



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

ANA LUIZA BARRETO ZAPPONI

**O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DA MULHER –
INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA?**

Rio de Janeiro
Novembro de 2012

ANA LUIZA BARRETO ZAPPONI

**O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DA MULHER –
INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA?**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Florence Romijn Tocantins

Rio de Janeiro,
Novembro de 2012

Z35 Zapponi, Ana Luiza Barreto.
O enfermeiro na atenção primária a saúde da mulher-integralidade da assistência? /
Ana Luiza Barreto Zapponi, 2012.
64f. ; 30 cm

Orientador: Florence Romijn Tocantins.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Câncer - Enfermagem. 2. Mamas - Câncer. 3. Mamas - Doenças - Diagnóstico.
4. Enfermagem de atenção primária. I. Tocantins, Florence Romijn. II. Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Cur-
so de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73698

O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DA MULHER – INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA?

ANA LUIZA BARRETO ZAPPONI

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora de Qualificação no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Presidente: Prof^a. Dr^a. Florence Romijn Tocantins

1º Examinador

2º Examinador

Dedicatória

A minha mãe TÂNIA pelo seu amor e apoio incondicional, pela paciência em lidar com o meu mau humor, ansiedade e nervosismo. Você é o meu exemplo de superação, força, fé e otimismo por tudo o que vivenciou ao longo da sua vida assim como pelo processo e tratamento do câncer de mama. Te amo.

Agradecimento Especial

À minha querida orientadora FLORENCE. Obrigada por tudo que aprendi com você, seja na vida acadêmica, profissional e pessoal. Com você aprendi a refletir, fundamentar as minhas opiniões, pensar antes de falar, ouvir e saber quando devemos agradecer a alguém ou não. E sei que este é um desses momentos onde devo te dizer MUITO OBRIGADA.

RESUMO

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. **O enfermeiro na atenção primária a saúde da mulher – integralidade da assistência?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro –UNIRIO, 2012.

Esta investigação tem por objetivos: identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher, analisar a intencionalidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher como estratégia para detecção precoce de anormalidades na mama e discutir sob a ótica da integralidade na assistência a saúde da mulher a detecção precoce do câncer de mama. Metodologicamente caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, com abordagem apoiada na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. O estudo foi desenvolvido em unidades básicas de saúde: Centros Municipais de Saúde e Estratégias da Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que desenvolvem ações voltadas para a saúde da mulher no contexto da atenção básica. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista abordando a situação biográfica dos entrevistados, as atividades desenvolvidas no atendimento à mulher e uma questão fenomenológica: O que você tem em vista ao assistir a mulher na Unidade Básica de Saúde? A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-RJ e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Como resultados identificou-se que as atividades-ações desenvolvidas pelo enfermeiro que atende a mulher na atenção básica de saúde são: ações de encaminhamento, ações educativas e ações voltadas ao corpo físico. Da análise dos *motivos para* destas ações emergiu uma categoria concreta do vivido que permitiu identificar que o típico da ação do enfermeiro que assiste a mulher na atenção básica é evitar problemas de saúde da mulher. Esse típico da ação focaliza a mulher mediante ações de prevenção secundária voltada predominantemente para um corpo físico grávido. Esta perspectiva localiza as ações assistenciais centradas no aparelho reprodutivo da mulher-gestante e não na mulher como cidadã. Destaca-se neste sentido que o enfermeiro ao assistir a mulher não tem como ação profissional a detecção precoce de anormalidades na mama. O enfermeiro como um profissional participante da equipe multiprofissional, deve engajar-se na luta pela concretização da integralidade na rede básica de saúde, reconhecendo a mulher cidadã como usuária do serviço de saúde na sua concepção ampla.

Descritores: câncer de mama, diagnóstico precoce, enfermagem de atenção primária

ABSTRACT

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. **The nurse in primary health of women – completeness of assistance?** Dissertation (Master in Nursing). Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro –UNIRIO, 2012.

This research aims to: identify the actions performed by nurses in comprehensive care to women's health, analyze the intentionality of actions performed by nurses in comprehensive care to women's health as a strategy for early detection of abnormalities in the breast and discuss the perspective of integral care to women's health early detection of breast cancer. Methodologically characterized by a qualitative research approach supported with the phenomenology of Alfred Schutz. The study was conducted in primary health care: Municipal Health Centres and Family Health Strategies. The research subjects were nurses who develop actions for women's health in the context of primary care. As an instrument for data collection was used a structured interview addressing the biographical situation of respondents, the activities in care for women and a phenomenological question: What do you have in mind when watching the woman in the Basic Health Unit? The study was approved by the Research Ethics Committee of the Municipal Health and Civil Defense-RJ and the Ethics Committee of the Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO. The results identified that the activities, actions taken by the nurse that serves women in basic health care are: actions of routing, educational activities and actions for the physical body. Analyzing the reasons for these actions emerged a category of concerted lived which identified that the typical action of a nurse who assists women in primary care is to prevent health problems of women. This typical action focuses on women through secondary preventive actions geared predominantly to a physical pregnant. This perspective finds the actions focused on reproductive health care of pregnant women and not in woman as a citizen. It is noteworthy in this regard that the nurse to assist the woman has no professional action as early detection of breast abnormalities. The nurse as a professional participant of the multidisciplinary team, must engage in the struggle to realize the completeness of basic health, recognizing the woman as citizen health service users in its broad conception.

Keywords: breast neoplasms,early diagnosis,primary care nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Considerações Iniciais	11
1.2 Questão Norteadora	15
1.3 Objetivos	15
1.4 Justificativa do estudo	15
2. CONCEPÇÕES CENTRAIS	18
3. ENCAMINHAMENTO TEÓRICO METODOLÓGICO	22
3.1 O referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz e sua articulação com a temática em estudo	23
3.2 Trajetória da pesquisa	27
3.3 Aspectos Éticos	29
4. RESULTADOS	30
4.1 Situação biográfica dos enfermeiros entrevistados	30
4.2 Ações desenvolvidas pelos enfermeiros	32
4.2.1 Ações de encaminhamento	32
4.2.2 Ações educativas	33
4.2.3 Ações voltadas ao corpo físico	33
4.3 As categorias concretas do vivido	38
4.4 O típico da ação	40
5. DISCUSSÃO DO TÍPICO DA AÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA	41
5.1 Necessidade de saúde e a ação profissional	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	56
I. Roteiro de Coleta de Dados	56
II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	57
III. Quadro ações desenvolvidas pelo enfermeiro	58

IV. Quadro dos <i>motivo-para</i>	61
ANEXOS	63
A- Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ	63
B - Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO	64

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

Fundamentada na minha experiência como bolsista de Iniciação Científica durante dois anos, com uma pesquisa epidemiológica focada na análise do câncer de mama e colo uterino, foi possível identificar que o aumento da incidência e mortalidade por câncer de mama tem origens além dos fatores de risco, da disponibilidade dos serviços de saúde e desenvolvimento econômico e social dos países.(CORBELLINI, 2001)

Entendo que embora se conheça os fatores de risco, o câncer de mama não pode ser evitado. Porém a descoberta do câncer de mama em suas fases iniciais proporciona elevadíssimas chances de cura para o cliente e, na maior parte dos casos, permite oferecer tratamento não mutilador.(PECORELLI, 2003) O câncer de mama corresponde por 22% dos casos novos a cada ano no Brasil (INCA, 2010). O padrão de mortalidade por câncer de mama permanece elevado no Brasil pelo fato do diagnóstico ser estabelecido na fase tardia da doença (ABREU, KOIFMAN, 2002) com o câncer já em estadiamento III e IV da doença (THULER, 2005). Esse fato pode estar relacionado a uma política ineficaz de controle e rastreamento da doença, que tem a mamografia, aliada ao exame clínico das mamas e ao auto-exame, seus instrumentos fundamentais.(ABREU, 2002; THULER, 2003)

O câncer de mama é um problema de saúde pública no Brasil e um desafio que vem representando para o sistema de saúde no sentido de se garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença. A adoção de práticas que contemplasse o diagnóstico precoce possibilitou uma mudança na tendência da taxa de mortalidade, reduzindo em aproximadamente 30% das mortes por câncer de mama nos últimos anos em países como Estados Unidos e o Reino Unido.(KEMP *et all.*, 2002) O rastreio pela mamografia em todo o país atingindo a maioria da população associado com acompanhamento anual dos profissionais com essas mulheres pode ser a resposta para a redução na mortalidade por câncer de mama.(AAROE, 2010; MAI, 2009) Porém, esse padrão não se enquadra ao Brasil nem aos países em desenvolvimento.

Diferentemente dos países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Noruega, Dinamarca, entre outros, onde há um aumento da incidência do câncer e redução da mortalidade por esta causa, o Brasil apresenta um aumento da incidência dos casos de câncer

de mama associado com o aumento da mortalidade. Tal efeito é alarmante uma vez que o câncer de mama é uma das doenças, como também o de colo uterino, que por exames relativamente simples, pode ser detectado ainda no início do seu desenvolvimento contribuindo favoravelmente para o aumento da sobrevida e da qualidade de vida.(BRASIL, 2002)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2007) tem como proposta enfatizar a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. A PNAISM destaca que o câncer de mama é diagnosticado tardiamente em 60% dos casos e mudar essa situação é um desafio necessário já que o diagnóstico precoce aumenta significativamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres. O estadiamento do câncer é baseado na classificação dos Tumores Malignos (TNM), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A letra T da classificação representa a dimensão do tumor, a letra N representa a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais e a letra M informa a presença ou não de metástase a distância. A combinação de diversas subcategorias do TNM (letras e números) determina os estádios clínicos, que variam de I a IV. (BRITO, 2004) No estágio III e IV, mais comumente diagnosticados no Brasil, os tumores apresentam mais de 5 cm em sua maior dimensão.

O diagnóstico precoce, segundo Leavell e Clark (1976), deve-se fazer tão logo o processo da doença seja detectável, no início de patogênese. Para detecção precoce do câncer de mama, recomenda-se rastreamento por meio do exame clínico da mama; rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos; exame clínico das mamas e mamografia anual a partir dos 35 anos para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama e a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Atenta-se ao fato que o exame clínico das mamas é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas independente da faixa etária. A detecção precoce do câncer de mama se insere na prevenção secundária, dita por Leavell e Clark (1976) em que se observa os primeiros estágios de patogênese e as primeiras lesões discerníveis. Neste nível de prevenção devem ser feitas medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos,

pesquisas de triagem, exames seletivos e possui como principais objetivos curar e evitar o processo da doença e evitar complicações e sequelas.

A Atenção Básica à Saúde tem sido considerada um dos pilares da organização de qualquer sistema de saúde, configurando-se como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. O nível básico de atenção à saúde tem um grande potencial de resolver parte significativa das queixas/demandas apresentadas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) A Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2006) apresenta em um dos seus fundamentos, efetivar a integralidade, em seus vários aspectos, buscando a ação interdisciplinar e em equipe. A integralidade nesse sentido é o cuidado integral, da promoção da saúde à cura e à reabilitação permitindo que o usuário do Sistema Único de Saúde, obtenha além da atenção à doença, um atendimento digno e atenção integral para caminhar em direção à promoção de saúde. Essa preocupação deve estar presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde em qualquer nível de atenção e, em especial na atenção básica. (GARCIA, EGRY, 2010) Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2006), cabe ao enfermeiro realizar a assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano. A Atenção Básica configura-se através das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias da Saúde da Família. Cabe aos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, a partir do atendimento integral empoderar a mulher quanto sua saúde e seu corpo. Com este entendimento o profissional, nas consultas voltadas a saúde da mulher, quanto o usuário possam ser capazes de detectar precocemente anormalidades na mama da mulher que possa ser eventualmente a fase inicial do câncer de mama. A detecção precoce deve ser descoberta neste nível de atenção para evitar a detecção no estágio avançado, já que neste estágio favorece para a mortalidade por esta causa específica. Ainda mesmo neste nível de atenção a relação profissional-usuário de saúde se faz presente em condições que possibilita um vínculo sem necessariamente a mulher estar doente ou não, criando uma relação de corresponsabilidade e permitindo o protagonismo desta mulher perante a sua saúde.

