



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MÁRCIA SOUSA SANTOS

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER

TERESINA
2013

MÁRCIA SOUSA SANTOS

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliete Batista
Moura.

Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos
na atenção à saúde da família.

Área de concentração: Saúde da Família

FICHA CATALOGRÁFICA

S237f SANTOS, Márcia Sousa.

Formação de enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher.
Márcia Sousa Santos. Orientador(a): Prof. Dr. Maria Eliete Batista
Moura: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2013.

74. p.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saude
da Família) – Centro

Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

1. Enfermeiro; 2. Atenção básica; 2. Saude da mulher; I. Título.

CDD 616.95

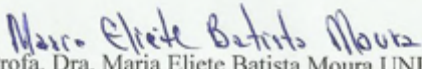
MÁRCIA SOUSA SANTOS

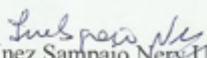
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER

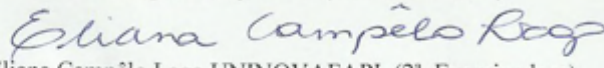
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre

Data da Aprovação: 18 de Junho de 2013

BANCA EXAMINADORA


Profª. Dra. Maria Eliete Batista Moura UNINOVAFAPI (Presidente)


Profª. Dra. Inez Sampaio Nery UFPI (1ª. Examinadora)


Profª. Dra. Eliana Campêlo Lago UNINOVAFAPI (2ª. Examinadora)


Profª. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes
UFPI (Suplente)

Aos meus filhos Ana Beatrice e Lucas, com o meu amor e como incentivo para as suas vidas. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem devo a compreensão de que os seres humanos são, em sua essência, o Amor e por me fazer acreditar que existe alguém maior que eu, “que me ama incondicionalmente e que jamais me abandonará.” (Isa 49, 15)

Aos meus amados pais, Manoel (*in memoriam*) e Augusta, pelo prazer de compartilhar comigo as alegrias que somente grandes amigos podem vivenciar. Vocês são meu exemplo de vida, os maiores mestres que eu conheci e a prova viva de Educação.

Aos meus irmãos Mércia e Marcos, pela retidão com que conduzem suas vidas, por serem meu modelo de viver e por me fazerem sentir amada e respeitada sempre.

À minha estimada orientadora, professora doutora Maria Eliete Batista Moura, por me permitir conhecer mais profundamente a maravilha que é a Pesquisa e que me acolheu e acreditou em mim com sua sensibilidade. Tenho um grande orgulho de ser sua orientanda.

Aos demais membros da banca, Dra. Inez Sampaio Nery, Dra. Eliana Campelo Lago e Dra. Benevinda Maria Vilar Teixeira Nunes, pela pronta aceitação em avaliar o meu trabalho e pelas valiosas contribuições, demonstrando conhecimento sobre o tema avaliação e interesse na melhoria e aprimoramento do estudo.

Ao meu amigo, Elessandro Pinheiro, por ter permanecido ao meu lado nos momentos difíceis dessa jornada, ajudando, digitando e corrigindo minha pesquisa, e pela torcida e a presença constante. Você será sempre muito especial!

Aos meus filhos Ana Beatrice e Lucas, pelas muitas alegrias que me proporcionam, por compreenderem a minha ausência e por terem suportado alguns momentos de estresse e de ansiedade, durante esta trajetória. Eu os amo imensamente.

À amiga Magda, que em uma fase crítica da minha pesquisa me deu o apoio e a contribuição fundamental para o término. Você foi fundamental nesta minha caminhada.

As minhas amigas Rossandra, Tereza e Fernanda , por ter sido durante todo o Mestrado, uma das únicas alegrias e a maior razão que eu tinha para sorrir. Vocês são maravilhosas e encantadoras.

Àos meus professores do Mestrado, por terem contribuído para o meu crescimento profissional e por demonstrarem em seus atos o verdadeiro caminho que eu devo seguir e que sonhos buscar.

À Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA, na pessoa de Vinícius Araújo, pela prontidão com que assinou os documentos de que necessitei e a autorização para a realização da pesquisa em Caxias-MA, e pela importância que deu ao meu estudo.

A Gelsemânia, por sua contribuição e incentivo.

A todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para este estudo.

"Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre." Paulo Freire

RESUMO

O estudo tem como objeto a formação do enfermeiro da atenção básica à saúde da mulher. A formação do enfermeiro é entendida como um meio de aprendizado constante em relação às instituições de ensino, a saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil, que deve proporcionar a formação de profissionais críticos e preocupados com as reais necessidades da clientela. A atenção básica exige deste profissional preparo para atuar de forma adequada e qualificada na saúde da mulher. O estudo tem como objetivo: descrever a formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher; conhecer as influências do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção básica relacionada à saúde da mulher; analisar a formação do enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher conforme o Programa de Atenção Integral à saúde da mulher e elaborar uma cartilha educativa de atenção básica à saúde da mulher. Trata-se de estudo exploratório, realizado com 30 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Caxias–MA. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semi-estruturada, processados no *software* ALCESTE 4.8 e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em quatro classes, a saber: Classe 1- A formação em nível de graduação para atuação na área da saúde da mulher, onde se observou que os sujeitos da pesquisa demonstram que existem aspectos que durante a sua formação na graduação pouco se atribuiu conhecimento para área saúde da mulher, dando ênfase apenas na área da obstetrícia; Classe 4 – O trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher, se observou nestas UCEs que os enfermeiros enfrentam vários problemas dentro das unidades básicas de saúde, sendo que não ocorre apenas no atendimento a mulher, mas também devido a outras atividades burocráticas realizadas, falta de recursos, como os insumos e também problemas relacionados as várias fases da mulher (desde a adolescência a fase idosa); Classe 2 – A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na atenção básica, se observou nestas UCEs que profissionais que fazem parte da atenção básica possuem pouco conhecimento sobre como abordar essas mulheres, com isso necessitam de um modelo de assistência que seja vinculado a um modelo holístico onde possa adquirir um conhecimento mais claro para realização da assistência a mulher; Classe 3 – Educação permanente do Enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher, se observou nestas UCEs os profissionais, mesmo enfrentando várias dificuldades para atender as mulheres em todas as suas fases, vem realizando treinamentos, capacitação e cursos para realizar o atendimento na saúde da mulher. O estudo evidenciou que os enfermeiros, na sua formação, adquirem o conhecimento sobre a saúde da mulher de forma abrangente, buscam os cursos de capacitações e especializações e adotam um modelo assistencial que contribui para a assistência à mulher na atenção básica. Mesmo assim, enfrentam dificuldades devido à falta de estímulo, recursos materiais e autonomia para exercer sua função e necessitam de uma educação permanente como fator determinante para a promoção da saúde e atendimento às Políticas Públicas de atenção à mulher. Como contribuição tem-se na assistência, a sensibilização de enfermeiros, no sentido de oferecer um atendimento humanizado e integral à mulher. No ensino, como fonte de estudo e de capacitação a partir da elaboração de cartilha educativa para a mulher entender como funciona seu corpo em todo o seu ciclo de vida. Na pesquisa, por despertar o interesse por outros estudos e melhoria na qualidade do ensino de todos aqueles envolvidos na prática do cuidar, relacionado a saúde da mulher.

