M.I.B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 48-65.

OJEDA, B.S. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.1, Brasília, jan.fev., 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art). Acesso em: 28 de ago. de 2012.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem (UERJ)**, v. 16, p. 569-76, 2008.

OLIVEIRA, M.A.C.; VERÍSSIMO, M.L.O.R.; PÜSCHEL, V.A. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. RIESCO, M.L.G. **Revista da Escola Enferm. USP** 2007,41(Esp):820-5. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 23 de ago. de 2011.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1998, 14(1): 25-32.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; CRESPO, E.R.; ESPEJO, E. e PÁDUA, K.S. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad Saúde Pública**. 2004; 20(6):1586-94.

OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A.; MAKUCH, M.Y.; MELLO, M.B.; SOUSA, M.H. e ARAÚJO, M.J.O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**. 2006; 22(11):2481-90.

PASQUALETO, V.M. Vida Adulta Intermediária. **Meia-idade: desenvolvimento físico e cognitivo**. Faculdade da Serra Gaúcha, 2011. Disponível em: [www.slideshare.net/VivianePasqualetto/vida-adulta-intermediria24/03/13](http://www.slideshare.net/VivianePasqualetto/vida-adulta-intermediria24/03/13). Acesso em: 17 de fev. de 2014.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm.** 2009. abr-jun; 13 (2): 366-71.

PEREIRA, L.C.P. **Mulher climatérica usuária do Sistema Único de Saúde: serviços e ações de saúde** (Dissertação de Mestrado). Rio Grande do Sul (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, 2007.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA H.C.H.; CEZAR-VAZ, M.R. **Inserção da mulher climatérica nas políticas públicas da saúde**. Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador (BA): ABEn, 2006, out. 21-26. p.134.

PIETSCH, M.P.; LAZZAROTO, E.M. **Saúde da família: a dimensão do trabalho do enfermeiro na gerência, assistência e na comunidade**. Cascavel (PR): Ed. Coluna do Saber, 2005, p. 180.

PINHEIRO R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R.; Mattos R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ/ABRASCO; 2003. p. 7-34.

PRIMO, C.C; BOM, M.; SILVA, P.C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008, jan/mar; 16(1): 76-82.

REIS, C.B. e ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1): 61-70, 2008.

ROCHA J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. **Perfil dos enfermeiros de um programa de saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional**. Enfermagem, UERJ. 2007.

SANTOS, C.V. **A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado). 2007. Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, S.M.R *et al.* A Consulta de Enfermagem no Contexto da Atenção Básica de Saúde. Juiz de Fora. Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008, jan-mar; 17(1): 124-30.

SANTANA, F.R.; NAKATANI; A.Y.K.; SOUZA, A.C.S. e ESPERIDIÃO, E. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: uma visão dialética. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.03, p.295-302, 2005. Disponível em: [www.fen.ufg.br/Revista/revista7\\_3/original\\_06.htm](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_06.htm). Acesso em: 23 de ago. de 2011.

**SEMSA ANUNCIA INVESTIMENTOS DE R\$ 25 MILHÕES PARA EXECUÇÃO DE 46 OBRAS.** 2011. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/noticias/atencao-basica-casinha-de-saude>. Acesso em: 24 de nov. de 2011.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.4, jul/ago. 2006.

SHIMIZU, H.E; ROSALES, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, 16(5):883-8. [online]. 2008. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692008000500014&lang=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000500014&lang=pt&lng=pt). Acesso em: 22 de out. de 2013.

SPAGNOL, C.A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):119-127, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:[HTTP://unesdoc.unesco.org/ulis/egi-bin/ulis.pl?eatno=130805&set=4BBCA640\\_1\\_386&gp=1&mode=e&lin=1&11=1](http://unesdoc.unesco.org/ulis/egi-bin/ulis.pl?eatno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&11=1). Acesso em: 27 de mar. de 2012.

TRINDADE, W.R.; FERREIRA, M.A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008. jul-set; 17(3):417-26.

TAVARES, M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M e ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1054-62, mai, 2009.

- TEIXEIRA, C. **SUS e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.
- VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**: questões da saúde reprodutiva. Cap. 4. GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Orgs.) [S.1] Editora Fiocruz, 2002.
- VIEZZER, M. **O problema não está na mulher**. São Paulo: Cortez, 1989.
- XAVIER, I.M. Graduação em enfermagem como o lócus da formação do enfermeiro: diretrizes curriculares e projeto pedagógico. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.54, n.1, 2001, p. 5-6.
- WITT; R.R.N. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. (Tese de Doutorado). 2005. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto-SP. 2005.