Vale ressaltar que neste nível de atenção, a ideia de *resolver* não se restringe à elaboração de um diagnóstico de doença ou disfunção no corpo e oferta dos tratamentos correspondentes. A atenção básica visa também, além do manejo específico dos agravos, ações de prevenção e promoção de saúde, identificação de necessidades que devem ser respondidas por outros serviços que não os da rede de saúde, e a referência do usuário a níveis mais complexos do sistema. Para que o nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação ativa entre provedor e usuário (TEIXEIRA,

2005), sob forma de acolhimento – atitude do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas –, e cuidado – preocupação e responsabilidade pelo outro, o usuário (CAMARGO, 2008). Esta particularidade da atenção básica à saúde – abarcar e buscar responder um grande conjunto de necessidades, por meio do acolhimento e do cuidado – tem sido incorporado à ideia de integralidade, na medida em que aponta para o entendimento de que necessidades de saúde não se remetem a necessidades de cuidados médicos. Necessidades de saúde devem ser compreendidas como os resultados de articulações singulares entre condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um dado momento da vida. (CECÍLIO, 2001)

De acordo com Cecílio (2001), as necessidades de saúde podem ser organizadas em torno de quatro eixos: boas condições de vida, acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida, vínculos com a equipe e com os serviços de saúde e autonomia quanto ao modo de levar a vida. Esta compreensão ampla das necessidades de saúde deve orientar a construção do sentido de integralidade da atenção, fazendo corresponder a oferta de uma atenção integral à busca das respostas possíveis ao conjunto das necessidades de saúde percebidas pelo profissional em cada indivíduo à sua frente. Assim, a concretização da ideia de integralidade exige o reconhecimento de que o usuário que busca o serviço de saúde é um sujeito inserido numa complexa trama psicossocial, na qual sua queixa se inscreve e adquire um sentido particular e único.

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Nesse sentido, é fundamental a ação do enfermeiro durante a consulta de enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, na detecção precoce do câncer de mama, através do acolhimento, no exame clínico das mamas, na educação em saúde, na formação para que ela realize o autoexame das mamas, conhecendo assim o seu corpo e conseqüentemente a sua saúde e a anamnese visando a integralidade da assistência. Segundo a PNAISM a humanização e a qualidade da atenção 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 à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. O enfermeiro participa como um integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência. (COFEN, 2007)

A partir destas situações, comecei a me perguntar: Como ocorre a integralidade da assistência à saúde da mulher na atenção básica a saúde? Esta integralidade da assistência contribui para a detecção precoce do câncer de mama? De que forma o enfermeiro participa na detecção precoce do câncer de mama?

1.2 Questão Norteadora

A questão que fundamenta o desenvolvimento deste estudo é: Como a ação do enfermeiro na integralidade da assistência à saúde da mulher contribui para o diagnóstico precoce de anormalidades na mama?

Objeto de Estudo

O objeto deste estudo é a integralidade da assistência como estratégia para a detecção precoce de anormalidades na mama.

1.3 Objetivos

Para atender ao objeto de estudo proposto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher.
- Analisar a intencionalidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher como estratégia para detecção precoce de anormalidades na mama.
- Discutir sob a ótica da integralidade na assistência a saúde da mulher a detecção precoce do câncer de mama

1.4 Justificativa do estudo

O Sistema Único de Saúde enfatiza a prioridade dos cuidados primários como direito de todos, possibilitando o acesso universal às ações básicas necessárias para um cuidado integral da saúde; a proximidade, a participação e a relevância pública dos serviços responsáveis por essas ações. (JUNGES, 2009)

Assim, considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seu artigo 196 e a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a universalidade do acesso, a integralidade das ações, a descentralização dos serviços, a relevância pública das ações e dos serviços e a participação da comunidade são as bases coletivas do Sistema Único de Saúde, como efetivação do direito à prestação de bens e serviços que concretizam a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Aponta-se aqui que a integralidade, a partir da Constituição de 1988, não se coloca mais como norteadora de uma reforma, mas é prevista como lei, ou seja, constitui-se como um discurso do Estado, uma política pública deste, uma norma que garante o direito à saúde.

O câncer de mama é uma patologia altamente significativa, já que se torna cada vez mais comum entre as mulheres. O sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter de acolher um tratamento difícil transcende ao sofrimento configurado pela doença em si. É um sofrimento que comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher.

A mulher possui subjetividades e representações no meio que vivemos, sendo necessário ter estratégias e ações para atuar nesse contexto bio-psico-social. (GUARESCHI, MEDEIROS; 2009) O rastreamento do câncer de mama acontece na relação entre a captação das mulheres para a Unidade Básica de Saúde, a atuação dos profissionais nas Unidades Básicas com as usuárias do Sistema Único de Saúde e o diálogo participativo entre as Unidades Básicas de Saúde com a média e alta complexidade, colocando na prática a concepção da integralidade da assistência. Destaca-se que as publicações científicas reafirmam a importância da participação das mulheres como protagonistas de sua saúde, englobando o conhecimento do seu corpo. Essa participação implica, conseqüentemente, no (re)conhecimento de alterações que encaminham eventualmente ao diagnóstico precoce do câncer de mama, tendo o profissional de saúde um importante aliado neste processo. Isto implica a necessidade do diálogo ativo – acolhimento – entre provedor e usuário, e o reconhecimento, por parte de ambos, das possibilidades de resposta do serviço – o cuidado. Por outro lado o Ministério da Saúde preconiza os procedimentos mamografia e exame clínico das mamas como os principais aliados ao ato do diagnóstico precoce do câncer de mama. A detecção precoce do câncer de mama deve englobar a assistência integral dos serviços de saúde. É importante conhecer quem efetivamente é o sujeito do cuidado, para que a

assistência possa ser oferecida de forma eficaz e satisfatória. É importante não negligenciar o entendimento de que o foco do trabalho em saúde é o cuidar. O cuidado nessa perspectiva possui a conformação humanizada do ato assistencial, distinguido-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. (AYRES, 2004) A integralidade no cuidar mostra-se no entendimento de que os profissionais devem ter do usuário como sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido. (GARCIA, EGRY, 2010) Reconhecer a relevância da perspectiva da integralidade na assistência à saúde da mulher, que implica no envolvimento do sujeito da atenção, o profissional de saúde com destaque para o enfermeiro, deve se fazer presente não apenas em situação de doença. Este aspecto aponta para importância de investigar ações profissionais desenvolvidas na realidade concreta da atenção primária voltadas para a saúde de grupos da população.

2. CONCEPÇÕES CENTRAIS

Este momento foi desenvolvido tendo como concepções centrais: Integralidade da Assistência, Atenção Básica e Promoção da Saúde.

A integralidade, enquanto princípio doutrinário está descrita na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90) como um *conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema*. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) Nesta descrição, duas dimensões da integralidade aparecem: a articulação entre os serviços e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência. (SCHRAIBER, 1999; TEIXEIRA, 2003)

MATTOS (2009), afirma que a integralidade em uma primeira aproximação é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. No entanto, a integralidade faz-se presente como uma diretriz do SUS definida constitucionalmente.

“Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.” (MATTOS, 2006)

A integralidade perpassa por três sentidos. No primeiro conjunto de sentidos a integralidade se relaciona como um valor a ser sustentado, um traço da boa medicina. Ou seja, consiste em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste. (MATTOS, 2006) A integralidade neste sentido está presente na conversa entre o profissional de saúde e o usuário que procurou o serviço de saúde, buscando reconhecer as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. No segundo conjunto de sentidos, a integralidade requer a ‘horizontalização’ dos programas de saúde antes ‘verticalizados’ pelo Ministério da Saúde, ultrapassando a concepção de fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. O terceiro conjunto de sentidos da integralidade diz respeito às

políticas desenhadas para dar resposta a um determinado problema de saúde ou aos problemas que afligem certo grupo populacional. Esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. (MATTOS, 2006). O enfoque neste estudo foi o primeiro conjunto de sentidos da integralidade proposta por Mattos (2006), definida como integralidade da assistência.

A integralidade da assistência à saúde consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral. No que concerne à integralidade, como princípio do SUS, devemos visualizar a "pessoa como um todo" e que suas necessidades sejam assistidas através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, além da cura e reabilitação; com a articulação intersetorial, interdisciplinar, intergovernamental e institucional, com o intento de melhorar os níveis de saúde e a qualidade de vida das pessoas. (XIMENES NETO, CUNHA, 2006) O entendimento da integralidade passa a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário. (BRASIL, 2006)

Esse princípio é um dos mais preciosos termos para demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas. Percebe-se que o princípio da integralidade só é possível através de um olhar atento, que possibilite apreender as necessidades das ações levando em conta a contextualização, configurando-se de maneira a organizar e articular os sistemas de serviços em todos os seus níveis de complexidade.

A integralidade envolve a assistência realizada pelos profissionais de saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas como conceito estrutural e constituinte nas práticas de produção do cuidado tendo uma ação interativa entre o

profissional de saúde e o sujeito do cuidado. Estas ações visam atingir a população através da intervenção nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde. Para tanto é necessário ter um sistema de saúde centrado no usuário, buscando uma visão direcionada à ideia da totalidade do sujeito, avesso à fragmentação. (FONTOURA, 2006) Para que estas ações culminem com o objetivo proposto há de se ter eficácia na organização das ações e nos modelos de gestão dos serviços. Passa assim, pela formação dos profissionais que atendem no sistema, bem como com o seu compromisso de melhorar a assistência prestada. Para atingir a integralidade da assistência em um plano macro, faz-se necessário perseguir na integralidade no atendimento de cada profissional a cada indivíduo ou comunidade.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011) Tem como um de seus fundamentos a coordenação da integralidade em seus vários dentre eles a integração de ações programáticas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins. (BRASIL, 2006) Além disso, a Política de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2011) reafirma a importância da autonomia dos usuários e coletividades do trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) aponta que o alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, para que as ações não sejam apenas compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário.

Tradicionalmente os sujeitos são ditos como os únicos responsáveis pelas mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida, a partir de uma perspectiva individualizante e fragmentária. (BRASIL, 2006) Contudo, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) afirma a importância da perspectiva ampliada de saúde, como definida no

âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde. As intervenções em saúde ampliam seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2006)

O enfermeiro desenvolve suas ações nos três níveis de complexidade do SUS e, como tal, deve se engajar plenamente na luta pelos valores por ele preconizados, bem como na concretização do princípio da integralidade. (PINHO, SIQUEIRA, PINHO, 2006) Trata-se de um discurso presente na formação de enfermeiro de que o cuidado ao paciente ou cliente deve ser integral e de que suas ações nesse fazer devem ser de totalidade, procurando cuidar sempre de modo holístico. (BRASIL, 2001)

3. ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A busca pela compreensão do significado da ação do enfermeiro na integralidade da assistência à saúde da mulher como condicionante para a detecção precoce do câncer de mama levou-me a eleger a pesquisa qualitativa como base teórico-metodológica para guiar este estudo por ser um tipo de abordagem “...capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (MINAYO, 1999)

Entre as abordagens da pesquisa qualitativa, a fenomenologia se mostrou mais pertinente por mostrar as vivências e experiências de fazer algo a partir de uma experiência concreta, vivenciada no cotidiano.