Descritores: Enfermeiro. Atenção básica. Saúde da mulher. Formação de recursos humanos

ABSTRACT

The paper studied the nursing training of primary care to women's health. Nursing education is understood as a means of constant learning in relation to educational institutions, health, community entities and other sectors of civil society, who should provide the training of professionals and critics concerned with the actual needs of the clientele. The primary demands of the professional preparation to act appropriately and qualified in women's health. The study aims to describe the training of nurses in primary care to women's health, knowing the influences of the process of training the nurse's role in primary care related to women's health; analyze the nursing training of primary health woman as the Program for Integral Attention to women's health and develop an educational booklet about basic health care for women. This exploratory study, conducted with 30 nurses from the Family Health Strategy of Caxias, MA. The data were produced by means of semi-structured interview, the software processed and analyzed by 4.8 ALCESTE Descending Hierarchical Classification. The results were presented in four classes, namely: Class 1 - The level training graduation to work in the area of women's health, where it was observed that the subjects of the research show that there are aspects that during their undergraduate education little is assigned area knowledge to women's health, emphasizing only the area of obstetrics, Class 4 - The work of nurses in primary health care for women, as observed in these ECUs that nurses face several problems within the basic health units, and occurs not only in meeting the woman, but also due to other bureaucratic activities undertaken, lack of resources, such as raw materials and also problems related to various stages of the woman (from adolescence to old phase), Class 2 - The National Policy Comprehensive Women's Health in Primary Care, noted that these ECUs professionals who are part of primary care have little knowledge on how to approach these women, it needs a model of care that is bound to a holistic model which can acquire knowledge clearer for the care of patients the woman, Class 3 - Continuing education for nurses in primary health care for women, as observed in these ECUs professionals, even facing several difficulties to meet women in all its phases, has been conducting trainings, training and courses to perform the service in women's health. The study showed that nurses, in their training, acquire knowledge about women's health comprehensively, seek training courses and specializations and adopt a model of care that contributes to health care for women in primary care. Even so, they face difficulties due to lack of encouragement, resources and autonomy to perform its function and require continuing education as a determinant for health promotion and fulfillment of the public policy attention to women. As a contribution has been in care, awareness of nurses in order to provide a humanized and integral to the woman. In teaching, as a source of study and training through the development of an educational booklet for the woman understand how your body throughout its life cycle. In the survey, by awakening interest in other studies and improving the quality of education of all those involved in care practice, related to women's health.

Descriptors: Nurse. Primary care. Women's health. Training of human resources

RESUMEN

En el documento se estudia la formación de enfermería de la atención primaria a la salud de las mujeres. La educación de enfermería se entiende como un medio de aprendizaje constante en relación con las instituciones educativas, entidades de salud de la comunidad y otros sectores de la sociedad civil, que debe proporcionar la formación de profesionales y críticos relacionados con las necesidades reales de la clientela. Las demandas principales de la preparación profesional para actuar adecuadamente y calificados en salud de la mujer. El estudio tiene como objetivo describir la formación de enfermeras en la atención primaria a la salud de las mujeres, conocer las influencias del proceso de formación de papel de la enfermera en la atención primaria de salud a las mujeres, analizar la formación de enfermería de atención primaria de salud mujer como el Programa para la Atención Integral a la salud de las mujeres y el desarrollo de un folleto educativo sobre el cuidado básico de salud para las mujeres. Este estudio exploratorio, realizado con 30 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia de Caxias, MA. Los datos fueron producidos por medio de la entrevista semi-estructurada, el software procesa y se analiza en un 4,8 ALCESTE descendente Clasificación jerárquica. Los resultados fueron presentados en cuatro categorías, a saber: Clase 1 - La graduación de formación de nivel para trabajar en el área de salud de la mujer, donde se observó que los sujetos de la investigación muestran que hay aspectos que durante su educación universitaria es poco asignado área de conocimiento a la salud de las mujeres, destacando sólo el área de obstetricia, Clase 4 - El trabajo de las enfermeras en la atención primaria de salud para las mujeres, como se observa en estos ECUs que las enfermeras se enfrentan a varios problemas dentro de las unidades básicas de salud, y se produce no sólo en el cumplimiento de la mujer, pero también debido a otras actividades burocráticas emprendidas, la falta de recursos, como las materias primas y también los problemas relacionados con las distintas etapas de la mujer (desde la adolescencia hasta la fase de edad), Clase 2 - La Política Nacional Salud Integral de la Mujer en la Atención Primaria, señaló que estos profesionales ECUs que forman parte de la atención primaria tienen poco conocimiento sobre cómo abordar estas mujeres, se necesita un modelo de atención que se une a un modelo holístico que puede adquirir conocimientos más clara para el cuidado de los pacientes la mujer, Clase 3 - Formación continua para las enfermeras en la atención primaria de salud para las mujeres, como se observa en estos profesionales de ecus, incluso frente a varias dificultades para conocer mujeres en todas sus fases, ha llevado a cabo capacitaciones, formación y cursos para realizar el servicio de salud de la mujer. El estudio mostró que las enfermeras, en su formación, adquirir conocimientos acerca de la salud de la mujer integral, buscan cursos de formación y especialización y adoptar un modelo de atención que contribuya a la salud de las mujeres en la atención primaria. Sin embargo, se enfrentan a dificultades debido a la falta de estímulo, recursos y autonomía para realizar su función y requieren educación continua como factor determinante para la promoción de la salud y el cumplimiento de la atención de las políticas públicas para las mujeres. Como una contribución ha sido en la atención, conciencia de las enfermeras con el fin de proporcionar un humanizado e integral para la mujer. En la enseñanza, como fuente de estudio y formación a través de la elaboración de un folleto educativo para la mujer a entender cómo su cuerpo a lo largo de su ciclo de vida. En la encuesta, por despertar el interés en otros estudios y la mejora de la calidad de la educación de todos los implicados en la práctica asistencial, relacionada con la salud de la mujer.

Descriptores: Enfermera. La atención primaria. Salud de la mujer. Formación de recursos humanos

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 Contextualização do problema	11
1.2 Objetivos.....	15
1.3 Justificativa.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 O processo de formação do enfermeiro	17
2.2 A influência do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção básica	21
2.3 Formação do enfermeiro da atenção básica segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	24
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 Tipo de pesquisa	29
3.2 Cenário da pesquisa	29
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	30
3.4 Técnica e Instrumentos de produção dos dados	30
3.5 Produção dos dados	31
3.6 Análise dos dados	32
3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	33
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	34
4.1 Manuscrito 1 - Formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher	34
4.2 Manuscrito 2 (publicado) - Formação do enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família.....	40
4.3 Cartilha educativa – Saúde da Mulher: ao enfermeiro da atenção básica	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	69
ANEXOS	73

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

A formação do enfermeiro é entendida como um meio de aprendizado constante em relação às instituições de ensino, a saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil, que deve proporcionar a formação de profissionais críticos e preocupados com as reais necessidades da clientela. A Estratégia Saúde da Família exige deste profissional preparo para atuar de forma adequada e qualificada na saúde da mulher.

A enfermagem adquire a cada dia maior relevância na sua atuação no sistema de saúde, sendo valorizada pelo seu desempenho profissional e sua contribuição na implantação e na manutenção das políticas públicas. A formação do enfermeiro privilegia a formação técnica em detrimento da qualificação para a produção de um cuidado, centrado nas reais necessidades de saúde dos sujeitos que eram cuidados. Esta formação era sistematizada por uma metodologia tradicional de ensino, onde a assimilação do conhecimento transmitido pelo professor era a principal atividade do aluno (VIEIRA et al., 2011).