## OBRAS CONSULTADAS

AGÊNCIA Brasil. **Licença maternidade estendida completa 6 meses sob críticas e aplausos**. mai., 2009. Disponível em: <http://jc.uol.com.br/canal/cotidiano/nacional/noticia/2009/03/08/licençamaternidade-estendida-completa-6-meses-sob-criticas-e-aplausos181250.php>. Acesso em: 23 de out.de 2013.

ANDRADE, M.M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ATENÇÃO Básica/Bahia. **Política Nacional e Política Estadual**. Informativo. ago.2011.Disponível em: [www.saúde.ba.gov.br/dab](http://www.saúde.ba.gov.br/dab). Acesso em: 24 de nov. 2011.

BRUCE, J. **Fundamental elements of the quality of care: a simple framework**. Stud Fam Plann. 1990;21(2):61-91.

CORRÊA, S. **PAISM: uma história sem fim**. Recife: SOS Corpo. 1993.

FONSECA, C. **Ser mulher, mãe e pobre**. História das mulheres no Brasil, São Paulo: Contexto, 1997.

FREITAS, GL; VASCONCELOS, CTM; MOURA, ERF; PINHEIRO, AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enfermagem**. 2009;11(2):424-28. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11/n2/v11n2a26>. Acesso em: 28 de ago. de 2012.

FURASTÉ, P.A. **Normas técnicas para o trabalho científico: explicitação das normas da ABNT**. 16 ed. Porto Alegre: s.n. 2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUTIERREZ, A.; URRUTIA, A.S. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar segun la etapa del periodo. **Cienc Enferm**. 2006, jun., 12(1): 19-27.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Contexto Enfermagem**. Florianópolis, jul-set; 15(3): 472-8, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>, 2006. Acesso em: 28 de ago. de 2012.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Universidade do Itajai. Anais Programa de Iniciação Científica 2007-2008. Disponível em: [www.abenacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045](http://www.abenacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045). Acesso em: 12 de fev. de 2012.

MEDICI, A.C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios In: Galvão OL, Diaz J, (orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec/ Population Council, 1999, p.104-50.

MELO, M.A.M.T. **Legislação do direito do trabalho da mulher**: uma perspectiva de sua evolução.2011.Disponível em: [http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=6254](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=6254). Acesso em: 23 de out.de 2013.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**. Botucatu. [online] 2005. vol. 9 n.16. pp.172-74. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832005000100015&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832005000100015&script=sci_arttext&lng=es). Acesso em: 02 de fev. de 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, E.M.V. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C.S. e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad., Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3):239-262, jul/set.,1993.

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade.**Rev. Latino Americana Enferm.**, Ribeirão Preto,v.7,n.1,p.55-65, Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13449.pdf>,1999. Acesso em: 28 de ago. de 2012.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Cad. Saúde Pública**. 2005;39(5):795-801.

OLIVEIRA, C.M.S.; LOPES, R.L.M. Prevenção do câncer de colo e participação feminina na Viva Mulher. **Rev. Baiana Enferm.**, 2003, 18(1/2):19-28.

PARADA, C.M.G.L; TONETE,V.L.P. O cuidado em Saúde no Ciclo Gravídico-Puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.A. e MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista ESCENFERM USP**. 2007. 41 (03): 478-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>. Acesso em: 12 de fev. de 2012.

PENNA, L.H.G.; CARINHANHA, J.I.; RODRIGUES, R.F. Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. **Rev. Latino Americana Enferm**. 2008;16(1):1-3.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A.M.A.F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. 1999, 4:35-41.

SANTOS, B.S. **A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, E.M.; NOZAWA, M.R.; FREITAS, J.L.D. Formação de enfermeiros e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2000, 53 (2):275-282.

TAVARES, M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M. e ROCHA, R.M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 25(5): 1054-1062, mai, 2009.

TEIXEIRA, R.A. **O trabalho da enfermeira na saúde da família:** potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2002. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

The Pew Health Professions Commission - **Recreating health professional practice for a new century.** The Fourth Report of Pew Health Professions Commission, San Francisco, December, 1998.

UBS – Unidade Básica de Saúde. **PAC2.** Ministério da Saúde. Disponível em: [www.pac.gov.br/comunidade-cidade/ubs-unidade-básica-de-saúde](http://www.pac.gov.br/comunidade-cidade/ubs-unidade-básica-de-saúde). Acesso em: 15 de out. de 2013.

VERGARA, S.M.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2004.