A fenomenologia, de acordo com Husserl, visa descrever as coisas nelas mesmas, tais como elas se manifestam à consciência. Ela visa desvelar aquilo que está presente naquilo que se mostra à consciência. Desse modo, não se caracteriza por ser um método com fins meramente práticos. Ela se propõe a uma compreensão e interpretação humana tal como ela é vivida e como se apresenta antes de se tornar objeto da percepção científica. (DOMINGOS, 2011) Nesta abordagem, o pesquisador preocupa-se com a natureza do que vai investigar sendo colocadas em suspensão as explicações e teorias ou qualquer indicação que defina previamente o fenômeno. (MARTINS, BICUDO, 2005)

No que se refere ao referencial teórico-metodológico para guiar este estudo, optei pela fenomenologia social de Alfred Schutz por ter como fundamento que em toda ação que o sujeito desenvolve têm um sentido intencional e busca aí atender suas expectativas, suas metas na vida. Contudo este sentido e significado somente o próprio indivíduo pode desvelar. (TOCANTINS, LIMA, 2009) Os motivos de cada sujeito são expressos em ações no mundo da vida natural. Quando os motivos deste sujeito são expressos em ações ao se dirigir ao outro e este do mesmo modo se reporta com uma ação, Schutz (1962) denomina de relação social. A relação social de Schutz pode ser através do modo direto, a partir da relação face a face, e indireto, a partir do anonimato. A relação face a face só pode acontecer quando duas ou mais pessoas compartilham a mesma comunidade de espaço e de tempo. É nela que se pode dar a maior parte de meu intercâmbio social junto aos meus contemporâneos. Para tanto, há de ter

uma direção do eu para o tu e vice-versa, carecendo de interesse, envolvimento, trocas, estabelecendo assim a relação social dita por Schutz. (POPIM, BOEMER, 2005)

A realidade é dada por nós, em formas históricas e culturais de validade universal, mas a maneira em que estas formas são traduzidas em uma individualidade depende da totalidade da experiência de uma pessoa construída ao longo de sua existência. (SCHUTZ, 1962) Assim, Schutz traz a concepção de situação biográfica a qual permite captar a maneira como a pessoa se localiza no campo da ação, interpreta a sua possibilidade e desafios. Vale ressaltar que a situação biográfica tem como característica fundamental o fato de que a qualquer momento em sua vida, o indivíduo tem o que Schutz chama de *estoque de conhecimento à mão* que é composto de tipificações a partir das suas experiências vividas. E é esta bagagem que define os elementos relevantes para uma determinada ação.

Para compreender o fenômeno estudado - o significado da ação do enfermeiro na assistência a saúde da mulher, faz-se necessário voltar à consciência do profissional que realiza a assistência e o cuidado. De acordo com a fenomenologia de Alfred Schutz (1962), apreende-se o significado de uma ação através da apreensão dos *motivos para*. Estes se referem à finalidade de uma ação, ao resultado que se espera alcançar. Os *motivos para* instigam a realização da ação e, portanto, estão dirigidos para o futuro. Assim, a meta consiste em descobrir os motivos que estão impulsionando a ação humana e, ainda assim, cada unidade de ação humana é só um corte que o observador extrai do contexto social total.

Assim, quando o enfermeiro realiza suas ações junto ao próximo, materializa a intencionalidade em forma dessas ações. É mediante a relação com o próximo que é possível estabelecer a integralidade da assistência, fazendo o movimento próprio do mundo profissional em que convivemos (AYRES, 2004). Desse modo, buscou-se nas obras de Schutz fundamentação para compreender o significado da ação do enfermeiro na atenção a saúde da mulher, possibilitando analisar a perspectiva de integralidade da assistência com destaque para a detecção do câncer de mama.

3.1 O referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz e sua articulação com a temática em estudo

Alfred Schutz, importante pensador na área da filosofia e sociologia, nasceu em Viena (Áustria), em 1899, e faleceu em Nova Iorque (EUA), em 1959. Dedicou-se à fenomenologia, à metodologia das ciências sociais e à filosofia de Edmund Husserl, sendo sua principal contribuição o desenvolvimento da filosofia fenomenológica de Husserl como a base para

fundamentar a sociologia da compreensão derivada do trabalho de Max Weber. (SCHUTZ, 1972)

Para Schutz, a fenomenologia social tem como proposta a análise das relações sociais no mundo da vida e como ponto originário a relação intersubjetiva, ou seja, a relação entre sujeitos, pois não há indivíduo que viva isoladamente. (SCHUTZ, 2003) Neste sentido ele afasta-se de Husserl e de outros fenomenólogos que privilegiam a percepção da dimensão transcendental como sendo a mais importante para a fenomenologia e direciona seus trabalhos para ação, uma vez que esta é a raiz das relações humanas.

Ao falar de relação social, Schutz ressalta que esta tem características próprias, cujas ações ocorrem de maneira consciente e intencional, possuindo um significado para o ator. Dessa forma, destaca que o significado tem sempre intenção subjetiva, pois é um ato de atribuição por parte do sujeito e refere-se a uma vivência humana, devendo ser analisado na vida social cotidiana e não na esfera de redução transcendental. (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003) Neste sentido, o aspecto crucial da ação é o seu caráter intencional e de projeção, que tem a sua origem na consciência da pessoa e, como tal, toda e qualquer ação só pode ser compreendida mediante o significado que esta pessoa confere a sua ação – a interpretação do significado de uma ação só pode ocorrer pela subjetividade da própria pessoa. (TOCANTINS, 1993) De acordo com Schutz, a interpretação subjetiva do significado é, sobretudo, uma tipificação do mundo da vida, a forma pela qual as pessoas interpretam o seu próprio agir e o do outro.

Portanto, atribuir significado é uma maneira de olhar para um aspecto de uma vivência que nos pertence, uma vez que minha experiência no mundo se justifica mediante a experiência dos outros com quem estabeleço conhecimentos, atividades e sofrimentos comuns, sendo este mundo interpretado como um possível campo de ação de todos nós. (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003)

Em sua obra, Schutz aponta uma preocupação com a objetividade e a subjetividade nas ciências sociais quando apresenta a questão do “sentido da ação” definida pelo sujeito e a postura do pesquisador. Neste sentido, a preferência pelo aspecto subjetivo é garantia única de que o mundo da realidade não será substituído por um mundo construído pelo pesquisador e que, na verdade, não existe. (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003) Assim, e para compreender o significado da ação de uma pessoa, a preocupação primária deve se referir aos elementos relevantes que esta pessoa confere à sua ação, ou seja, a pessoa é responsável pela definição do significado da ação como da situação da qual ela faz parte.

Ao realizar este estudo em busca da compreensão do significado da ação do enfermeiro na atenção à saúde da mulher, a intenção é buscar o sentido desta ação social expresso pelos enfermeiros a partir de suas vivências no mundo da vida, tal como estes profissionais se apresentam, antes de se tornar objeto de reflexão para o pesquisador.

Schutz destaca que o mundo da vida é o mundo de nossas experiências. Não é meu, nem o seu privado e nem a soma de nossas experiências. É um mundo onde a experiência é comum entre nós, uma vez que somos contemporâneos no tempo e no espaço. É, portanto, um mundo cultural e intersubjetivo, onde as pessoas coexistem de modo consciente e similar (SCHUTZ, 2003) e que se encontra estruturado previamente, antes do nascimento do ser humano, constituindo-se em um cenário onde este vive e interage com os outros, transformando-o continuamente e alterando as estruturas sociais. Assim, a leitura que ele faz da realidade o faz agir de modo natural-modo espontâneo, de se colocar no mundo da vida, manifestando assim sua atitude natural. (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003)

O mundo da vida é a essência da ação social, pois é onde os homens entram em mútua relação, uns com os outros e consigo mesmo. Neste mundo, cada pessoa se insere de maneira própria segundo sua situação biográfica que é única, pessoal e individual. No entanto, como atores do mundo social, dispomos de uma série de conhecimentos que nos estão disponíveis e serão compartilhados com os outros homens. (DOMINGOS, 2011)

Schutz diz que o homem está situado biograficamente no mundo da vida, sobre o qual ele deve agir. (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003) Assim, as novas experiências são determinadas mediante um tipo constituído em experiências anteriores, organizadas em nosso acervo de conhecimentos.

O câncer de mama vivenciado pela mulher se caracteriza, a princípio, como um problema na esfera individual, ela tende a se configurar em conflitos no âmbito familiar e social em decorrência das normas sociais dadas como concretas.

Como diz Schutz, o homem está situado em um contexto histórico e suas experiências estão articuladas às diferentes situações que definem o sentido comum de toda a ação social. Por isso se diz que cada pessoa, durante a sua vida, interpreta o que encontra no mundo segundo as perspectivas de seus próprios interesses e motivos e que a realidade do sentido comum, matriz de toda ação humana, está diretamente relacionada à totalidade da experiência que a pessoa constrói no curso de sua existência (SCHUTZ, 2003).

A ação é uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira consciente e intencional. Ela nunca está isolada, ou desvinculada de outra ação e do mundo de relações. Mas as ações diferem dos atos, pois o ato é algo já realizado e a ação é algo a ser feito. A ação

terá sempre um interesse, uma motivação e uma direção. Ela visa algo para alguém e diz respeito àquilo que virá. Tem uma perspectiva de futuro. Já o ato diz respeito àquilo que já passou (SCHUTZ, 2003).

Ao buscar a fundamentação para a ação, faz-se necessário ir ao encontro da teoria da motivação existencial que inclui as razões para realizar determinada situação, denominadas “motivo para”. Os “motivos para” remetem o homem para um comportamento futuro e estão diretamente relacionados com a sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis no momento da projeção da ação. É uma categoria essencialmente subjetiva e revelada ao observador somente quando este pergunta qual o significado que o ator confere à sua ação. (SCHUTZ, 2003)

Sob esta perspectiva, a ação do enfermeiro voltada para a saúde da mulher na atenção primária traz em si uma atitude reflexiva voltada para uma ação que tem em vista uma intencionalidade ao realizar ações profissionais direcionadas para a saúde da mulher, os “motivo para”. Daí a importância de se buscar o significado desta ação por meio da fenomenologia social, a partir da análise das relações sociais entre sujeitos, entre o enfermeiro e a mulher atendida na atenção primária.

Para interpretar a ação sob o ponto de vista do sujeito como uma característica típica de um grupo social que vivencia o comportamento estudado faz-se necessário realizar a tipificação que é uma elaboração conceitual de segunda potência, pois, quando me volto para refletir sobre uma vivência, estou falando sobre aquela vivência. Todos os conceitos científicos são, portanto, de segunda potência, pois se voltam para o mundo da vida para pensar, refletir, compreender, aclarar e dizer como este mundo foi vivido antes de ser pensado reflexivamente. (DOMINGOS, 2011)

Para Schutz, a fenomenologia se interessa pelo retorno a este mundo da vida que é de domínio público, pois é nele que vivemos, trabalhamos, amamos e nos comunicamos. Ao examinar este vivido, ela o fará mediante suas tipificações concretas da vida cotidiana e não de tipos ideias elaborados pela ciência social como preconizava Weber. Por isso se diz que a fenomenologia social caminha na elaboração das tipificações cotidianas do vivido social, na compreensão do processo intersubjetivo da construção significativa da vida social e na compreensão dos significados da ação.

Para elaborar as tipificações e alcançar a estrutura subjetiva do sentido da ação social, deve-se fazer uso de um esquema conceitual, a tipologia do vivido, que, de acordo com Schutz, é uma síntese de reconhecimento em que são reunidas as vivências conscientes de uma pessoa ou de grupo (SCHUTZ, 2003). Por constituir-se em uma elaboração objetiva do

mundo subjetivo, poderá ser transmitida pela linguagem significativa, sendo compreendida por aqueles que vivenciam tal situação.