Na atenção básica, a enfermagem participa com competência e responsabilidade dos processos relacionados à promoção da saúde e prevenção das doenças. Suas ações buscam satisfazer às necessidades referentes à saúde da mulher, visando à qualidade de vida. Segundo o Manual de Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinadas áreas de abrangência (BRASIL, 2010).

O enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante, junto com a equipe, na construção desse novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis do Centro de Saúde, além de conhecer o fluxo interno das Unidades de Saúde, dentre outras atividades administrativas (BRASIL, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde os enfermeiros se destacam como profissionais indispensáveis para compor a equipe mínima de Saúde da Família, o que exige deste profissional estar preparado para atuar de forma adequada e qualificada desenvolvendo e adquirindo novas competências (BRASIL, 2011).

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade (BRASIL, 2010).

Estão previstas atividades educativas possibilitando às mulheres maior conhecimento de seu próprio corpo, facilitando o exercício da sexualidade, alertando sobre os problemas mais comuns de saúde e de como é possível prevenir doenças e promover a saúde como fator de melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

O enfoque de risco que é definido como a probabilidade que tem um indivíduo ou grupo, de sofrer no futuro um dano à sua saúde, constitui-se em um método de trabalho essencialmente preventivo, podendo ser considerado como uma estratégia que aperfeiçoa os recursos ao permitir sua adequação às necessidades (FERNANDES; NARCHI, 2010).

Para a mulher é disponibilizado os seguintes serviços: melhoria da qualidade do pré-natal; prevenção de câncer de colo de útero e detecção precoce de câncer de mama; planejamento familiar; controle da mortalidade materna; promoção de eventos educativos; qualificação da gestão e articulação com pactuações; e, muitas dificuldades são enfrentadas, como: infra-estrutura, comunicação e transporte; descontinuidade da gestão; carência de pessoal (quantitativo e capacitação); falta de fluxos de atendimentos; rotinas e protocolos definidos; atenção à saúde da mulher dividida em atenção básica, média e alta complexidade; falta de insumos; medicação para determinadas patologias; preservativos femininos; demora no retorno de exames de pré-natal e de colpocitologia oncótica; desarticulação do registro, fluxo e consolidação dos dados do Sistema de Informações do Pré-natal (SISPRENATAL) (BRASIL, 2011).

O atendimento a todas as necessidades de saúde da mulher, a integralidade na assistência durante todo seu ciclo vital, as práticas educativas que proporcionem maior controle e conhecimento da sua saúde e o planejamento familiar enquanto direito básico e processo de livre escolha dos métodos contraceptivos pelas mulheres e seus parceiros, são premissas que configuram um conceito ampliado de saúde reprodutiva, onde todas as fases da vida da mulher, da adolescência a terceira idade deverão ser tematizados (BRASIL, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a atenção a saúde da mulher não deve se restringir a assistência materno-infantil nem se limitar as fases de vida onde a mulher tem capacidade de reprodução, ela deve

englobar todo o ciclo vital da mulher. A operacionalização destas diretrizes deve se dar através da implementação de ações de assistência organizadas nos três grandes blocos: Assistência relacionada ao exercício da maternidade; assistência clínico-ginecológica; assistência ligada ao planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Por ultimo, as ações educativas devem ser feitas em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, especialmente sobre o exercício da sexualidade, fisiologia reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, saúde reprodutiva, ginecopatias prevalentes, climatério e informações sobre hábitos, higiene e alimentação.

Essas ações educativas não devem se restringir ao mero repasse de informações técnicas, mas devem habilitar a mulher para a apropriação do conhecimento sobre seu corpo e sua saúde, visando o exercício pleno da sua sexualidade e a garantia de seus direitos. Ou seja, as ações educativas são fundamentais tanto no sentido de construir uma maior autonomia das mulheres no que se refere ao seu corpo e a sua saúde quanto no sentido de estimular a participação consciente e organizada das mulheres na elaboração de políticas e ações de saúde que respondam as suas reais necessidades (BRASIL, 2011).

A enfermagem realiza ações que buscam satisfazer às necessidades referentes à saúde da população, onde visa à promoção da saúde e à qualidade de vida. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), se expandiu o campo de atuação do enfermeiro, que na equipe desempenha o papel de articulador das ações em saúde. Este contexto criou uma nova forma de entender o papel dos profissionais de saúde, especialmente, o desempenhado pelo enfermeiro, que, além da assistência e cuidado direto ao usuário, realiza, na maioria das vezes, a coordenação de equipes (BRASIL, 2010).

De acordo com Machado e Silva (2010) a atuação do enfermeiro na saúde coletiva sugere a aproximação da formação acadêmica com as mudanças na prática da saúde pública brasileira, onde permite que esse profissional desenvolva uma visão ampla das questões de saúde, discute seus determinantes e condicionantes, se elenca prioridades e planejando ações em equipe. O enfermeiro não atua somente com a assistência a partir da doença, mas seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

A Estratégia Saúde da Família, trás como proposta o trabalho em equipe, com vistas à promoção da saúde, a prevenção de agravos, recuperação da saúde das pessoas de

forma integral ou contínua, faz com que as famílias conheçam a fundo a importância desse programa (MACHADO; SILVA, 2007).

Vale enfatizar que a família é o objeto de atenção e é entendida a partir do ambiente em que vive. A partir do estabelecimento de vínculos, através do acolhimento entre os profissionais de saúde e a população, torna-se possível uma melhor compreensão do processo saúde-doença pela equipe, uma vez que as pessoas terão condições de confiar na mesma e procurá-la sempre que necessário (BRASIL, 2010).

A concepção filosófica da Estratégia Saúde da Família se baseia na doutrinado Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de buscar a reorganização de práticas assistências em novas bases e critérios, tendo como objetivo a atenção ao indivíduo no seu contexto familiar (BRASIL, 2011), no entanto, a ESF amplia seu foco de atenção à saúde, em busca de um cuidado holístico, onde se justifica assim um dos princípios do SUS, que é a integralidade.

Neste contexto mostra que o indivíduo deixa de ser visto como um objeto de atenção isolado e passa a ser compreendido no seu contexto sociopolítico cultural. O enfermeiro atende sua população de forma igual, porém preserva a individualidade de cada um como preza a integralidade sempre enfatiza a prevenção de doenças, promove saúde e melhor qualidade de vida da população. No entanto um dos focos de atenção é a mulher, compreendida no contexto social, cultural e econômico no qual está inserida se leva em consideração o percentual de que a população brasileira é composta de 50,77% de mulheres e estas são usuárias do SUS, a atenção à mulher é de suma importância (BRASIL, 2011).

A mulher é considerada o eixo estrutural da família e atendê-la de forma holística são fundamentais para sua compreensão e melhoria de qualidade de vida. Desta forma, este trabalho é relevante na medida em que se pode compreender melhor a formação do enfermeiro sobre o que pensam sobre o tema e como atuam no cotidiano de seu trabalho, suas facilidades e dificuldades, a fim de planejar melhor a assistência e garantir uma melhor qualidade de vida dessa população que ainda sofre discriminação de gênero em nossa sociedade, que é a mulher.

Desta forma têm-se o seguinte questionamento: Qual a formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher? Diante dessa questão norteadora, definiu-se como objeto de estudo a formação do enfermeiro da atenção básica à saúde da mulher.