## **APENDICES**

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Tempo de formação na graduação em enfermagem: \_\_\_\_\_

5. Tempo de atuação na Atenção Básica: \_\_\_\_\_

6. Titulação acadêmica: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Especialização: \_\_\_\_\_

Mestrado: \_\_\_\_\_

Doutorado: \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

7. Tempo de atuação nesta UBS: \_\_\_\_\_

8. Após a graduação, realizou curso(s) na área da saúde da mulher? Qual (is)?

\_\_\_\_\_

**II. Tópicos da Entrevista**

- ✓ Identificar a Política de Atenção a Saúde da Mulher existente.
- ✓ Caracterizar a Importância da UBS na Saúde da Mulher.
- ✓ Descrever as atividades de atenção à saúde da mulher desenvolvidas na UBS.
- ✓ Descrever o papel do enfermeiro para a assistência à saúde da mulher.
- ✓ Contribuição da graduação para atuação na saúde da mulher.
- ✓ Como a graduação poderia ter preparado melhor.
- ✓ Sugestões de atividades de formação para atuar melhor na assistência à saúde da mulher.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, cujo objetivo é analisar a formação do enfermeiro para atuar no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher na Atenção Básica em Saúde. Para isto você deverá concordar em participar em responder a um questionário por escrito e a uma entrevista que deverá ser gravada. Não deverá haver nenhum desconforto com este procedimento. Não haverá recompensa direta pela participação. Os dados desta pesquisa podem, no futuro, contribuir para o aprimoramento da formação do enfermeiro. A qualquer momento, em caso de esclarecimentos ou dúvidas posso procurar informação com a pesquisadora **Lêda Cristina R. França**, no endereço: Rua General Carneiro, 735. São Francisco, Fone: (92)8112-0862. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572. 1º andar. Cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br Você pode deixar de participar do estudo a qualquer momento que desejar. Será garantido o anonimato das informações fornecidas. É seu direito ter acesso aos seus dados. Não há despesas com a participação nesta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Formação do Enfermeiro para Atuação na Atenção Básica no Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher”**.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, discuti com **Lêda Cristina R. França** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste colaborador para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## **APÊNDICE C**

### **RELATÓRIO TÉCNICO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Lêda Cristina Rodrigues França**

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

**São Paulo**

**2014**

**Lêda Cristina Rodrigues França**

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

Relatório Técnico apresentado ao  
Departamento de Atenção Primária da  
Secretaria Municipal de Saúde de  
Manaus SEMSA/Manaus.

**São Paulo  
2014**

**FRANÇA, L.C.R., Formação do enfermeiro para atuação na atenção básica no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.**

**RESUMO**

A apresentação deste relatório técnico-científico tem por objetivo mostrar de forma clara e concisa os resultados da pesquisa sobre a **Formação do Enfermeiro para Atuação na Atenção Básica no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher** nas unidades básicas de saúde da zona distrital de saúde sul da cidade de Manaus. O desenho da pesquisa utilizou um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa com a participação de 25 enfermeiros. Na realização da coleta de dados foi aplicada uma entrevista de aprofundamento sobre questões correlatas as atividades desenvolvidas em 17 UBS da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a qual buscou esclarecer o teor e o valor dos atendimentos oferecidos e realizados no cotidiano dos enfermeiros da atenção primária nos atendimentos das atividades referentes ao PAISM nas unidades de saúde. O relato apresentado durante a pesquisa mostra a caracterização do perfil do profissional, a importância do aprimoramento teórico-prático nas atividades oferecidas no PAISM nas UBS e a importância do trabalho desenvolvido por este profissional à população na rede de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>7</b>
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>7</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>8</b>
<b>6. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>10</b>
<b>7.REFERÊNCIAS .....</b>	<b>11</b>

## INTRODUÇÃO

A Política da Atenção Básica em Saúde no Brasil é composta pelo conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, as quais abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Os programas do Ministério da Saúde possuem metas e ações voltadas a buscar o favorecimento e a modificação de fatores condicionantes e determinantes que interagem no cotidiano sócio-econômico e familiar de cada cidadão. Parte daí, o destaque para o enfretamento dessas ações efetivamente junto e para a comunidade e usuários.

O PAISM é um marco histórico, onde propõe uma abordagem global sobre a saúde da mulher na medida em que vem introduzindo um novo enfoque nas políticas públicas, centrado na integralidade e na equidade das ações, e não apenas enfocando o ciclo gravídico e puerperal (BRASIL, 1984).