Os enfermeiros que atendem as mulheres na atenção primária a saúde configuram-se em um grupo social que possui características típicas permeadas pelo contexto sócio, histórico e cultural que fundamentam a decisão de realizar determinadas ações profissionais no atendimento a mulher. Daí a importância de compreendermos como se dá o vivido social e como se dá a emergência da reflexão sob estes vividos sociais no emergir dos conceitos ou das categorias, tal como elas são vividas concretamente no mundo da vida.

Neste sentido, busco, neste trabalho, a ação profissional do enfermeiro na integralidade da assistência como condicionante para a detecção precoce do câncer de mama a fim de trazer para a reflexão o que se apresenta em todas as ocasiões da mesma forma e que se constitui em um comportamento típico de uma grupo social que compartilha a mesma vivência.

3.2. Trajetória da pesquisa

Cenário

O estudo foi desenvolvido tendo por referência as ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, sendo elas Centros Municipais de Saúde e Estratégias da Saúde da Família, e como tal, com ações previstas, de promoção, prevenção e recuperação, voltadas para a saúde da mulher.

A detecção precoce associada com outras ações, seja na atenção à saúde como na assistência, contribuem para diminuir o número de óbitos por esta causa específica. (BRASIL, 2002)

Considerando que o propósito deste estudo foi analisar as ações voltadas para a saúde da mulher optou-se por delimitar cenários assistenciais em realidades distintas, sendo estas as duas áreas programáticas que apresentam as maiores e menores taxas de mortalidade por câncer de mama. Foi acessado o portal Armazém de dados do Instituto Pereira Passos, disponível no site da Prefeitura do Rio de Janeiro, para identificar quais as Áreas Programáticas (AP) possuem maior e menor taxa de mortalidade por câncer de mama. As áreas programáticas aonde há a maior e menor taxa de mortalidade por câncer de mama no município do Rio de Janeiro, são as ap 3.2 e a ap 1.0 respectivamente. Embora as taxas de mortalidade por câncer de mama serem uma das mais altas na ap 3.2, não podemos afirmar

que a detecção precoce não esteja ocorrendo, ao mesmo tempo que as menores taxas de mortalidade na Ap 1.0 não é sinônimo de que esteja havendo detecção precoce.

Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que desenvolvem ações no contexto da atenção básica e que envolve a saúde da mulher.

Instrumento

O instrumento do estudo utilizado foi um roteiro de entrevista constando questões sobre a situação biográfica dos entrevistados, as atividades desenvolvidas no atendimento à mulher e uma questão fenomenológica: O que você tem em vista ao assistir a mulher na Unidade Básica de Saúde? (Apêndice I)

As falas foram gravadas a partir do consentimento do entrevistado, considerando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. (Apêndice II)

Coleta dos dados

Para captar os sujeitos que preenchessem os critérios de inclusão previamente estabelecidos houve o contato com os diretores das unidades primárias que fazem parte da Ap 3.2 e Ap 1.0 com a finalidade de ter a autorização de utilizar as unidades básicas de saúde como campo de coleta de dados.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO (Anexo B) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal em Saúde e Defesa Civil –SMSDC-RJ (Anexo A) houve o contato com os diretores das unidades para saber quais os enfermeiros que realizavam atendimentos voltado para a população, incluindo mulheres e quais os dias que tais enfermeiros se encontram na unidade.

As entrevistas foram realizadas no período de 22 de dezembro de 2011 a 15 de fevereiro de 2012 no próprio local de trabalho. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista e participaram apenas aqueles profissionais que o assinaram (Apêndice II).

Foram entrevistados os 12 enfermeiros que atendiam os critérios de inclusão. Segundo Tocantins (1993), a partir do 10º sujeito começa a ocorrer uma repetição dos *motivos-para*,

podendo ser identificado então o típico da ação, qual seja, os traços típicos encontrados na ação em estudo. (POPIM, 2005)

Análise dos resultados

A análise das informações e das falas teve como fundamento o referencial teórico metodológico de Alfred Schutz (2003) e a estratégia metodológica utilizada por Tocantins (1993). Envolveu inicialmente a transcrição das falas gravadas que trouxe as questões acerca da situação biográfica, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento à mulher e as respostas quanto à questão fenomenológica. Nessa etapa do estudo houve a leitura e a releitura destas falas com o intuito de identificar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e agrupá-las por afinidade procurando identificar as categorias que comportam a ação do enfermeiro além de identificar os *motivos para* dos mesmos. A categoria concreta do significado da ação, segundo Schutz (1962) vai se dando sempre mediada pela situação biográfica do pesquisador, a qual, nesta pesquisa permitirá significar as ações dos enfermeiros na assistência à saúde da mulher na atenção básica.

Para captar os *motivos para* das ações dos profissionais entrevistados, ocorreu leitura intensiva e extensiva das falas em relação à questão fenomenológica: “O que você tem em vista ao assistir a mulher na Unidade Básica de Saúde?” Uma vez identificadas as ideias em comum do significado desta ação, emergiu a categoria concreta do vivido.

A terceira etapa consistiu em identificar as categorias concretas do vivido para estabelecer o típico da ação do enfermeiro, ou seja, o típico da ação representa a essência, o que é comum ao enfermeiro na assistência voltada à saúde da mulher.

3.3. Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ (CAAE:0036.0.313.314-11) (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (CAAE:0036.0.313.314-11) (Anexo B).

O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi assegurado e as informações não foram usadas em prejuízo das pessoas, atendendo às normas de bioética da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996)

4. RESULTADOS

Nesta fase é apresentado o resultado da análise das falas com destaque para: a situação biográfica dos entrevistados, as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção básica, o significado dessas ações e o típico da ação do enfermeiro que assiste mulheres na atenção básica.

4.1 Situação Biográfica dos enfermeiros entrevistados

SCHUTZ (1979, xxxviii) emprega o termo situação biográfica entendendo como uma situação que contempla o *“ambiente físico e sociocultural definido pelo homem, dentro do qual ele tem a sua posição em termos de espaço físico, de papel dentro do sistema social e de postura moral e ideológica”*. Desta forma a situação biográfica permite captar a maneira como os enfermeiros entrevistados se localizam no campo da ação profissional, e interpretam as possibilidades e desafios.

A organização das ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher na atenção primária envolveu a análise a partir das transcrições das falas compreendendo também a situação biográfica dos enfermeiros. Segundo Schutz (1962), a situação biográfica consiste no conjunto de vivências que o indivíduo adquire ao longo da vida. A situação biográfica define a maneira em que localizo o campo de ação, interpreto as suas possibilidades e envolve os desafios. Dessa forma, a situação biográfica aponta para o fato de que duas pessoas jamais podem vivenciar a mesma situação da mesma forma e faz com que o indivíduo aja em uma determinada direção.

“... O mundo se transforma em “meu” mundo em conformidade com os elementos relevantes da minha situação biográfica.” (SCHUTZ, 1962)

A situação biográfica dos enfermeiros entrevistados foi caracterizada através da idade, sexo, tempo de graduação, se realizou especialização e se recebeu algum treinamento relativo ao usuário do sexo feminino (quadro 1). Estes dados, destaco, possibilitam identificar aspectos inerentes às ações desenvolvidas com as mulheres no contexto da atenção primária e pode ser um condicionante para as ações desenvolvidas e a intencionalidade que estas ações possuem. Abaixo, o quadro da situação biográfica:

Quadro 1- Situação biográfica dos enfermeiros entrevistados que assistem as mulheres em unidades básicas de saúde.

SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS				
IDADE	SEXO	TEMPO DE GRADUAÇÃO	REALIZOU ESPECIALIZAÇÃO	RECEBEU TREINAMENTO RELATIVO AO USUÁRIO DO SEXO FEMININO
44	F	14 anos	SIM.	SIM.
45	M	22 anos	SIM. Saúde Pública	SIM. Abordagem Sindrômica de DST, Atenção a Mulher, Pré Natal, Ginecologia e controle de câncer, câncer de mama, câncer de útero, amamentação.
38	F	15 anos	SIM. Mestrado	NÃO.
51	F	+ 20 anos	SIM. Saúde do trabalhador e Obstetrícia	SIM. Saúde da Mulher, Amamentação.
55	F	25 anos	SIM. Residência clínica médica	NÃO.
49	F	27 anos	SIM. Materno Infantil e Epidemiologia	SIM. Métodos contraceptivos, psicologia na gestação.
53	F	29 anos	NÃO.	SIM. Tuberculose
59	F	34 anos	SIM. Administração hospitalar e Habilitação Médico Cirúrgica	SIM. Planejamento familiar, métodos contraceptivos, aleitamento materno, sífilis congênita.
67	F	37 anos	SIM. Residência.	NÃO.
53	F	30 anos	SIM. Pediatria	SIM. Aleitamento Materno
53	F	29 anos	SIM. Obstetrícia, Recursos Humanos, PAISCA.	SIM. Sexualidade, métodos contraceptivo, violência sexual, gravidez na adolescência, atualização do Pré Natal.
48	F	22 anos	SIM. Saúde Pública	NÃO.

O grupo de enfermeiros entrevistados possui em média 51,25 anos de idade, sendo em sua maioria mulheres. O tempo médio de graduação/formação é de 25, 33 anos e a maioria

possui algum tipo de especialização. As especializações realizadas foram: especialização em saúde pública, mestrado, saúde do trabalhador, epidemiologia, clínica médica, administração hospitalar, obstetrícia, materno infantil, residência, pediatria, habilitação médico cirúrgico e recursos humanos. Quatro entrevistados não fizeram treinamentos relativos ao usuário do sexo feminino enquanto que oito dos entrevistados realizaram algum tipo de treinamento. Os treinamentos relativos ao usuário do sexo feminino foram em sua grande maioria direcionados para as temáticas: Abordagem Sindrômica de DST, Pré Natal, câncer de mama, câncer do colo uterino, amamentação, métodos contraceptivos, psicologia na gestação, planejamento familiar, sexualidade, violência sexual e gravidez na adolescência.

4.2 Ações desenvolvidas pelos enfermeiros

Nesta etapa do estudo, após a identificação da situação biográfica dos enfermeiros entrevistados, houve a leitura e a re-leitura das falas com o propósito de identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros e agrupá-las por afinidade procurando identificar as atividades que comportam a ação do enfermeiro. Três atividades-ações emergiram das entrevistas sendo elas:

4.2.1 Ações de Encaminhamento

Os encaminhamentos realizados pelo enfermeiro na atenção primária a saúde tem como fundamento a organização direta e/ou indireta na organização da instituição assim como ações voltadas para atividades multidisciplinares.

“... É claro, quando tem uma intercorrência, quando tem algum problema que eu não possa resolver, eu me recorro a médica, né. Ou as vezes tem algum problema que não é tão imediato, mas que não tem como eu resolver, aí eu marco a próxima consulta com a médica para a médica resolver, entendeu? E aqui é só gestante de baixo risco, quando a gente detecta algum outro risco, a gente encaminha logo pro [suprimido para preservar o anonimato], nem manda para o médico porque encaminha logo”. E1

A relação estabelecida com outros profissionais de saúde se dá através da necessidade de resolver situações no qual o enfermeiro não tem habilitação ou não se sente apto para realizá-las.

“... A gente faz encaminhamentos, porque quando a mãe chega pra um acolhimento que a gente chama. Depois desse primeiro contato...

...Nós fazemos os encaminhamentos necessários...[...]...Mas quando a gente observa alguma necessidade de medicamento, a gente tenta encaixar com o pediatra no mesmo dia.” E10

“...A gente também encaminha para a nutricionista, dentista, e com 7 meses a gente também encaminha para o Cegonha Carioca.” E9

4.2.2 Ações Educativas

Uma outra atividade-ação engloba ações educativas:

“... A gente trabalha com educação em saúde aqui. A gente faz eventos fora, que é muito legal... As vezes a gente faz uma sala de espera, uma atividade extra muro, na comunidade...” E12

As ações educativas realizadas pelo enfermeiro estão relacionadas com a educação em saúde em diferentes cenários, não tendo apenas a instituição como cenário para atividades de promoção a saúde.