1.2 Objetivos

Com base no problema e questão norteadora o estudo tem por objetivos:

- Descrever a formação do enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher;
- Conhecer as influências do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção básica relacionada à saúde da mulher;
- Analisar a formação do enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Elaborar uma cartilha educativa para o enfermeiro da atenção básica a mulher.

1.3 Justificativa

A mulher é considerada o eixo estrutural da família e atendê-la de forma holística é fundamental para sua compreensão e melhoria a qualidade de vida, desta forma, este trabalho é relevante na medida em que poderemos compreender melhor o que o enfermeiro pensa sobre o tema e como atua no cotidiano de seu trabalho, suas facilidades e dificuldades, a fim de planejar melhor a assistência e garantir a melhora na qualidade de vida dessa população que ainda sofre discriminação de gênero em nossa sociedade.

Algumas dúvidas surgem acerca do atendimento à mulher, de forma a conhecer mais sobre o trabalho do enfermeiro em relação às questões este gênero, levando em consideração que nesse último século, a mulher assumiu novos papéis, que há levaram as mudanças em sua função social. Daí decorre a necessidade de identificar como o enfermeiro está atuando na atenção básica, para obter subsídios a fim de aprimorar a qualificação e o processo de trabalho deste profissional.

Nesse contexto, os enfermeiros precisam ser capazes de identificar as necessidades sociais de saúde da população para planejar, gerenciar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações relacionadas ao atendimento à mulher, conforme a realidade local, bem como realizar assistência integral em todas as fases do desenvolvimento dessas mulheres.

Devido a esta inquietação relacionada a este tema e seu contexto se faz pela necessidade de firmar conceitos e valores na forma de melhorar o atendimento com a população feminina, além do exercício estratégico e logístico que pode ser realizado durante a criação e desenvolvimento do projeto de formação dos enfermeiros, onde envolvem táticas e metodologias no cenário geográfico, no acesso e qualificação destes profissionais, na preparação de material e/ou recursos e relacionamentos, além disso, o tema e proposta se prestam como importante apoio às comunidades.

Neste sentido, tal exercício, ainda, significa uma discussão embasada em procedimentos científicos e se mostra como instrumento de conscientização e sensibilização a respeito de um tema atual e que representa uma problemática na área da atenção básica, onde o enfermeiro qualificado pode intervir ou corrigir falhas somando-se aos esforços que vem sendo realizados pela Saúde Pública. E ainda, propor a inserção deste profissional de enfermagem como apoio à divulgação da prevenção em saúde da mulher.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O processo de formação do enfermeiro

O ensino de enfermagem tem o intuito de preparar profissionais para atender o paciente de forma holística, sendo que determina a dissociação entre o aprender e fazer evidenciando a diferença entre teoria e prática, entre ensinar e cuidar, tornando o profissional enfermeiro crítico e reflexivo diante de sua formação.

Desde o início do século XX, a enfermagem começou a ser estruturada como uma atividade profissional. Pode-se dizer que é uma das mais antigas profissões, visto que a necessidade do cuidado de pessoas, quando estas adoeciam, sempre existiu. A figura de Florence Nightingale surge como um marco para o início da estruturação da profissão (SELBACH, 2009).

De acordo com a mesma autora, Florence estudou na Instituição de Kaiserswerth, na Alemanha, considerada a melhor naquele momento. Após essa estadia, fundou uma escola de enfermagem, na Inglaterra, que visava à mudança das práticas da profissão, bem como da formação das enfermeiras, que deixou de ser realizada por médicos, havendo também aumento da carga horária destinada ao ensino prático.

No Brasil, a formação de enfermeiros teve início com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890; hoje é denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e pertence à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNI-RIO). Reformado pelo decreto de 23 de maio de 1930, o curso passou a ter três anos de duração e era dirigido por enfermeiras diplomadas (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Segundo Silveira; Paiva (2011), em 1922, foi criada junto ao Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola Anna Nery, com padrão de ensino no modelo Nightingale.

Em 1937, foi incluído na Universidade do Brasil como Instituto de Ensino Complementar, passando, em 1946, a serem igualadas às demais unidades acadêmicas. Nessa época, houve notável expansão da medicina preventiva e da enfermagem de saúde pública, resultado de parcerias entre as políticas estatais e a Fundação Rockefeller, que investiam em

campanhas sanitárias de prevenção e combate a endemias dos campos, tendo em vista que a população rural era a maioria em todos os países do continente (SALLES; BARREIRA, 2010).

A partir de 1926, algumas iniciativas surgiram para auxiliar a ordenação da enfermagem no Brasil. Inicialmente, criou-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas com o objetivo de distinguir as enfermeiras do prático de enfermagem. Em 1929, esta associação passou a ser designada como Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), até que em 1954 assumiu o nome de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que permanece até hoje (SALLES; BARREIRA, 2010).

De acordo com Salles; Barreira (2010) ainda assim, sentia-se a necessidade da criação de algo que elevasse a enfermagem no campo da educação e cultura. Criou-se, então, sob inspiração de Rachel Haddock Lobo, a Revista Anais da Enfermagem. Era preciso também criar uma instituição que representasse a enfermagem brasileira de maneira jurídica. Neste sentido, surgiu o primeiro Sindicato de Enfermagem na Universidade da Bahia a partir da Portaria nº 49, de 27 de março de 1962.

Foi instituído também o Código de Deontologia de Enfermagem, contendo as responsabilidades fundamentais dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem (parteiras, atendentes, auxiliares, técnicos e enfermeiros), assim como os direitos e deveres que competem a cada um, bem como o que lhes é proibido realizar e as penalizações. Em 12 de julho de 1973, a partir da Lei nº 5.905, foram instituídos os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, o que garantiu grande vitória para a história da Enfermagem Brasileira, à medida que a profissão passou a ser reconhecida de fato e de direito (COFEN, 2011).

De acordo com Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN), a compreensão da história da enfermagem é importante por fornecer subsídios para identificação dos parâmetros ainda hoje presentes na ciência do cuidar, porém, algumas dificuldades ainda são enfrentadas para o exercício da profissão, quando se faz uma comparação da profissão relatada nas salas de aula, notoriamente vive uma realidade que mostra obstáculos para desenvolver o trabalho no qual nos é apresentado no momento (COREN-SP, 2011).

No início a enfermagem brasileira reproduziu o modelo norte-americano de assistência e ensino e incorporou o paradigma de compreensão do processo saúde-doença como biologicista, individualista e curativista, introduzindo como forma de organização do trabalho o tecnicismo, que exige a formação de pessoal para compor a equipe de saúde. Embora houvesse a necessidade de formação de enfermeiros nos moldes da Saúde Pública, o

curso, na época, valorizava a formação hospitalar, e a maioria das pessoas formadas era moldada para atuar na área hospitalar (SILVERIA; PAIVA, 2011).

De acordo com Pava e Neves (2011) nesse período a enfermagem profissional era voltada prioritariamente para a área de ensino e Saúde Pública, enquanto nos hospitais predominava a prática leiga e subserviente da enfermagem desenvolvida por religiosas. Assim, os momentos históricos principais da enfermagem no Brasil devem ser interpretados tanto através de sua especificidade quanto do seu relacionamento com as transformações gerais na infraestrutura da sociedade brasileira. Isto significa que a história da enfermagem não se processa num espaço abstrato, mas sim, de forma concreta na sociedade brasileira, com seus determinantes econômicos, políticos e ideológicos.