Neste sentido, podemos dizer que nas atividades exercidas na prática em serviço, vemos o significado e importância desta nova estratégia no atendimento à mulher, devendo acolhê-la considerando as especificidades inerentes a todas as fases de sua vida.

Durante minha trajetória profissional desenvolvi atividades direcionadas à Atenção Integral a Saúde da Mulher. Desde outubro de 2001, quando foi necessário desenvolver ações voltadas às mulheres residentes na área periférica de uma unidade básica de saúde com atendimento especializado. Esta UBS registrada na época como Casa de Saúde da Mulher era a única na capital do Estado do Amazonas, hoje extinta.

No exercício de minha profissão na Atenção Primária a Saúde, direcionada a prestar assistência à saúde da mulher, pude observar e refletir sobre a importância e a influência das ações de saúde realizadas na comunidade e de como isso pode modificar as características e o modo de ver e viver dessas pessoas em relação aos problemas existentes e de como resolvê-los, e como o enfermeiro pode contribuir na construção de novas opiniões. Acredito que a preparação acadêmica pode influenciar na atuação nos programas públicos de

saúde do Ministério da Saúde, e que esse conhecimento tende a modificar toda uma estratégia de atendimento e a forma de lidar com as situações problemáticas existentes no cotidiano das comunidades e as ações a serem desenvolvidas.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

No que se referia à ideia de integralidade, o conceito de operacionalização foi o maior desafio nos últimos anos, exigindo dos profissionais e gestores uma postura técnica para responder cuidadosamente a cada um dos problemas da saúde voltada ao gênero feminino.

Essa nova atitude requeria dos profissionais uma relação direta com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade e todo tipo de ocorrência comportamental, sendo recebidas da mesma forma no contexto privado e público (BRASIL, 2004a).

Gonçalves (2005) e Pereira (2006) destacam o PAISM como um programa que se centrou mais no aspecto biológico da mulher e distanciando-se da visão da mulher como um ser biopsicossocial e espiritual, dissipando assim o atendimento de forma generalista as suas necessidades de vida.

Com tudo isso, as mulheres reivindicaram durante todas essas décadas o direito a integralidade e de ser incluídas no contexto social, psicológico e emocional, e desta forma serem atendidas em qualquer esfera do governo e em qualquer nível de atenção à saúde em sua totalidade. Em termos pragmáticos, a exigência ao profissional de saúde em relação a essa problemática, era no sentido de conceder à mulher todos os direitos, não apenas de ser vista como um corpo que comportaria um espaço para conceber, mas como um ser completo que está vivendo um momento emocional específico, de forma integral.

Desde 1980 com implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) muitos modelos de saúde foram construídos em defesa da vida e da saúde da população. A enfermagem com suas bases teórico-práticas tem subsidiado o trabalho do enfermeiro para atuar na Atenção Básica e em Programas de Assistência nas Unidades de Saúde desde sua implantação.

O papel do enfermeiro na Atenção Básica é de fundamental importância para a aplicação e desenvolvimento de estratégias e ações, sendo um dos alicerces de fortalecimento da Política do Sistema Único de Saúde onde traz em sua formação o atendimento integralizado (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde seguindo a Resolução CNE/CES Nº 3/2001 em relação à formação do egresso/profissional, recomenda que atenda as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista e reflexiva. Destaca a importância de que o profissional atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

As mudanças ocorridas nos últimos anos trazem uma nova reflexão sobre os currículos e os projetos pedagógicos das universidades, os quais podem ajudar na melhoria da formação do enfermeiro, propiciando dessa forma, uma nova estruturação no atendimento, condicionando o profissional de saúde para um profissional social, preocupado com aspectos relativos às questões de comunicação, respeito pela autonomia do cliente e a valorização das ações preventivas, educativas e de continuidade.

Na discussão histórica sobre a inserção social da mulher, nota-se a desvalorização e subordinação a que sempre foi submetida no decorrer dos anos. Atualmente, é crescente a preocupação com aspectos relativos à comunicação, respeito pela autonomia e valorização das ações preventivas e que chamam a atenção a um atendimento universal e integralizado ao gênero feminino (DEL PRIORE, 1992; LABRA, 1989 e MINAYO, 1993).