“...Dentro da unidade também faço atividades com pessoas que trabalham aqui, com a faxineira, o porteiro, o segurança. E foi muito legal. O propósito desse trabalho é isso...” E12

A ação do enfermeiro neste contexto é estimular a participação da população para o cuidado com a saúde, reconhecendo o seu corpo.

4.2.3 Ações voltadas ao corpo físico

Esta atividade-ação emergiu na fala da maioria dos entrevistados. A atenção do enfermeiro pelo corpo físico da mulher é uma das principais ações profissionais realizadas por ele. Esta atividade-ação abrange ações voltadas para o corpo físico da mulher:

“É... Exame Físico, né? Meço o fundo de útero, ausculto, é...” E1

“Tem aquelas ações de rotina né? Que seria o exame físico, a coleta da história pregressa, medida de fundo uterino, ausculta de BCF, as prescrições dos medicamentos de rotina do ministério, a gente alcançou essa independência né?” E2

“...A identificar que aquele sangramento vaginal é um sangramento adequado, a fazer a higiene do coto, a fazer higiene da ferida cirúrgica...” E3

“... A gente colhe o preventivo...[...]...exames também, a gente pede, ou alguma medicação, quando é resultado a gente passa a medicação e de acordo com a queixa dela.” E4

“Exame físico, meço o fundo do útero, mais essas coisas.” E5

“... Mas também faço teste do pezinho, faço o BCG” E6

“...Além dessa conversa inicial eu faço os pedidos de exames de sangue, todos, toxoplasmose, citomegalovírus, AIDS, VDRL, tudo, encaminha, marca a próxima consulta, e só. A gente também pesa, mede, vê a situação no qual ela está, que só de você conversar você já percebe né?” E9

“...Orientações ligados em relação ao bebê, vacina, peso, mensuração...” E10

“...Avalio exames, exame clínico da paciente, faço o pré natal inteiro. Não preciso de médico para fazer o pré natal, eu faço ele todo. Eu colho preventivo, mas eu não gosto. Essa é a hora que eu delego para o médico.” E11

Nota-se que a maioria das ações voltadas para o corpo feminino se concentra no período gravídico da mulher, e muita dessas ações estão voltadas para o corpo físico da mulher objetivamente e subjetivamente para o bem estar do feto. Ainda com o foco no corpo físico da mulher, a ação profissional também consiste na prevenção de anormalidades no corpo, outro tema que emergiu nesta categoria:

“...Assim, o exame físico, detectar se ela tem algum problema, se ela tem edema... Porque a gente faz o exame físico também, né? E1

“... fazer uma boa anamnese, orientá-la bem, para que ela tenha um parto seguro, uma gravidez mais segura, o bebê nascer saudável, ver esse binômio feliz...[...]... diminuir essa incidência dos problemas

mais comuns, da morbimortalidade materna e infantil e que nasça uma criança saudável.” E2

“... e tento prevenir aqueles agravos que a gente sabe que pode acontecer da inexperiência dessa mãe cuidar deste bebê. Então a minha ação é essa, de fazer incentivo ao aleitamento, incentivar o cuidado com o bebê, a higiene, interferir... Interferir não, mas talvez identificar algum, alguma complicação no pós parto, então é esse o trabalho que eu, a gente faz aqui...[...]...Então é isso o que eu tento fazer com as mães, eu tento ser um instrumento que eu não tive, para ajudá-las. A não fissurar o peito, então ter uma adequada pega e posição, a identificar que aquele sangramento vaginal é um sangramento adequado, a fazer higiene do coto, a fazer higiene da ferida cirúrgica, incentivo sempre ao aleitamento, então é isso, assim, sou um instrumento.” E3

“... a gente colhe o preventivo, acolhe as queixas delas, a gente vê os problemas que ela tem e orienta em relação a isso. Exames também, a gente pede, ou alguma medicação, quando é resultado a gente passa a medicação e de acordo com a queixa dela.” E4

“... para realizar a prevenção e para ela se beneficiar mesmo, para evitar a mastite...” E6

“Depois que elas tem o neném a gente fala dos cuidados, quais as vacinas que tem que tomar, como vai ter o cuidado na amamentação. Tudo isso a gente faz nesse período todinho.” E9

O enfoque do enfermeiro ao orientar a mulher no atendimento consiste em evitar qualquer dano para a mulher e/ou para o recém nascido, sendo também uma estratégia dela se sentir segura em relação a questionamentos relacionados a sinais e sintomas de alguma anormalidade no cuidado com o seu corpo e/ou com o recém nascido.

“E as orientações. Porque no certo, as orientações seriam a parte da enfermagem né?” E1

“Aí a gente agenda para um primeiro grupo, aí eu que faço, aí depois desse grupo eu faço as orientações, a gente faz aquele acolhimento né? Faço as primeiras orientações gerais para elas né...[...]...No final da gestação a gente tenta fazer um grupo com as mulheres que estão no último trimestre, geralmente ali no sétimo ou oitavo mês, a gente reúne elas para falar do parto, amamentação, já sobre o planejamento familiar, uma abordagem mais voltada para este momento. No início não, a gente tenta falar mais sobre as mudanças no corpo, o início da gestação... E as orientações sobre as queixas mais comuns, que quando elas se abrem a gente consegue dar uma de psicólogo né?” E2

“Orientar as mães quanto as dúvidas que elas possam ter, de pega, posição.Dúvidas quanto a eficácia do leite materno, o valor que tem o leite materno. E até mesmo orientar a ordenha...” E6

Ação principal do enfermeiro na atenção a saúde da mulher

Após a leitura e a releitura exaustiva das entrevistas observa-se que as três atividades que emergiram das falas dos enfermeiros entrevistados permite apontar como ação principal dos enfermeiros que atendem as mulheres nas unidades básicas de saúde são as ações voltadas ao corpo físico da mulher no período gravídico.

Para que ocorra a integralidade na rede básica é necessário que a ação profissional esteja ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde independente da área de atuação deste enfermeiro inserido na atenção primária.

No entanto, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário contribui para a valorização de ações voltadas para o corpo físico com o propósito de identificar anormalidades (MERHY; 2002). O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta,

onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, na relação sumária entre profissional e usuário.

O processo de trabalho que se observa nos dias de hoje desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença. Há no entanto nos serviços de saúde, e neste caso, na Unidade Básica de saúde um imaginário que assistência de qualidade é sinônimo de prescrição de medicamentos, e consultas especializadas.

No modelo assistencial vigente, biomédico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY; 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado e integral.

O modelo assistencial vigente, que é modelo biomédico caracteriza a ação profissional que realiza o cuidado. Esta observação fica notória após a análise das transcrições das falas dos entrevistados ao emergir como a principal ação profissional, ações centradas no corpo físico da mulher assistida, seja como objetivo identificar anormalidades físicas ou não. O Manual Técnico de Pré Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) e o Caderno de Atenção Básica nº14 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) parece dialogar com esta afirmação. Embora na introdução dos supracitados documentos há o discurso da importância dos serviços e dos profissionais de saúde em acolher com dignidade a mulher, enfocando-os como sujeitos de direitos, considerando o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção, ambos os documentos possuem como fio condutor, as ações profissionais voltadas para o corpo físico desconsiderando outras necessidades além das identificadas por tais ações. Esta mesma perspectiva também pode ser identificada no documento intitulado Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (2012).

Tendo como referência para a prática tais documentos no qual este seja o foco da atenção e do modelo vigente, o profissional de saúde direciona sua ação profissional para atitudes que cumpram com o que tais materiais preconizam, tais como procedimentos técnicos, interpretação de exames laboratoriais, condutas nas queixas mais frequentes e a organização da atenção a saúde da mulher.

Com isso, entendo que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe e o usuário se responsabilizam pelo seu cuidado. Esta ação é exercida a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais.

A integralidade não pode ser definida apenas como um princípio doutrinário do SUS, mas pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições. Ou seja, a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde. O enfermeiro como um profissional participante da equipe multiprofissional, deve engajar-se na luta dos valores preconizados pelo SUS, bem como na concretização da integralidade na rede básica de saúde. Assim sendo, a relação entre o enfermeiro e o indivíduo deve discorrer de tal forma que sejam considerados os aspectos emocionais, econômicos e culturais, onde o diálogo entre paciente e enfermeiros é primordial.

4.3 As categorias concretas do vivido

A organização e a análise do conjunto das falas para a compreensão da intencionalidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros envolveu o contexto do significado da ação através da sua intencionalidade – *motivo para*, de acordo com Alfred Schutz (SCHUTZ, 1962).

A partir da organização e análise do conjunto dos *motivos para* emerge ideias em comum, vivenciadas pelos sujeitos da ação, qual seja, as denominadas categorias concretas do vivido. (TOCANTINS, 1993) Esta análise permitiu o emergir da categoria concreta do vivido: “evitar problemas”.

CATEGORIA : Evitar problemas

Um dos propósitos da ação de assistir a mulher na atenção básica é de evitar problemas. Esta intencionalidade em comum – categoria concreta do vivido, pode ser identificada nos *motivos-para* que emergiram das falas dos enfermeiros, apresentador a seguir:

“Solucionar problemas né? Na consulta de Enfermagem é o acompanhamento da gestante...”E1

“...Resolver na medida do possível as queixas delas.”E2

“Prevenir aqueles agravos que a gente sabe que pode acontecer da inexperiência dessa mãe cuidar deste bebê.”E3

“Máximo resolução de problemas, que ele se sinta assim... Tenha menos preocupação...” E4

“...atendimento, o Pré Natal...[...]... a finalidade que tem todo Pré Natal, toda consulta de ginecologia”E5

“Realizar a prevenção e para ela se beneficiar mesmo, para evitar a mastite.... Ajudá-la a prevenir doenças, hipertensão, diabetes.”E6

“...detectar o sintomático respiratório...[...]... a detecção precoce.”E7

“...é prevenir a doença...[...]...prevenir para não ficar doente..[...]... Sempre para prevenir a doença.”E8

“Tem que evitar...[...]... as doenças que pode pegar”E9

“Os problemas dela...”E10

“Proteção da saúde, do bem estar da criança e da mãe”E11

“... É diminuir o preconceito. O preconceito atrapalha a chegada do paciente na unidade.” E12

4.4 O típico da ação

A categoria concreta do vivido que emergiu das falas dos 12 enfermeiros entrevistados permite apontar que o típico da ação do enfermeiro que assiste as mulheres na atenção básica é: evitar problemas de saúde da mulher. Ou seja, o significado da ação profissional do enfermeiro na atenção a saúde da mulher na atenção primária é evitar problemas de saúde da mulher.

5. DISCUSSÃO DO TÍPICO DA AÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e curativas. (COELHO *et all*, 2009)

A partir da análise dos dados apresentados no capítulo anterior, a categoria concreta do vivido - evitar problemas de saúde da mulher- localiza, principalmente, ações assistenciais voltadas ao corpo físico, sendo este corpo físico o corpo grávidico da mulher. Esta perspectiva localiza as ações assistenciais centradas no aparelho reprodutivo da mulher-gestante e não na mulher como cidadã.