O ensino da enfermagem tem sido marcado, ao longo dos anos, pela constante implementação de mudanças curriculares nos cursos de graduação e por discussões de propostas pedagógicas, influenciado pela evolução do contexto histórico e social da sociedade brasileira. Por sua vez, o perfil dos enfermeiros sofreu significativas mudanças, em decorrência dessas transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo (PAVA; NEVES, 2011).

As novas diretrizes curriculares para o curso de bacharelado de enfermagem têm adotado perspectivas mais humanistas. É esperado que a instituição universitária, comprometida com o destino dos homens, associe o máximo de qualificação acadêmica com o máximo de compromisso social, com vista a superar a fragmentação do conhecimento até hoje presente. O perfil do formando egresso, descrito nas diretrizes curriculares é de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado nos princípios éticos (BRASIL, 2004).

Deve ser capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação e ser capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Estar capacitado para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2004).

Ainda envolve-se o movimento da reforma sanitária, onde concretizou o SUS como um sistema baseado no princípio da cidadania, que assegura a participação da população, a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da atenção. No campo da educação, os pensadores das correntes da educação crítica defendem transformações na prática pedagógica, tendo em vista superar as desigualdades sociais (BRASIL, 2006).

A pedagogia libertadora ou da problematização de Freire (2005) possibilita uma formação de enfermeiros capazes de compreender os determinantes históricos, políticos e culturais das questões de gênero, dos modelos de atenção à saúde da mulher e do processo de trabalho em saúde. Nesta pedagogia, a educação é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem e atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social.

Nessa pedagogia, o método de ensino se baseia na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professores. Para Freire, o diálogo viabiliza a verdadeira comunicação, na qual os interlocutores são ativos e iguais. A comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento. A dialogicidade é fundamental para o pensamento crítico e a educação libertadora (FREIRE, 2005).

O ensino tradicional é centrado no educador e os educandos são “coadjuvantes” do processo de ensino-aprendizagem. É denominado de “educação bancária”, uma vez que nesse tipo de pedagogia, o ensino é o ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos. O educador é o sujeito do processo e o educando é encarado como mero objeto depositário, que deve repetir, memorizar mecanicamente, receber, guardar e arquivar as informações. A educação é vista como “doação” dos sábios aos que nada sabem. O educador é o opressor e o educando o oprimido. O método tradicional compromete a aprendizagem, pois não permite ao aluno a experiência do debate, a análise dos problemas e o desenvolvimento do pensamento crítico, impedindo totalmente a participação do educando no processo de ensino. O aluno é visto como uma “página em branco” (FREIRE, 1997).

Pautadas nessa vertente pedagógica, as ações extensionistas visam desenvolver as potencialidades da formação de enfermeiros que respeitem os direitos e a autonomia das mulheres, promovendo o acesso à informação, a liberdade de escolha, a assistência à saúde sem violência e discriminação e o alinhamento com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2010).

Conforme Silva et al (2010), desde sua institucionalização, o processo de formação do enfermeiro passa por transformações ao longo dos anos, o que demanda novas formas de construção do conhecimento, forçando mudanças nesse processo para um melhor atendimento à população.

As mudanças tornam-se necessárias para que o enfermeiro devido a necessidade de adaptação e resolução dos novos problemas venha tomar uma postura adquirida na sua

formação, com instrumentalização para a intervenção na realidade, e essas mudanças no decorrer de sua formação resultem num profissional crítico-reflexivo.

2.2 A influência do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção básica

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde (2011) 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).

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011).

A Saúde da Família está incluída na atenção básica sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2012).

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita

a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2012).

O campo da saúde é articulado ao conjunto da sociedade e como tal sofre as influências políticas, sociais e culturais do contexto no qual está inserido. Nesse sentido, a saúde transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais (MINAYO, 2008).

Para Costa, Lima e Oliveira (2000, p.149), o modelo de assistência do programa de saúde da família constitui um desafio para o enfermeiro que, como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo da assistência à saúde.

É importante enfatizar que o art. 19 do Código de Ética em Enfermagem determina a responsabilidade dos profissionais em enfermagem na promoção do aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (COREN, 2001).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa de Saúde da Família (PSF), foi definida como modelo de reorientação da atenção básica à saúde, com ênfase nos princípios do Sistema Único de Saúde, pois as práticas assistenciais apresentavam-se fragmentadas e reducionistas, como resultado de uma formação profissional centrada no modelo biomédico, que privilegia a doença e a cura. Segundo o Ministério da Saúde este modelo de atenção acarreta a realização de procedimentos de alta complexidade e altos custos, plenamente evitáveis com ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

O relatório sobre os objetivos de Desenvolvimento do Milênio, documento produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), assinala que a Estratégia Saúde da Família contribui para a melhora nos índices de mortalidade infantil no Brasil. O documento aponta uma queda expressiva na taxa de mortalidade em menores de cinco anos no período de 1990 a 2006, passando de 47 por mil para 25 por mil óbitos (BRASIL, 2010).

Com a finalidade de minimizar as dificuldades, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm envidado esforços na viabilização de projetos de incentivo ao

incremento de parcerias entre as universidades e os serviços de saúde, buscando promover o ensino mais próximo da realidade e visando o fortalecimento do SUS. Pressupõe-se que o distanciamento, durante a formação do enfermeiro, das necessidades de saúde da população influencia sua atuação profissional na atenção primária à saúde (PEREIRA, 2007).

Nesse contexto, no ano de 1994, estabeleceu-se o Programa de Saúde da Família (PSF), como forma de reorganizar a Atenção Básica no Brasil. Entendida como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, a Atenção Básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10), que, em conjunto com a melhoria das condições sociais e ambientais, visa à efetividade, eficácia dos serviços de saúde e equidade social (PIERANTONI et al., 2010).

O PSF representa uma das políticas de saúde de maior visibilidade e impacto já implementados no Brasil. Considerado inovador na maneira como integra a medicina clínica tradicional e a saúde pública, o programa chega com caráter organizativo e substitutivo ao modelo de saúde vigente até o momento, orientado pelos princípios de adscrição da clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (PIERANTONI et al., 2010; SOUSA; HAMANN, 2009).

Uma década depois de sua implantação, o PSF assume a condição de uma ESF e de política nacional para uma Atenção Básica qualificada e efetiva. Assim, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada. A composição das equipes é de, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, contam com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, configurando a equipe de saúde bucal. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4.500 pessoas ou de mil famílias de determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2006).

As equipes atuam em diversas dimensões, unidades básicas de saúde, residências e na mobilização da comunidade, realizando atividades de intervenção sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; atividades de educação e promoção da saúde; estabelecem vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, uma vez

que estimulam a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; atuam de forma intersetorial, através de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2010).

Atualmente, percebe-se que o profissional enfermeiro vem construindo seu papel na comunidade também como um promotor de saúde. Com isso, vem adquirindo, possivelmente, maior legitimidade social porque ganhou de certa forma, maior visibilidade pelo trabalho que vem realizando no território (ARAÚJO, 2007).

Araújo (2007) relata que entre as atribuições do profissional enfermeiro, pode-se observar que é um profissional que tem várias atribuições relacionadas à promoção da saúde. Entre elas, pode-se citar o importante papel que esse profissional assume como educador, não só na organização de grupos de educação em saúde, mas também quando está em visita aos domicílios ou, até mesmo, durante as consultas de enfermagem ou realização de procedimentos técnicos. O enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde. Atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem e prescrição são efetivamente atribuições que o enfermeiro vem assumindo na ESF.