O relatório do Pew Health Professions Commission de 1991 apontou a necessidade de mudanças no ensino os quais deverão ser mais voltadas as prevenções. O ensino de Graduação em Enfermagem buscou na implementação das Diretrizes Curriculares, os conteúdos direcionados aos determinantes socioculturais e econômicos do processo de transformação e mudanças na melhoria da saúde e da vida, uma educação voltada a prevenir agravos.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Analisar a formação e atuação do enfermeiro no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher na atenção básica na saúde.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apontar segundo a percepção dos enfermeiros as ações desenvolvidas nas UBS relativas ao PAISM;
- Identificar e discutir a visão do enfermeiro sobre o papel de sua formação para a atuação no PAISM na UBS;
- Levantar sugestões para aprimoramento da formação do enfermeiro na assistência no PAISM.

## **3. METODOLOGIA**

No que se refere à atenção básica em saúde, o Distrito Sanitário Sul de Manaus possui um dos maiores quantitativos de UBS e de profissionais enfermeiros da rede, tem um aporte funcional e estrutural bem distribuído e com uma demanda que atende a população não apenas de sua zona distrital, mais também de usuários das demais zonas da cidade, não só pelo suporte já mencionado, mas pela diversidade de serviços ofertados e localização geográfica, pois recebe acesso rodoviário de todos os pontos da cidade.

No período da coleta estavam atuando 24 enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde e 1 enfermeiro na Policlínica, dos 30 enfermeiros lotadas nessas unidades, 2 estavam de licença prêmio, 1 de licença médica e 2 recusaram-se a participar. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado, conduzida no local de trabalho dos entrevistados, após a concordância em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4. RESULTADOS

##### **Percepção dos enfermeiros as ações desenvolvidas nas UBS relativas ao PAISM**

Os dados da Tabela 1 possibilitam identificar a ênfase nas questões da saúde reprodutiva, da prevenção do câncer de mama e do colo uterino.

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento da expertise (CECCIM, 2005).

Os treinamentos e cursos realizados pelos profissionais foram em sua maioria, direcionados ao ciclo gravídico puerperal, limitando-os quanto ao conhecimento e prática relacionados aos outros seguimentos do ciclo de vida da mulher, deixando clara a importância a ser dada quanto a busca no aprofundamento do preparo do enfermeiro que presta assistência à saúde da mulher.

**Tabela 1 – Temas das atualizações referidas pelos enfermeiros na assistência à saúde da mulher no DISA Sul de Manaus.**

<b>Cursos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
DST/HIV	12	12,5
Aleitamento materno	3	3,1
Hepatites virais	3	3,1
Inserção de DIU	1	1,0
Cursos sobre o SUS/Políticas do Ministério da Saúde	1	1,0
Prevenção de contaminações no atendimento	1	1,0
Hiperdia	2	2,1
Imunização	4	4,2
Atenção básica na saúde da mulher	3	3,1
Notificação de gestantes com HIV	1	1,0

Planejamento familiar	10	10,4
Pré-natal	20	20,8
Prevenção de câncer de colo uterino	10	10,4
Prevenção do câncer de mama	9	9,4
Puerpério	3	3,1
SISPrenatal	1	1,0
Coleta de preventivo	12	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

De acordo com o Manual de Pré-Natal e Puerpério do MS *apud* Primo, Bom e Silva (2008), o enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar que presta assistência na AB, estando capacitado para exercer assistência direta à saúde da mulher. Como parte integrante da equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família (PSF) assim como nas UBS, o enfermeiro assumiu todas as atividades propostas pelo Ministério da Saúde no atendimento à Saúde da Mulher e também, cargos de coordenação nas unidades de saúde, projetos especiais além de outras atividades administrativas. Os autores ainda completam que a qualificação profissional através de cursos de pós-graduação é uma forma de trazer conhecimentos não obtidos na graduação e que vão contribuir para qualificar a prática profissional dos enfermeiros que lidam diretamente com a saúde da mulher.

Nota-se também a presença de atividades em educação em saúde, evidenciado pela frequente citação de palestras educativas, o que é importante uma vez que a educação em saúde é um processo de iniciativa de mudanças para indivíduos e grupos, com intuito de despertar um olhar para solução dos problemas apresentados pela população (BICCA e TAVARES, 2006).

O MS preconiza o atendimento em todo ciclo vital da mulher, dimensionando a equidade, integralidade e universalidade na assistência em todas as ações. Nesta pesquisa, pode ser verificado que nas unidades básicas de saúde onde se deu as entrevistas, o grande mérito do atendimento está voltado ao ciclo gravídico puerperal, não atendendo as demais áreas de atenção a saúde mulher.