“Acompanhar a gestação da mulher.”E1

“...para que ela tenha um parto seguro, uma gravidez mais segura, o bebê nascer saudável, ver esse binômio feliz” E2

“... que as mães sejam bem mais orientadas, que elas façam o seu papel ali de mãe com muito mais orientação...[...]...que elas desempenhem o seu papel de mãe com um pouco mais de segurança...” E3

“É basicamente educação em saúde...[...]....(O objetivo é educar) a mãe para ter saúde.”E10

“...permitir que a mulher conheça os direitos dela, que reivindique os direitos dela, na gravidez e no parto...[...]... que elas sejam felizes durante a gestação, que elas tenham o parto humanizado, e que elas sejam respeitadas como cidadãs.” E11

Observa-se que a categoria concreta do vivido que emergiu da intencionalidade do enfermeiro que assiste as mulheres na atenção básica – evitar problemas- está presente no

evitar problemas da mulher grávida, voltando sua ação profissional para a mulher que se encontra neste período específico da vida e não na mulher vista como um todo.

“...fazer o pré natal todo, né?...[...]... acompanhar a gestação da mulher.”E1

“... Diminuir essa incidência dos problemas mais comuns, da morbimortalidade materna e infantil...”E2

“... para que não apareçam os agravos, que elas nunca percam de vista o aleitamento...”E3

“...realizar a prevenção e para ela se beneficiar mesmo, para evitar a mastite...”E6

Destaca-se neste sentido que o enfermeiro ao assistir a mulher não tem como ação profissional a detecção precoce de anormalidades na mama. A ação do enfermeiro voltada para a mama da mulher, no contexto analisado, está direcionada para a amamentação do filho. Assim, as medidas de evitar problemas estão voltadas para ações que prejudiquem o processo do aleitamento materno: a mama está inserida nas ações assistenciais para a relação mãe-bebê e não para a mulher cidadã.

“...realizar a prevenção e para ela se beneficiar mesmo, para evitar a mastite...”E6

O enfermeiro como um profissional participante da equipe multi-profissional, deve engajar-se na luta pela concretização da integralidade na rede básica de saúde, reconhecendo a mulher cidadã como usuária do serviço de saúde na sua concepção ampla. (BRASIL, 2011)

Na atenção à saúde das mulheres, compreende-se a integralidade da assistência como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. (COELHO *et all*, 2009) Essa compreensão implica a relevância de identificar esta mulher- usuário do serviço de saúde, como mulher, integrante da população, com necessidades específicas, podendo ela estar grávida ou não.

Nesse sentido, o cuidado à saúde deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas como ser humano e ser social. (BRASIL, 2007) Contudo, os

enfermeiros desenvolvem, sobretudo, ações voltadas para um corpo físico e dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outras situações vivenciadas. A análise das ações desenvolvidas pelos enfermeiros assim como o *motivo para* e a categoria concreta do vivido revelam que as práticas de cuidado dirigidas a mulher são orientadas pelo modelo biomédico (CAMARGO; KENNETH, 2008), que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo. (GONÇALVES *et all*, 2009)

Vale atentar que a detecção precoce de anormalidades integra o modelo biomédico. (BRASIL, 2006) Embora a ação profissional dos enfermeiros entrevistados esteja fundamentada nesse modelo, as ações de detecção precoce para o câncer de mama permanecem ocultas em sua prática assistencial.

Corroboram com este modelo as práticas profissionais recomendadas pelo Manual Técnico de Pré Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), o Caderno de Atenção Básica nº14 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2006) e o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (RIO DE JANEIRO, 2012) no qual tem como referência ações profissionais voltadas para a prevenção de doença, predominantemente para o corpo físico da mulher. Desta forma, o enfermeiro deveria ter como um dos seus propósitos de ação profissional, a detecção precoce de anormalidades na mama, o que não ocorre. Sendo assim, mesmo sua ação profissional sendo fundamentada pelo modelo biomédico a mesma ação não resulta em atitudes que visem à detecção precoce de anormalidades na mama, uma vez que a ação profissional do enfermeiro que assiste a mulher na atenção básica volta-se para prevenção de problemas no corpo gravídico.

Todavia, a Atenção Básica tem como um de seus fundamentos a coordenação da integralidade em seus vários aspectos dentre eles a integração de ações programáticas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins. (BRASIL, 2006) Ratifica também a importância da autonomia dos usuários e coletividades do trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A partir desta configuração da divisão e operacionalização da assistência o profissional de saúde da atenção primária precisa atender as necessidades de saúde do usuário do sistema de saúde pautada na integralidade da assistência sem dicotomizar o cuidado.

Mendes (2007), visando a integralidade da assistência a partir da forma estrutural de atenção a saúde na atenção primária, propõe uma mudança na organização do sistema de saúde piramidal e hierárquico para uma rede poliárquica. Esse tipo de atenção em rede romperia as relações verticalizadas, no qual a atenção básica é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde. Esta perspectiva já era defendida por Boelen (1994) ao afirmar que o profissional de saúde da atenção primária são prestadores de serviços que devem considerar as necessidades globais das pessoas que são parte de uma família que se insere numa comunidade. Tais profissionais devem saber se comunicar para mudar o seu comportamento e empoderá-la e que saibam gerenciar os recursos para atender as necessidades de saúde da comunidade.

No entanto, Mendes (2007) também destaca que o treinamento dos profissionais de saúde tem sido orientado para a fragmentação e para a especialização, o que não tem sido compensado por uma cultura que valorize o trabalho ao longo do contínuo da atenção.

Uma possível dificuldade em se estabelecer a integralidade da assistência na saúde da mulher, tendo uma das suas ações a detecção precoce do câncer de mama seja o paradoxo entre os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (2006) e as orientações preconizadas pelos manuais técnicos do Ministério da Saúde. Com isso, destaca-se a importância da relação profissional de saúde-usuário para que não haja a culpabilização da assistência a partir da forma organizacional do sistema e tão pouco apenas na forma de atendimento prestado pelo profissional de saúde.

Mendes (2002) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir a função de responsabilização no qual consiste em corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Para haver a integralidade da assistência deve haver uma associação entre o plano individual da assistência e a integralidade das ações na rede de serviços. A parceria destes dois âmbitos possibilita atingir os aspectos subjetivos (relação enfermeiro-usuário) e objetivos (organização do serviço e trabalho interdisciplinar). A integralidade não deve ser transformada em um conceito, mas sim numa prática do cuidado que trata da valorização da

vida, do respeito ao outro e das diferenças entre os seres humanos. (PINHO, SIQUEIRA, PINHO, 2006)

Paralelamente, a integralidade como fundamento da prática assistencial engloba obrigatoriamente as necessidades de saúde.

5.1 Necessidades de saúde e a ação profissional

“A enfermagem envolve a compreensão e formulação de conceitos que explicam o processo de saúde e doença, nos quais as questões biológicas, psicossociais e culturais se encontram e articulam. A prática de enfermagem se apoia, entre outros, em princípios éticos e ideológicos que são explicitados no âmbito das ciências humanas e sociais e incluídos pelos teóricos da enfermagem na construção das suas proposições conceituais para o campo.” (OLIVEIRA, 2002).

Diferentes concepções de necessidades se fazem presentes tanto nas teorias de enfermagem quanto nos modelos de cuidado propostos. A partir da análise dos dados coletados, a ação de enfermagem identificada parece estar fundamentada na concepção de necessidades de saúde como necessidades humanas básicas proposta por Oliveira (2002), no qual as necessidades de saúde são vistas como universais a partir do processo saúde-doença. O foco da assistência de enfermagem nesta perspectiva é o atendimento das suas necessidades básicas, como este sendo um problema da enfermagem. Esta perspectiva trás a relação com as necessidades biológicas. A própria definição de diagnóstico de enfermagem, que é o julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, transmite a visão biologista do cuidado. (BARROS, CHIESA, 2007)

Não há, portanto, a visão da necessidade de saúde como resposta a estímulos que integram características biológicas, sociais e culturais. A relação do ser humano nesta concepção está constantemente interligada com o meio ambiente, na qual as necessidades são definidas como elementos de equilíbrio: corpo, mente, meio ambiente e a relação com o mundo no qual está inserido. A ação de enfermagem nesta perspectiva não é vista como derivada das necessidades, mas como um fenômeno independente. Ao emergir do estudo ações de enfermagem voltada para o corpo físico, a ação profissional em vigor condiz com a perpetuação do modelo biomédico e biologista do cuidado, no qual o propósito da ação de enfermagem é identificar qualquer anormalidade física, biológica que possa ser um sinal do

processo saúde e doença, no qual a saúde é sinalizada como ausência de sinais e sintomas. O objetivo da ação de enfermagem não ultrapassa o campo biológico, não busca a participação do indivíduo assistido a escolha de possibilidades sobre o processo saúde, assistindo-o na busca de construção de significados, a partir de uma participação intersubjetiva com as pessoas e com o meio no qual está inserido. A perspectiva de necessidade de saúde identificada está voltada para o indivíduo e a manutenção do seu organismo físico.

Tomar as necessidades de saúde como objeto das práticas implica em considerar a inserção dos diferentes grupos sociais, dessa forma, as estratégias em saúde devem abranger, além da dimensão biológica, as dimensões: cultural, econômica, ecológica e política. Mais do que pensar uma prática articulada em torno das necessidades biológicas, individualmente concebidas, é preciso considerar a relação estabelecida entre necessidades de saúde e a qualidade de vida, o autodesenvolvimento humano e as discriminações sociais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A detecção precoce do câncer de mama deve englobar a assistência integral dos serviços de saúde. É importante conhecer quem efetivamente é o sujeito do cuidado, para que a assistência possa ser oferecida de forma eficaz e satisfatória. Reconhecer a relevância da perspectiva da integralidade na assistência à saúde da mulher, que implica o envolvimento do sujeito da atenção, o profissional de saúde com destaque para o enfermeiro, deve se fazer presente não apenas em situação de doença.

Esta pesquisa identificou três atividades-ação desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher. São elas: ações de encaminhamento, ações educativas e ações voltadas ao corpo físico. As três atividades-ação que emergiram das falas dos enfermeiros entrevistados permite apontar como ação principal dos enfermeiros que atendem as mulheres nas unidades básicas de saúde são as ações voltadas ao corpo físico da mulher.

O enfermeiro que assiste a mulher na atenção primária a saúde não tem como propósito da sua ação profissional a detecção precoce de anormalidades na mama. A ação profissional do enfermeiro que assiste a mulher na atenção primária tem como propósito o cumprimento de ações preventivas voltadas principalmente para o período gravídico da mulher.

Uma possível dificuldade em se estabelecer a integralidade da assistência na saúde da mulher, tendo uma das suas ações a detecção precoce do câncer de mama, seja o paradoxo entre os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL 2006) com o modelo organizacional do sistema de saúde pública e as orientações preconizadas pelos manuais técnicos do Ministério da Saúde. Sendo assim, para haver a integralidade da assistência deve haver uma associação entre o plano individual da assistência e a integralidade das ações na rede de serviços. A parceria destes dois âmbitos possibilita atingir os aspectos subjetivos (relação enfermeiro-usuário) e objetivos (organização do serviço e trabalho interdisciplinar).

Neste sentido, faz-se necessária uma melhor escuta das necessidades de saúde trazida por aquela pessoa que busca o serviço, muitas vezes ‘travestidos’ em alguma demanda específica, singular ou coletiva. A ação do enfermeiro na atenção primária deve abranger a manutenção, promoção e recuperação da saúde a partir da relação estabelecida com o usuário que busca o serviço de saúde, mediante estratégias educativas que envolvam a identificação de necessidades de saúde.

Conclui-se quanto a relevância da perspectiva da integralidade na assistência à saúde da mulher, que implica envolvimento do sujeito da atenção, o enfermeiro deve se fazer presente tanto na situação de doença quanto nas situações de saúde trazidas pela mulher.

REFERÊNCIAS:

AAROE, J; *et all.* Gene expression profiling of peripheral blood cells for early detection of breast cancer. *Breast Cancer Research*. 2010. 12:R7.

ABREU E, KOIFMAN S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev Bras Cancerol*. Rio de Janeiro, v. 48, n.1, p.113-31, 2002.

AYRES, J.R. de C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, vol.13, n.3, p.16-29 set/dez, 2004.