O profissional enfermeiro ao longo dos anos de vivência na estratégia saúde da família vem redescobrando seu papel, elaborando novas estratégias e criando e recriando o fazer em enfermagem e na saúde pública, tanto que vem demonstrando o cuidado na promoção da saúde.

2.3 Formação do enfermeiro da atenção básica segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde. Na análise preliminar foram considerados os dados obtidos por intermédio dos estudos e pesquisas promovidos pela Área Técnica de Saúde da Mulher para avaliar as linhas de ação desenvolvidas, tendo destaque o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos

Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais. Em seguida, a Área Técnica buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou as contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Por fim, o Ministério da Saúde submeteu a referida Política à apreciação da Comissão Intersetorial da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde, onde foi aprovada (BRASIL, 2012).

A PNAISM publicado em 2004 consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que o PAISM nasce antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e antes da promulgação da Carta Magna. É, portanto, pioneiro no uso do termo integralidade da saúde na política pública, cujo significado é construído e proposto pelos movimentos sociais feministas. O marco referencial do PAISM rompia com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças. (SOUTO, 2008).

Segundo a OPAS (2000), no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando

identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população. Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPS, 2000).

A PNAISM para a saúde da mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo do útero e da mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (SEVERINO; COSTA, 2010).

Severino e Costa (2010) relatam em breve diagnóstico da situação Saúde da Mulher no Brasil. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina.

Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados (BRASIL, 2011).

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de

AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2010).

Segundo Laurenti (2007), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram às seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis. As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implica na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (LAURENTI, 2007).

Segundo Mantamala (1995) a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologistar e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher. A gestão da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais (BRASIL, 2010).

A PNAISM deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais como mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras) (SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

Santos e Oliveira (2009) relata que as políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). O direito à saúde é assegurado na Constituição Federal/1988, para toda a população por meio das políticas públicas para a promoção da saúde. Uma das ações no âmbito da saúde é a Atenção Básica que busca resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. A realidade social pode ser melhor compreendida quando é expressa por meio de indicadores, que são instrumentos identificadores de variações e comportamentos, para detectar necessidades e avaliar políticas públicas com vistas a corrigir realidades deficitárias e promover o desenvolvimento social (PNAISM, 2010).

Essa política preconiza que a humanização e a qualificação da atenção em saúde envolvem o compartilhamento de saberes e o reconhecimento de direitos. As ações procuram articular vários campos de conhecimento necessários ao cuidado integral à mulher e ser um instrumento de garantia dos direitos das mulheres nas ações de saúde. Nesse sentido, o cuidar em enfermagem deve necessariamente resgatar a subjetividade, assegurar direitos inalienáveis e construir relações humanas democráticas, superando as assimetrias de poder que ainda permeiam nossa sociedade, em particular na assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa por possibilitar uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa e para estudar a formação do enfermeiro no contexto da saúde da mulher. O estudo exploratório é um tipo de pesquisa de campo, no qual se desenvolve uma investigação cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com a finalidade de familiarizar o pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para modificar ou clarificar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Segundo Minayo (2012), a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

Dessa forma, para a compreensão da problemática, é fundamental entender como as representações presentes nas falas dos sujeitos ou apreendidas em cenários naturais influenciam nas condutas dos enfermeiros em relação à sua formação, sobre o qual serão elaborados por enfermeiros difundidos coletivamente, no cotidiano.

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário desta investigação foi o Município de Caxias, de área de 5.150,647 km², situado na região leste do Estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital São Luís, e a 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. Apresenta uma população aproximada de 155.129 habitantes (IBGE, 2011).

O mesmo está constituído por 32 Unidades de Saúde do Município de Caxias, por tratar-se das Unidades Básicas de Saúde e incluindo a Unidade do CEAMI (Centro de Especializações de Atendimentos Materno-Infantil).

Estas Unidades Básicas de Saúde apresentam um total de 58 equipes de Saúde da Família mantidas pela Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação Municipal das Equipes de Estratégias Saúde da Família e o CEAMI é uma unidade ambulatorial submetida à Secretaria Municipal de Saúde, todos com recursos federais.

Diante do exposto, percebe-se que a zona urbana está organizada com 39 equipes de saúde distribuídas em 21 UBS nas três modalidades, e a zona rural com 19 equipes, em 11

UBS, em duas modalidades. Ademais, o município conta com uma cobertura da Saúde da Família de 93,5%. A escolha por estas Unidades de Saúde, localizadas em Caxias - Ma deu-se pelo fato destas unidades possuírem um atendimento através de busca ativa realizadas pelas visitas domiciliares e livre demanda de atendimento à mulher, desde 2002 e o CEAMI desde 2008. Ressalta-se, ainda, que em Caxias - MA não existem unidades básicas tradicionais, em que o trabalho é desenvolvido por vários profissionais e por demanda espontânea ou programada, pois em todas as UBSs funcionam o modelo Saúde da Família.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Entre os profissionais de nível superior atuantes na atenção primária de saúde, o município conta com 43 médicos, 60 enfermeiros e 58 cirurgiões dentistas, distribuídos nas 58 ESF. Assim, participaram da pesquisa 30 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Foram incluídos no estudo os enfermeiros que exercem atividades de atendimento à mulher na referida Estratégia Saúde da Família no município de Caxias no Maranhão, sendo excluídos os estagiários e profissionais que exercem atividades voluntárias.

Considerando a disponibilidade dos sujeitos em participarem do estudo, foi solicitado que, após a aceitação verbal, os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 196/96.

3.4 Técnica e Instrumentos de produção dos dados

A técnica utilizada para a obtenção das falas dos profissionais de saúde foi a entrevista, definida por Minayo (2012) como uma conversa que tem uma finalidade e que visa operacionalizar a metodologia abordada a partir da perspectiva dos participantes.

Por meio desse instrumento do tipo roteiro semi-estruturado, o qual, além de caracterizar os sujeitos através das variáveis fixas, abordará também aspectos como: a formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher; identificar as competências essenciais para o trabalho do enfermeiro na atenção primária relacionada à saúde da mulher; conhecer as influências do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção primária relacionada à saúde da mulher.

Assim, se utilizou a entrevista aberta ou em profundidade, que para Minayo, (2012), é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas dão extensão às reflexões. Para tanto, os profissionais responderam a um roteiro com questões abertas (APÊNDICE A), e todas as entrevistas foram realizadas em um local reservado, na própria UBS, utilizando-se um aparelho MP4 para gravar as falas, que, em seguida, foram transcritas e outras foram respondidas e escritas pelo próprio sujeito.

Ressalta-se que essas entrevistas eram agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e todas foram implementadas somente pela pesquisadora. Por isso, em alguns casos, retornou-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS) até cinco vezes, para que se pudessem abordar os trabalhadores outrora mencionados.

3.5 Produção dos dados

A produção dos dados ocorreu em uma única etapa do estudo, com a aplicação das entrevistas realizadas com os enfermeiros atuantes na atenção básica. As entrevistas eram agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e todas foram implementadas somente pela autora da pesquisa.