## **Visão do enfermeiro sobre o papel de sua formação para a atuação no PAISM na UBS**

De acordo com Silva e Sena (2006), o processo de formação do enfermeiro vem passando por transformações ao longo dos anos, apresentado novas formas de construção do conhecimento, forçando mudanças nesse processo para um melhor atendimento a população devido às necessidades, e essas mudanças têm levado os enfermeiros a apresentar uma postura da melhoria na sua formação com o uso de instrumentalização para a intervenção na realidade dos agravos, resultando num profissional mais crítico-reflexivo do que tecnicista. O Quadro 1 retrata a percepção de alguns dos entrevistados.

**Quadro 1 – Contribuição da Graduação na Formação do Enfermeiro para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os Enfermeiros do DISA SUL de Manaus.**

<b>Categorias</b>	<b>Unidade de Significação</b>
Normatizações.	Diretrizes do SUS e dos programas.
	Protocolos de atendimento.
	Políticas e direitos das mulheres.
Saúde reprodutiva.	Saúde reprodutiva.
Lacunas para a prática profissional.	Atividades práticas insuficientes.
	Necessidade de aprofundamento.
	Necessidade de buscar formação.
	Avaliação da paciente.
Anatomia e fisiologia da mulher.	Anatomia e fisiologia da mulher.
Atendimento em todos os ciclos de vida.	Atendimento em todos os ciclos de vida.
Atendimento em todo o modelo de atenção.	Atendimento em todo o modelo de atenção.

A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado, vislumbrando projetos para intervenções concretas no campo das práticas em saúde.

A preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepôs a reflexões e discussões em que os profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres.

O estímulo ao aprimoramento multiprofissional a qualificar-se para atender a sociedade que busca na atenção básica, o primeiro portal para uma vida de saúde

e dignidade, leva a certeza da necessidade de investimento na Educação Continuada como fator de mudança na prestação da assistência.

### **Sugestões para aprimoramento da formação do enfermeiro para assistência no PAISM**

As principais sugestões para aprimoramento da formação destes profissionais estão resumidas no Quadro 2.

#### **Quadro 2 – Sugestões de Atividades Formativas para a Assistência à Saúde da Mulher segundo os Enfermeiros do DISA SUL de Manaus.**

<b>Categorias</b>	<b>Unidade de Significação</b>
Compreender os direitos das mulheres.	Compreender os direitos das mulheres.
Atualização e cursos sobre o tema atenção a saúde da mulher.	Cursos de atualização sobre atenção a saúde da mulher
Atualização sobre protocolos de atendimento.	Atualização sobre protocolos de atendimento.
Atualização sobre políticas de atenção a saúde da mulher.	Atualização sobre políticas de atenção a saúde da mulher.
Aperfeiçoamento técnico e humanização no atender.	Curso sobre referência e contra referência.
	Curso que fizesse a interação dos profissionais, médicos e enfermeiros.
	Humanização no atendimento.
	Cursos sobre o atendimento de pessoas.
Atividades sobre pontos específicos de saúde da mulher.	Tratamento das DST.
	Cuidados com a gestante.
	Sexualidade na adolescência.
	Planejamento familiar.
	Atenção a saúde no climatério.
Ações do enfermeiro no câncer.	Coleta de material.
	Exame de mamas.
	Atuação no câncer em geral.

A Educação Permanente está prevista no plano de ação do PNAISM, (Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher) diante das necessidades de melhorias no atendimento de saúde. Ele aparece como uma estratégia de ação para assegurar melhores “condições de vida e saúde das mulheres” já que o direito a vida e a saúde são direitos humanos fundamentais. Esta alternativa pode ser utilizada em qualquer política setorial e consegue

alcançar todas as categorias profissionais, devido ao seu teor multiprofissional (BRASIL, 2004b).

O direito a saúde vai muito além da cura da enfermidade, pois esse direito implica em bem-estar físico, emocional e mental de cada pessoa.

Humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica, permitindo compreender a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido. Os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem são fundamentais para a humanização (CASATE, CORRÊA, 2005).

O aprendizado de um profissional, utilizando as práticas de humanização dentro das metas da Política de Humanização preconizadas pelo MS, faz parte da qualificação na assistência relacionada ao atendimento da mulher.

## **5. RECOMENDAÇÕES**

A realização deste estudo buscou responder questionamentos sobre a ação do profissional enfermeiro na atenção básica a saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde, considerando o **Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM)**.

Destaca-se não somente que estes profissionais não conhecem completamente as ações a serem realizadas e esperadas na realização do PAISM, mas se pode observar que o cuidado prestado às mulheres, tem sido focalizado em temas relativos em sua essência a saúde reprodutiva.