BARROS, D.G; CHIESA, A.M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v.41 (Esp), p.793-8; 2007.

BOELEN, C. - *Frontline doctors of tomorrow*. World Health, 5:4 –5, 1994.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Resolução CNE/CES N°3. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm; acesso em: ago 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal. Secretaria especial de editoração e publicações. Subsecretaria de edições técnicas. Brasília: 2010. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf

BRASIL. *LEI N° 8.080*. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL, Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo uterino e da mama*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, INCA (Instituto Nacional do Câncer), *Falando sobre Câncer de Mama*. Rio de Janeiro:MS/INCA, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Pré Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO,C. *Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro*. [Tese Mestrado]. Rio de Janeiro, 2004.

CAMARGO, J.R; KENNETH, R. *et Al*. Avaliação da Atenção Básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 24, n.1,p.58-68, jan/mar, 2008.

CAMPOS, G.W.S. *A reforma da reforma: repensando a saúde*; São Paulo, Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L.C de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS R, (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.p.113-27.

COELHO, E de A.C; OLIVEIRA, J.F; SILVA, C.T.O; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.154-160, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM –COFEN. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*- Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: www.coren-rj.org.br

CORBELLINI, V.L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. *R. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v.22, n.1,p.46-68, jan, 2001.

DOMINGOS, S.R da F. *O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres.* [Tese de Doutorado]. São Paulo, 2011.

FRANCO, T.B.; *Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde;* Tese de Mestrado; Campinas (SP); Unicamp, 1999.

FONTOURA, R.T; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev.Bras. Enfermagem.* Brasília, v.59, n.4, p.532-7, Jul-ago, 2006.

GARCIA, T.R; EGRY, E.Y e col. *Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da assistência de enfermagem.* Porto Alegre: Artmed, 2010.

GUARESCHI, N.M.F; MEDEIROS, P.F. Políticas Públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas.* Florianópolis, vol.17, n.1, p.31-48, jan-abr, 2009.

GONÇALVES, L.L.C; LIMA A.V de; BRITO E.S; OLIVEIRA, M.M de, OLIVEIRA, L.A.R, ABUD, A.C.F *et all.* Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. *Rev enferm UERJ.* Rio de Janeiro, v17, n.3 p.62-7, jul/set, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, INCA. *Tipos de câncer: mama*. Disponível em: www.inca.gov.br Acessado em 21 de maio de 2010.

JUNGES, J.R. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* São Paulo, v.13, n.29, p.285-95, abr/jun, 2009.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. *Medicina Preventiva*. SP: McGraw-Hill, 1976.

KEMP, C.; PETTIT, A.; QUADROS, LGO.; *et al*, 2002. *Projeto Diretrizes – Câncer de Mama- Prevenção Primária* (Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina, Editors). Disponível em: www.amb.org.br

MAI, V; SULLIVAN, T; CHIARELLI, A.M. Breast cancer screening program in Canada: Success and challenges. *Salud Publica Mex.* México, v. 51, n.2, p.228-235, 2009.

MARTINS J; BICUDO M.A.V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 5 ed., São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, M.G; ROSSETO JÚNIOR, A.J; BLECHER, S. *Teoria e Prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação*. São Paulo: Phorte, 2003.

MATTOS, R.A de; PINHEIRO, R. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MENDES, E.V. *A modelagem das redes de atenção à saúde*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde: Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. - *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E.; *A cartografia do trabalho vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); *Agir em Saúde: um desafio para o público*; São Paulo, Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA (Instituto Nacional do Câncer), *Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004.

OLIVEIRA, D. C de. A categoria necessidades na teorias de enfermagem: recuperando um conceito. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.47-52, jan/abr, 2002.

OLIVEIRA, D. C de. Revendo a categoria necessidades humanas nas teorias de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, v.10, n.3, p.231-6, set/out, 2002.

PECORELLI, S. Cancer in women. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*. Geneva, v.82, n.3, p.369-79, set, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS R, (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p.113-27, 2001.

PINHO, I.C; SIQUEIRA, J.C.B.A; PINHO, L.M.O. Percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiás, v.8, n.1, p.42-51, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm. Acesso em 28/10/2012.

POPIM, R. C; BOEMER, M.R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. *Rev Latino-am Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.677-85, set/out, 2005.

REIS, C.B; ANDRADE, S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.61-70, jan/fev, 2008.

RIO DE JANEIRO. Instituto pereira passos. *Armazém de dados - Estatísticas Municipais - População por cor/raça e sexo, segundo as Regiões Administrativas - 2000*. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Acesso em 18/08/2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. *Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde*. Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária, 2012.

SCHUTZ, A. *Collected Papers 1- The Problem of Social Reality*. Netherlands: Nijhoff, 1962.

SCHUTZ A. *El problema de La realidad social*. Escritos I. 2ª Ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia Del mundo social*. Introducción a La sociologia comprensiva. Paidós: Buenos Aires; 1972.

SCHUTZ A. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SCHUTZ A. *Estudios sobre teoria social*. Escritos II. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

SCHRAIBER, L.B. Desafios atuais da integralidade em saúde. *Jornal da rede feminista de saúde* [on line] n.17, maio, 1999.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.585-97, abr/jun, 2005.

TEIXEIRA, C. *SUS e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

THULER, L.C.S; MENDONÇA, G.A. e S. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e do colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.656-60, out, 2005.

THULER, L.C.S. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol.* Rio de Janeiro, v.49, n.4, p.227-38, jun, 2003.

TOCANTINS, F.R; LIMA, C.A. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* Brasília, v.62, n.3, p.367-73, maio-jun, 2009.

TOCANTINS, F.R. O Agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise das necessidades e demandas. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, rio de Janeiro, 1993.

XIMENES NETO, F.R.G; CUNHA, I.C.K.O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. *Texto, contexto- enferm.* Florianópolis, v.15, n.3, p.427-433, jul/set, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National Cancer Control Programmes.* Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care.* Disponível em: http://who.int/topics/primary_health_care/en/ (acessado em 15/maio/2010)

APÊNDICE I: Roteiro de Coleta de DadosDados de Identificação:

Pseudonome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo de graduação: _____

1. Realizou curso de especialização: () sim () não Qual: _____
2. Quanto tempo atua profissionalmente junto a mulheres na atenção básica? _____
3. Recebeu treinamento relativo à Atenção ao usuário do sexo feminino:
() sim () não Quais os aspectos foram abordados? _____
4. Quais ações você como profissional de enfermagem desenvolve na Atenção Integral a Saúde da Mulher na Unidade Básica de Saúde?

Pergunta fenomenológica:

Considerando essas ações, o que você tem em vista ao assistir a mulher na Unidade Básica de Saúde?

Data: _____

Início da entrevista: _____ horas

Término da entrevista: _____ horas

APÊNDICE II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a) Enfermeiro,

Meu nome é **Ana Luiza Barreto Zapponi**, sou enfermeira, mestranda do curso de Pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO.

Estou desenvolvendo um projeto de dissertação que tem como um dos seus objetivos identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher. Sendo assim, você está sendo convidada (o) a participar como sujeito da pesquisa, tendo plena liberdade de decidir pela participação ou não neste estudo e se, durante a realização do mesmo sentir necessidade de retirar seu consentimento, isso não lhe trará prejuízo algum. O conteúdo dessa entrevista fundamentará nosso estudo e propiciará a identificação das ações de enfermagem realizadas pelo enfermeiro com relação à clientela feminina nas Unidades Básicas de Saúde. Comprometo-me a responder dúvidas que tiver em qualquer fase do estudo, destacando que a sua participação não implicará despesas. Durante a entrevista serão feitas perguntas como: nome (pseudônimo), idade, entre outras, além de uma questão aberta relativa ao propósito da assistência prestada ao homem.

Para apreender cada detalhe da fala, faz-se necessário o uso do gravador durante a entrevista, entretanto garantimos que será mantido o anonimato de todos os participante e seu nome mantido em absoluto sigilo, sendo sua identificação pessoal reconhecida apenas por mim.

Este estudo está sendo realizado dentro dos padrões éticos amparados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que garante a integridade e a não exposição do entrevistado.

É importante, que ao concordar, o senhor (a) saiba que os seguintes aspectos estão assegurados:

- A garantia do sigilo que assegure a privacidade dos dados confidenciais envolvidos no estudo, mesmo durante a divulgação dos resultados em eventos e publicações, ao mesmo tempo assegura-se o anonimato;
- O responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e bem estar dos participantes do estudo;
- Serão assegurados aos participantes do estudo os benefícios resultantes do mesmo, seja em termos de produção de dados e divulgação junto os mesmo;
- A liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízos;

Agradeço sua disponibilidade e atenção.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, após ter sido esclarecido todas as informações descritas acima e estou recebendo uma cópia deste documento.

Data:

Data:

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Ana Luiza Barreto Zapponi

Contatos: Florence Romijn Tocantins. E-mail: florenceromijn@hotmail.com Tel: 2542-7142

Ana Luiza Barreto Zapponi. E-mail: analu@gmail.com Tel: 2268-7797

Comitê de Ética em Pesquisa.da SMSDC - RJ E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br. Tel.: 3971-1590

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO				
ENTREVISTADO 1	ENTREVISTADO 2	ENTREVISTADO 3	ENTREVISTADO 4	ENTREVISTADO 5
<p>Consulta de Enfermagem no Pré Natal Coleta de preventivo em gestante Grupo de Gestante Consulta de Pré Natal Orientação Exame Físico Meço o fundo de útero Ausculto Prescrever algumas medicações para pegar aqui mesmo Solicito USG Prescrevo medicação, porque a gente tem protocolo de DST e AIDS Prescreve Creme Vaginal Quando tem intercorrência, eu me recorro a médica Marco a próxima consulta com a médica para a médica resolver Quando a gente detecta algum risco a gente encaminha logo pro [suprimido para preservar anonimato] Exame Físico Detectar se ela tem algum problema, se ela tem edema Orientações Ausculta Fundo do útero <i>(corpo físico)</i> <i>(ações diretas com o corpo físico e ações indiretas na organização da instituição).</i></p>	<p>Consulta de Pré Natal Consulta de Enfermagem Grupos com as gestantes Agenda para um primeiro grupo Faço as orientações Acolhimento Faço as primeiras orientações gerais para elas Entrega de exames de rotina Agendada a primeira consulta Grupo com as mulheres que estão no último trimestre Falar de parto, amamentação, já sobre o planejamento familiar, uma abordagem voltada mais para este momento No início, falar mais sobre as mudanças no corpo, o início da gestação Exame Físico A coleta da história pregressa Medida de fundo uterino Ausculta de BCF Prescrições dos medicamentos de rotina do Ministério Orientações sobre as queixas mais comuns Anamnese Orientá-la Estímulo para ela retornar após o parto Fazer essa orientação sobre a concepção <i>(ações voltadas para prevenção de doença como anormalidade no corpo físico)</i></p>	<p>Faço puericultura Atendo pediatria Faço atendimento de acolhimento mãe e bebê Prevenir aqueles agravos que a gente sabe que pode acontecer da inexperiência dessa mãe cuidar do bebê. Fazer incentivo ao aleitamento materno. Incentivar o cuidado com o bebê, a higiene. Identificar algum, alguma complicação no pós parto Fazer com que as mães, eu tento ser um instrumento que eu não tive, para ajudá-las A não fissurar o peito, então ter uma adequada pega e posição Identificar que aquele sangramento vaginal é um sangramento adequado A fazer higiene do coto A fazer higiene da ferida cirúrgica Incentivo sempre ao aleitamento <i>(ações centradas no corpo da mulher e de seu filho recém nascido)</i></p>	<p>Acolhimento Consulta de Enfermagem no Pré Natal Consulta de enfermagem na ginecologia Acolhimento Atendimento em grupo Atendimento de consulta de enfermagem Consulta de enfermagem a gente acolhe Vê as dúvidas Vê os problemas Analiso os exames Solicito exames Oriento em relação aos exames Preparo ela para o parto A gente colhe o preventivo Acolhe as queixas delas A gente vê os problemas que ela tem e orienta em relação a isso. Pede exames, medicações Quando é resultado a gente passa a medicação e de acordo com a queixa dela. No acolhimento a gente vê o problema dela Tenta resolver o problema e encaminhá-lo. <i>(Resolução de problema “vivenciados pela mulher” e problema localizados no corpo físico)</i></p>	<p>Consulta Consulta Exame Físico Meço o fundo do útero Prescrevo medicação <i>(identificar alterações no corpo físico)</i></p>