Assim, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI, foram feitas reuniões quinzenais entre a autora da pesquisa e os discentes, que colaboraram com a pesquisa, que, antes da inserção no campo da pesquisa, familiarizaram-se com o tema, por meio da leitura do projeto e de artigos importantes sobre a temática.

As entrevistas foram aplicadas entre os meses de setembro de 2012 e fevereiro de 2013, e os estudantes foram distribuídos nas 21 unidades de saúde da zona urbana, de acordo com a proximidade de suas residências. Nesse ínterim ocorreram também reuniões nas quais se discutiam as facilidades e/ou entraves na execução das atividades, bem como se sugeria a melhor maneira para sua realização. Para a execução dessa etapa da pesquisa, conforme referido anteriormente, os enfermeiros de todas as UBSs foram contactados, por telefone ou presencialmente.

Em seguida, montou-se um cronograma de atividades onde a autora da pesquisa e os estudantes selecionados, ao chegarem aos devidos locais, solicitavam os enfermeiros que eram sensibilizados a participarem do estudo que, em local reservado, individualmente, respondiam às perguntas dos formulários.

3.6 Análise dos dados

Com o intuito de se obter entendimento acerca do objeto deste estudo de acordo com seus pressupostos teóricos e metodológicos, o tratamento e análise dos dados foram realizados através do *software* ALCESTE 4.8, que recorre à co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumariar informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais (RIBEIRO, 2004).

Este *software*, criado por Reinert, na França, no final dos anos setenta, foi introduzido no Brasil em 1998, sendo cada vez mais difundido nos estudos das representações sociais. Segundo Reinert (1998), este programa pode indicar as representações ou campos de imagens sobre um objeto, ou apenas aspectos de uma representação social, dependendo do conteúdo e da relação estabelecida entre esse objeto e o plano de pesquisa.

O programa apresenta uma organização possível dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, o contexto semântico de cada classe, entre outros. Além disso, o ALCESTE segmenta o material das respostas das entrevistas dos sujeitos em grandes unidades denominadas de Unidades de Contextos Iniciais (UCI) e em unidades de segmentos denominadas Unidades de Contextos Elementares (UCE). De posse desse material, é possível explicitar o conteúdo presente no mesmo, denominando e interpretando cada classe a partir de todas as informações fornecidas pelo *software*.

Esse programa toma como base um único arquivo, denominado *corpus*, que é preparado segundo regras e constituído de várias UCIs (Unidades de Contexto Iniciais) que, segundo Camargo (2005), corresponde a um conjunto de entrevistas ou de respostas indeterminadas dos sujeitos participantes de um estudo às questões abertas, cujo documento possua cerca de 1.000 linhas, e aproximadamente 20 páginas de texto, em fonte courier 10, de forma que possa contar o elemento estatístico.

Posteriormente o programa faz a divisão do *corpus* em 166 UCE's (unidades de contexto elementar), com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procedeu ao cálculo da frequência destas formas reduzidas para finalmente obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de classificação hierárquica descendente, onde o teste qui-quadrado (Khi2) dessas formas reduzidas foi igual ou maior a 2,00.

No caso dessa pesquisa, o tratamento e análise dos dados permitiram as deduções sobre a organização das representações sociais dos sujeitos produtores dos discursos, sobre a formação dos enfermeiros na saúde da mulher e sobre a importância da mesma para a qualidade da assistência de enfermagem.

Dessa forma, através da análise dos dados numa sequência lógica de operações, surgiram quatro classes ou categorias discursivas correspondentes às representações sociais dos enfermeiros, as quais foram: Formação em nível de graduação para atuação na área da saúde da mulher; O trabalho do Enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher; A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na atenção básica; 3 - Educação permanente do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher. Assim, será possível organizar os resultados para interpretá-los à luz do referencial teórico deste estudo sobre a prática dos enfermeiros relacionado com a sua formação na atenção básica na assistência à mulher em todas as fases de desenvolvimento.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ – CAAE: 0484.0.043.000-11 (Anexo A) e autorização do responsável pelo local da pesquisa (Anexo B) respeitando a Resolução 196/96 do CNS/MS. Esta Resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, como por exemplo, a garantia do sigilo e a liberdade de recusa ou retirada do seu consentimento em qualquer fase do estudo. A mesma incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Os sujeitos do estudo não correram riscos, por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com manejo apenas de informações adquiridas por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada com perguntas, em que o sujeito ficará à vontade para responder ou não. Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação do sujeito, pois se avalia a formação destes, pode-se sugerir uma proposta educativa de melhoria da prática desses profissionais, dentro da educação permanente do Programa Saúde da Família em forma de cursos de atualização, seminários e especializações.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito 1: Formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER

TRAINING OF NURSES IN PRIMARY HEALTH OF WOMEN

FORMACION DE ENFERMERAS EN PRIMARIA DE SALUD DE LA MUJER

Márcia Sousa Santos¹ Maria Eliete Batista Moura² Inez Sampaio Nery³ Eliana Campêlo Lago⁴ Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes⁵

RESUMO

Objetivos: conhecer as influências do processo de formação do enfermeiro na atenção básica e analisar a formação do enfermeiro para o atendimento à mulher conforme o Programa de atenção integral à saúde da mulher. **Método:** estudo exploratório, com 30 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram produzidos por meio de entrevista, processados no Alceste 4.8 e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** conforme dendograma foram apresentados nas classes: 1- Formação em nível de graduação para atuação na área da saúde da mulher; 4- O trabalho do Enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher; 2- O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na atenção básica; 3 - Educação permanente do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher. **Considerações finais:** a educação permanente do enfermeiro é determinante para a promoção da saúde e atendimento às políticas públicas de atenção à mulher. **Descritores:** Enfermeiro. Atenção básica. Saúde da mulher. Formação de recursos humanos

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the influence of the process of nursing education in primary and analyzing the training of nurses to care for women program as integral to women's health. **Methodology:** an exploratory study with 30 nurses from the Family Health Strategy. Data were generated through interviews, processed and analyzed in Alceste4.8 by Descending Hierarchical Classification. **Results:** were presented as dendrogram classes: 1 - Training at the graduate level to work in the area of women's health; 4 - The work of nurses in primary care to women's health; 2 - The Program for Integral Attention to Women's Health in primary care; 3 - continuing education of nurses in primary health care of women. **Final considerations:** the continuing education of nurses is necessary for the promotion of health care and public policy attention to women. **Descriptors:** Nurse. Primary care. Women's health. Training of human resources

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAP. Professora da Graduação em Enfermagem da Faculdade de ciências e Tecnologia do Maranhão - FACEMA - Maranhão - Brasil. mssenfermeira@gmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Coordenadora de Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário - UNINOVAFAP. Professora da Graduação e do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI - Piauí - Brasil. mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br

³ Doutora em Enfermagem, Professora Associada II do Curso de Enfermagem-bacharelado da UFPI, membro efetivo dos programas de Mestrado em Enfermagem e Mestrado / Doutorado em Políticas Públicas-UFPI, E-mail: ineznery.ufpi@gmail.com

⁴ Doutora em Biotecnologia. Cirurgiã-dentista e Enfermeira. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário - UNINOVAFAP. Professora da graduação de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA e Professora da graduação de Enfermagem e Odontologia da Faculdade Integral Diferencial- FACID -PI, Brasil. E-mail: elianalago@ig.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, membro efetivo dos Programas de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.benevina@ufpi.edu.br

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la influencia del proceso de enseñanza de la enfermería en la educación primaria y el análisis de la formación de enfermeras para atender a las mujeres como programa integral para la salud de las mujeres. **Metodología:** un estudio exploratorio con 30 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. Los datos se han generado a través de entrevistas, procesados y analizados en Alceste4.8 por Clasificación jerárquica ascendente. **Los resultados:** se presentan como clases dendrograma: 1 - Formación a nivel de postgrado para trabajar en el área de salud de la mujer, 4 - El trabajo de las enfermeras en la atención primaria a la salud de las mujeres, 2 - El Programa de Atención Integral a la Salud de las Mujeres en la atención primaria, 3 - formación continua del personal de enfermería en la atención primaria de la salud de la mujer. **Consideraciones finales:** la formación continua del personal de enfermería es necesaria para la promoción de la salud y de atención de las políticas públicas para las mujeres. **Descriptores:** Enfermera. La atención primaria. Salud de la mujer. Formación de recursos humanos.