Na vertente que se quer ampliar esse atendimento a mulher como um ser completo, se faz necessário repensar a visão de assistência da saúde da mulher envolve não apenas os aspectos voltados a gestação, mas o leque de ações que envolvem o ser feminino.

A busca por uma melhor qualificação tende a procurar nos cursos de especialização, residência, mestrado, o apoio técnico que ainda falta para se trabalhar nessa área, dando ênfase a educação permanente.

Os enfermeiros compreendem o seu papel quanto aos aspectos da qualidade da assistência, destacam temas importantes para atualização, e sabem de sua grandiosa contribuição de sensibilizador e referência dentro das unidades de saúde. Mas deixam também claro a fragilidade no aprofundamento dos temas referente a todos os eixos do ciclo de vida da mulher incluindo seus direitos sociais e humanos, e destacam necessidade da articulação entre teoria e prática.

Tais informações podem contribuir com o planejamento e implementação de estratégias de saúde e qualificação dos profissionais para o PAISM – oficinas, rodas de conversa, seminários, pós-graduação, encontros - sendo um eixo esclarecedor para as ações não só dos enfermeiros, mas dos demais profissionais. Trabalhar com a qualificação, não apenas com os enfermeiros do DISA Sul, mas também servindo de alicerce para essas ações com os enfermeiros dos demais distritos de saúde de Manaus, permitindo corrigir as lacunas encontradas, melhorar a assistência e minimizar os agravos e doenças com acometem a mulher.

Em um contexto geral, observou-se a importância e a necessidade da Educação Permanente aplicada a temas voltados a assistência prestada à população pelos multiprofissionais na área de saúde, ficando a cargo das instituições de ensino e secretarias de saúde realizar parcerias conjuntas para aplicabilidade do aprimoramento do profissional de saúde na prestação da assistência oferecida à população, devendo ser feito anualmente um levantamento, identificando as necessidades dessas qualificações a serem oferecidas não só ao profissional enfermeiro, mas a todos os profissionais da rede de saúde proporcionando um melhor atendimento à população em geral.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. 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 à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama**. Caderno de Atenção Básica. Brasília - DF, n.13, 2006b. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_atencao\\_basica.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atencao_basica.pdf). Acesso em: 10 de abr de 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminho para educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília-DF. 2004a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf). Acesso em 02 de fev. de 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF), 2004b.

BICCA, L.H; TAVARES, K.O. A atuação da enfermeira no programa saúde da família: uma breve análise da sua prática assistencial. **Revista Nursing**, v.92, n.9, Janeiro, 2006.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino Am Enferm.**, Univ. de São Paulo, v.13, n.1, jan-fev, 2005, p.105-111.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e Necessário. **Interface**. Comunic. Saúde e Educ., v.9, n.16, p.161-77, set., 2004/ fev. 2005.

DEL PRIORE, M. **A mulher na história do Brasil**. 3 ed. São Paulo: Contexto, 1992.

GONÇALVES, R. **Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia** (Tese de Doutorado). 2005. Ribeirão Preto(SP):Esc. Enfer./USP, 2005.

LABRA, M.E. (Org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

MINAYO, M.C.S. e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3):239-262, jul/set., 1993.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Brasil. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. Resolução CNE/CES, n.3, de 7 de nov. de 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>. Acesso em: 28 ago. 2012.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA H.C.H.; CEZAR-VAZ, M.R. **Inserção da mulher climatérica nas políticas públicas da saúde**. Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador (BA): ABEn, 2006, out. 21-26. p.134.

PRIMO, C.C; BOM, M.; SILVA, P.C. Atuação do Enfermeiro no atendimento à Mulher no Programa Saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1): 76-82.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.4, jul/ago. 2006.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1

## PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Lêda Cristina Rodrigues França

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

**CAAE:** 06025812.2.0000.5505

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 73024

**Data da Relatoria:** 13/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

A Política de Atenção a Saúde que redireciona todas as ações de saúde alicerçou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher buscando desenvolver estratégias e ações, sejam educativas, de diagnóstico, tratamento e recuperação voltados a assistência à mulher como um todo. Assim, a saúde da mulher por meio desse programa, passou a ser concebida de forma ampliada abrangendo o conceito da integralidade. O presente trabalho tem por objetivo geral analisar a formação do enfermeiro para atuar no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) na Atenção Básica em Saúde.

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa a ser desenvolvida no Distrito Sanitário Sul de saúde na cidade de Manaus com os enfermeiros da atenção básica que atuam em UBS. Será aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas ao universo de enfermeiros e realizada uma entrevista de aprofundamento com uma amostra representativa dos mesmos.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a formação do enfermeiro para atuar no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher na atenção básica na saúde.