ENTREVISTADO 6	ENTREVISTADO 7	ENTREVISTADO 8	ENTREVISTADO 9	ENTREVISTADO 10
<p>Trabalho diretamente com a amamentação Faço o teste do pezinho Faço BCG Orientar as mães quanto as dúvidas que elas possam ter, de pega, posição. Dúvidas quanto a eficácia do leite materno, o valor que tem o leite materno Orientar a ordenha</p> <p>(ações centradas no corpo do recém nascido e esclarecimentos)</p>	<p>Orientação mais voltada para a medicação Tem algumas medicações que a gente tem que orientar a mulher que ela tem que fazer outro método contraceptivo além do anticoncepcional oral Quando aparece um problema ginecológico, tem uma queixa, eu encaminho para a ginecologia Na medida da necessidade encaminhando a outras especialidades Fazer a matrícula do paciente É o sintomático respiratório que a gente tem que detectar e fazer o exame de escarro Realizar PPD nos comunicantes Fazer a leitura do PPD Fazer solicitação do Raio X A orientação não é direcionada exclusivamente para a mulher Detectar o sintomático respiratório</p> <p>(ações diretas e indiretas com o corpo físico)</p>	<p>Orientações quanto ao aleitamento materno Faço classificação de risco Faço orientações para os diabéticos</p> <p>(Orientação relacionadas ao corpo físico)</p>	<p>Acolhimento Faço atendimento inicial Converso Faço os pedidos de exames de sangue, todos, toxoplasmose, citomegalovírus, AIDS, VDRL Encaminho Marco a próxima consulta Pesa Mede Vê a situação no qual ela está Conversa com a gestante Conversa com a mãe delas Encaminha para a nutricionista, dentista Encaminha para o Cegonha Carioca Reunião de equipe Reunião com as adolescentes Falamos de cuidados com o bebê, como alimentar, o primeiro banho Fala dos cuidados Fala quais as vacinas que tem que tomar Como vai ter o cuidado na amamentação Planejamento Familiar Manda elas aos 7 meses para conhecer a maternidade</p> <p>(ações voltadas para prevenção de doenças como anormalidades no corpo físico da mulher)</p>	<p>Puericultura Atendimento ambulatorial Orientações ligados em relação ao bebê Vacina Peso Mensuração Tiramos dúvidas das mães Cuidados com o bebê Encaminhamentos Encaminhamentos necessários Vacina Vê o primeiro teste do olhinho Teste do reflexo vermelho A gente marca avaliação auditiva A gente marca o teste do pezinho Faz essa primeira triagem para encaminhar as mães Acolhimento mãe e bebê Marcando consultas Educação para a saúde Prescrição de enfermagem Detectamos as necessidades afetadas da criança e orienta essa mãe A gente tenta encaixar com o pediatra</p> <p>(ações indiretas multidisciplinares – encaminhamentos- e ações voltadas para o corpo físico do bebê)</p>

ENTREVISTADO 11	ENTREVISTADO 12
<p>Planejamento Familiar Pré Natal Atividade educativa Atividade de consultório Distribuição de métodos contraceptivos Acolhimento Testagem de gravidez Acolhimento geral Ação multiprofissional Nas consultas de Pré Natal: Avalio exames Exame clínico da paciente Faço o Pré Natal inteiro Colho preventivo Tudo que está no Programa da Mulher eu faço Eu não faço implementação de DIU Faço outros métodos Encaminha para a nutricionista</p> <p>(ações voltadas para o corpo físico da mulher)</p>	<p>Educação em Saúde Participa Faz uma sala de espera, uma atividade extra muro, na comunidade A gente já fez trabalho nas escolas, a gente aproveita as campanhas de vacinação e fazemos a campanha Atende as dermatoses, de pele e de hansen Faço a primeira consulta Atendimento individual Atendimento de grupo Atividades com pessoas que trabalham aqui Mostro fotos Encaminha para outros programas também Encaminha a mulher para o preventivo, programa de hipertensão</p> <p>(ações educativas)</p>

APÊNDICE IV: Quadro *motivo-para*.

MOTIVO-PARA			
ENTREVISTADO 1	ENTREVISTADO 2	ENTREVISTADO 3	ENTREVISTADO 4
<p>Solucionar problemas Acompanhamento da gestante Fazer o acompanhamento de Pré Natal todo Acompanhar a gestação da mulher</p>	<p>Ela saia melhor do que entrou Bem orientada Tentar atender as expectativas delas Que tenha um parto seguro Uma gravidez mais segura O bebê nascer saudável Ver esse binômio feliz Mulher saudável Bebê saudável Elas se sintam seguras Que saiam daqui sem dúvidas Resolver na medida do possível as queixas delas Retornar após o parto Ver como ela está Cheguem na maternidade mais seguras Diminuir essa incidência dos problemas mais comuns, da morbimortalidade materna e infantil Que nasça uma criança saudável</p>	<p>Que elas saiam daqui com um pouco mais de bagagem, um pouco mais de instrução para o início daquela nova etapa da vida dela. Que as mães sejam bem orientadas Que elas façam o seu papel ali de mãe com muito mais orientação, com pouco mais de preparo Que elas desempenhem o seu papel de mãe com um pouco mais de segurança Para não aparecer os agravos Que elas nunca percam de vista o aleitamento Para ela sustentar um pouco mais essas ações básicas para criação.</p>	<p>Máximo de resolução dos problemas Que ele se sinta assim... Tenha menos preocupação Que ele se envolva na situação para ele também tentar resolver Prevenir para que ele tenha saúde</p>

MOTIVO-PARA			
ENTREVISTADO 5	ENTREVISTADO 6	ENTREVISTADO 7	ENTREVISTADO 8
<p>Atendimento Atender estas mulheres Realizar o Pré Natal Atendimento Pré Natal Finalidade que tem todo Pré Natal, toda consulta de ginecologia.</p>	<p>Realizar a prevenção Para ela se beneficiar mesmo Para evitar a mastite Continue amamentando o bebê até os dois anos Ela se conhecer Ela saber que ela pode estar ajudando o bebê dela, prevenindo doenças. Ajudá-la a prevenir doenças, hipertensão, diabetes. Trabalhar com prevenção mesmo.</p>	<p>Detecção Precoce Detectar precocemente o paciente bacilífero. Detectar precocemente o bacilífero para diminuir a morbidade e a mortalidade.</p>	<p>Prevenir doença. Prevenir para não ficar doente. Sempre para prevenir a doença. Prevenir.</p>
ENTREVISTADO 9	ENTREVISTADO 10	ENTREVISTADO 11	ENTREVISTADO 12
<p>Conforto da mulher Ela se cuidar mais Ela se tratar mais Que ela se autocuide Que ela se ame e passar isso para os filhos dela Para que as famílias se tornem mais responsáveis.</p>	<p>Educação em saúde Educação do bebê e da mãe também. É educar a mãe para ter saúde. A mãe e a criança.</p>	<p>Proteção da saúde. Proteção do bem estar da criança e da mãe. Permitir que a mulher conheça os direitos dela Que reivindique os direitos dela, na gravidez e no parto. Tenha um ciclo gravídico puerperal saudável. Que elas sejam felizes durante a gestação. Que elas tenham o parto humanizado. Que elas sejam respeitadas como cidadãs. Construir a assistência junto.</p>	<p>Diminuir o preconceito A informação chegue as pessoas, o alcance. Capacitando o paciente que tenha a doença, teve a doença, seja um multiplicador dessa informação. Estar formando multiplicadores. Para a pessoa conhecer a doença. Fazer um trabalho mais ampliado.</p>

ANEXO A – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 361A/2011

Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

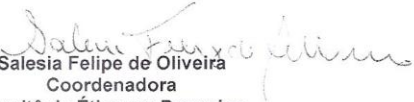
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Andréa Ferreira Haddad Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 214/11 CAAE nº: 0036.0.313.314-11</p> <p>TÍTULO: A enfermagem na integralidade da assistência como condicionante para a detecção precoce do câncer de mama.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Luiza Barreto Zaponi.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Gerência do Programa de Saúde da Mulher.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 24/10/2011.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO B- Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO

TTDD:232
Assunto: Projetos de Pesquisa – Avaliação.

Protocolo CEP-UNIRIO: 0033/2011 **FR** 443246 **CAAE:** 0036.0.313.314-11

Projeto de Pesquisa: A enfermagem na integralidade da assistência como condicionante para a detecção precoce do câncer de mama.

Versão do Protocolo e Data: 13/07/2011.

Pesquisador(a) Responsável: Ana Luiza Barreto Zapponi.

Pesquisador Orientador: Florence Romijn Tocantins.

Instituição: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC/RJ.

Sumário do protocolo:

- **Objetivos:** identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher, analisar a intencionalidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção integral a saúde da mulher como estratégia para detecção precoce de anormalidades na mama e discutir sob a ótica da integralidade na assistência a saúde da mulher a detecção precoce do câncer de mama.
- **Súmula do Projeto:** Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado de curso de Pós-graduação em Enfermagem da UNIRIO. É um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido tendo por referência as ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, sendo elas Centros Municipais de Saúde com ações, de promoção, prevenção e recuperação, voltadas para a saúde da mulher. Os sujeitos da pesquisa serão enfermeiros que desenvolvem ações voltadas para a saúde da mulher no contexto da atenção básica. Será utilizado como instrumento do estudo um roteiro de entrevista constando questões sobre a situação biográfica dos entrevistados, as atividades desenvolvidas no atendimento à mulher e uma questão fenomenológica. A previsão da quantidade de sujeitos a serem entrevistados é de 10 a 12. A análise dos dados consistirá em etapas de transcrição das falas gravadas que trará as questões acerca da situação biográfica, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento à mulher e as respostas quanto a questão fenomenológica; leitura e a re-leitura destas falas com o intuito de identificar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e agrupá-las por afinidade procurando identificar as categorias que comportam a ação do enfermeiro; e identificar as relações entre as categorias concretas do vivido para



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

estabelecer o típico da ação representa a essência, o que é comum ao enfermeiro na assistência voltada à saúde da mulher.

- **Comentários do Relator:** Projeto de investigação com temática para elaboração de dissertação de Mestrado com tema/objeto interessante. No entanto, sugiro suprimir a informação que identifica as Unidades Básicas de Saúde das Áreas Programáticas 3.2 e 1.0, uma vez que esses locais possuem quantitativo restrito de profissionais voltados para esse tipo de ação, podendo assim identificar tais enfermeiros. (São aproximadamente 12 entrevistas para 6 UBSs, totalizando 2 profissionais por Unidade.


- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** de acordo com as normas da resolução 196/96.

- Salientamos que o pesquisador deverá enviar a este Comitê o relatório final.

Diante do exposto, o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – CEP –UNIRIO, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS196/96 e suas complementares, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Emitimos, portanto, parecer que classifica o projeto como **APROVADO**.

Rio de Janeiro, 01 de setembro de 2011.


 Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
 Coordenadora do CEP-UNIRIO

Fabiana B. Assumpção de Souza
 Coordenadora
 CEP - UNIRIO
 PROPG-DPQ