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar a concepção do enfermeiro atuante em UBS sobre o PAISM; - Apontar, na percepção dos enfermeiros, as ações desenvolvidas nas UBS relativas ao PAISM; - Identificar e discutir a visão do enfermeiro sobre o papel de sua formação para atuação no PAISM na UBS; - Elencar as lacunas e os pontos fortes percebidos pelos enfermeiros na sua formação para atuar no PAISM; - Levantar sugestões para aprimoramento da formação do enfermeiro para assistência no PAISM.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo, sem procedimento invasivo

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa envolvendo questionários aplicados a uma amostra de enfermeiros. Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando o instrumento utilizado na coleta de dados. Apresenta carta de aprovação do CEP da Prefeitura de Manaus, para condução deste estudo.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto encontra-se adequada. Apresenta TCLE contemplando a resolução 196/96

**Recomendações:**

Nada consta

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há impedimento ético para condução do estudo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acata o parecer do relator  
Projeto aprovado

SAO PAULO, 13 de Agosto de 2012

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana

## ANEXO 2

### TERMO DE ANUÊNCIA SEMSA



Manaus, 16 de Julho de 2012

#### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada "**Formação do enfermeiro para atuação em Atenção Básica no programa de Atenção Integral à saúde da mulher (PAISM)**" de responsabilidade das pesquisadoras **Lêda Cristina Rodrigues França e Irani Ferreira da Silva Gerab** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento buscar orientar-se com o item VII.14, da Res. CNS n.º 196/96, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no CONEP.

  
Nora Ney Soares de Almeida  
Coordenadora da Comissão de Ética em  
Pesquisa - COEP/SEMSA

**ANEXO 3**  
**COMUNICADO DE AUTORIZAÇÃO**

PREFEITURA DE  
**MANAUS** | Saúde



Manaus, 10 de dezembro de 2012

**COMUNICADO**

Comunicamos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **"Formação do Enfermeiro para atuação em Atenção Básica no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)"** de responsabilidade das pesquisadoras **Lêda Cristina Rodrigues França e Iraní Ferreira da Silva** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA e se desenvolverá em 17 UBS do Distrito de Saúde Sul, no período de 10 de dezembro de 2012 a 10 de fevereiro de 2013.

Nora Ney Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa

COEP/SEMSA



ANEXO 4  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO SUL

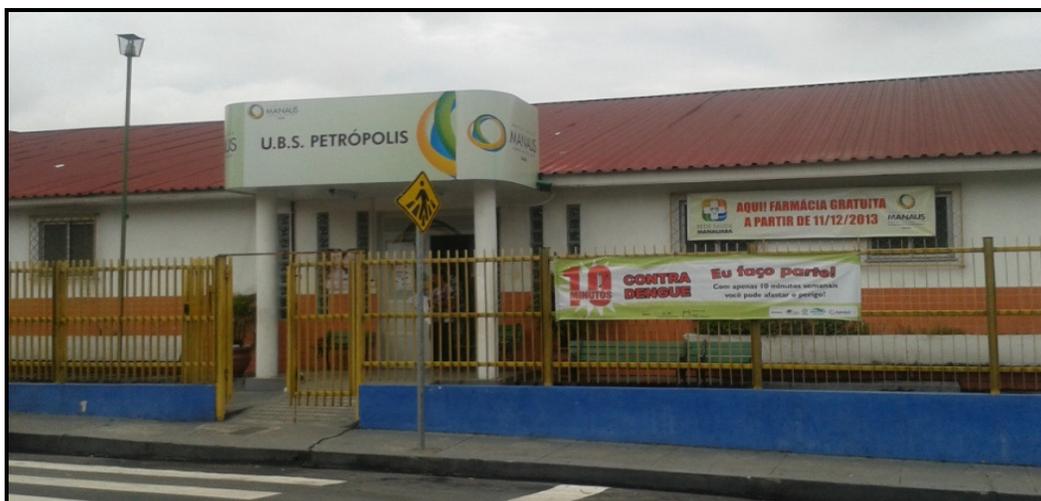


Figura 1: UBS Petrópolis  
Fonte: arquivo pessoal, 2014.



Figura 2: UBS Santa Luzia  
Fonte: arquivo pessoal, 2014.

## UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO SUL



**Figura 3: UBS Morro da Liberdade**  
Fonte: arquivo pessoal, 2014.



**Figura 4: UBS São Francisco**  
Fonte: arquivo pessoal, 2014.