1 Introdução

A formação do enfermeiro é entendida como um meio de aprendizado constante em relação às instituições de ensino, a saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil, que deve proporcionar a formação de profissionais críticos e preocupados com as reais necessidades da clientela. A Estratégia Saúde da Família exige deste profissional preparo para atuar de forma adequada e qualificada na saúde da mulher.

Na atenção básica, a enfermagem participa com competência e responsabilidade dos processos relacionados à promoção da saúde e prevenção das doenças. Suas ações buscam satisfazer às necessidades referentes à saúde da mulher, visando à qualidade de vida¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinadas áreas de abrangência¹.

O enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante, junto com a equipe, na construção desse novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis do

centro de saúde, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades administrativas².

Os enfermeiros se destacam como profissionais indispensáveis para compor a equipe mínima de Saúde da Família, o que exige deste profissional estar preparado para atuar de forma adequada e qualificada desenvolvendo e adquirindo novas competências.

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde - ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade¹.

O atendimento a todas as necessidades de saúde da mulher, a integralidade na assistência durante todo seu ciclo vital, as práticas educativas que proporcionem maior controle e conhecimento da sua saúde e o planejamento familiar enquanto direito básico e processo de livre escolha dos métodos contraceptivos pelas mulheres e seus parceiros, são premissas que configuram um conceito ampliado de saúde reprodutiva, onde todas as fases da vida da mulher, da adolescência a terceira idade deverão ser tematizados².

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a atenção a saúde da mulher não deve se restringir a assistência materno-infantil nem se limitar as fases de vida onde a mulher tem capacidade de reprodução, ela deve englobar todo o ciclo vital da mulher³.

2 Objetivos

Diante desta problemática, o estudo tem como objetivos, descrever a formação do enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher; conhecer as influências do processo de formação profissional na atuação do enfermeiro na atenção primária relacionada à saúde da mulher; analisar a formação do enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

3 Métodos

É uma pesquisa do tipo exploratório com abordagem qualitativa por possibilitar uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa e para estudar a formação do enfermeiro no contexto da saúde da mulher.

O estudo exploratório é um tipo de pesquisa de campo, no qual se desenvolve uma investigação cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com a finalidade de familiarizar o pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para modificar ou clarificar conceitos⁴.

O cenário desta investigação foi o Município de Caxias, de área de 5.150,647 km², situado na região leste do estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital São Luís, e a 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. Apresenta uma população aproximada de 155.129 habitantes⁵.

Ressalta-se, ainda, que em Caxias - MA não existem unidades básicas tradicionais, em que o trabalho é desenvolvido por vários profissionais e por demanda espontânea ou programada, pois em todas as unidades básicas de saúde funcionam o modelo Saúde da Família.

Foram incluídos no estudo 30 enfermeiros que exercem atividades de atendimento a mulher na estratégia saúde da família no município de Caxias no Maranhão, sendo excluídos os estagiários e profissionais que exercem atividades voluntárias.

Considerando a disponibilidade dos sujeitos em participarem do estudo, foi solicitado que, após a aceitação verbal, os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 196/96.

A técnica utilizada para a obtenção das falas dos enfermeiros foi a entrevista, definida por como uma conversa que tem uma finalidade e que visa operacionalizar a metodologia abordada a partir da perspectiva dos participantes⁶.

Por meio desse instrumento do tipo roteiro semi-estruturado, o qual, além de caracterizar os sujeitos através das variáveis fixas, como: sexo, idade, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.

A produção dos dados ocorreu em uma única etapa, com a aplicação das entrevistas realizadas com os enfermeiros atuantes na atenção básica. As entrevistas com os profissionais eram agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e todas foram implementadas somente pela pesquisadora. Por isso, em alguns casos, retornou-se às unidades básica de saúde por até 5 vezes, para que se pudessem abordar todos os trabalhadores.

As entrevistas foram aplicadas entre os meses de setembro de 2012 e fevereiro de 2013. Nesse ínterim ocorreram também reuniões nas quais se discutiam as facilidades e/ou entraves na execução das atividades, bem com se sugeria a melhor maneira para sua realização.

Com o intuito de se obter entendimento acerca do objeto deste estudo de acordo com seus pressupostos teóricos e metodológicos, o tratamento e análise dos dados foram realizados através do *software* ALCESTE 4.8, que recorre à co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumariar informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais⁷.

O programa apresenta uma organização possível dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, o contexto semântico de cada classe, entre outros. Além disso, o ALCESTE segmenta o material das respostas das entrevistas dos sujeitos em grandes unidades denominadas de Unidades de Contextos Iniciais (UCI) e em unidades de segmentos denominadas Unidades de Contextos Elementares (UCE).

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ - CAAE: 0484.0.043.000-11 e autorização do responsável pelo local da pesquisa respeitando a Resolução 196/96 do CNS/MS.

4 Resultados

Tomando por base o problema, o objetivo de estudo e as questões aplicadas aos sujeitos da pesquisa, foi possível a partir da análise das respostas

oferecidas pelos entrevistados atingir o objetivo da pesquisa, o qual era avaliar a formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher.

O *Corpus* foi composto por 86 UCEs manipuláveis, correspondendo a 65,15% do total de 132 UCEs deste *corpus* e a 100% do total de UCEs do estudo. Foram identificadas quatro classes semânticas no material analisado e a associação das mesmas as variáveis do estudo, tempo de formação, sexo, idade, as quais representaram 100% do material submetido à análise. O *corpus* analisado no estudo é composto de 30 unidades de contexto inicial (UCI) ou entrevistas e foi dividido em 132 unidades de contexto elementar (UCE).

O dendograma representa 65,15% das UCEs (unidades de contexto elementar) recortadas do texto (das 132 UCEs identificadas foram classificadas 86).

Fig.1 Estrutura temática da formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher



A figura 1 mostra a relação entre as classes ou contextos temáticos pela Classificação Hierárquica Descendente.

5 Discussão

Classe 1 - Formação em nível de graduação para atuação na área da saúde da mulher

A classe 1, associada diretamente a classe 4, constituída por 24 UCEs, concentra 27,91% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, objetivaram a formação do enfermeiro para atuação na estratégia saúde da família conforme a figura 1.

Observou-se que os sujeitos da pesquisa demonstram que existem aspectos que durante a sua formação na graduação pouco se atribuiu conhecimento para área saúde da mulher, dando ênfase apenas na área da obstetrícia. É o que se pode observar nas UCEs a seguir:

Durante a graduação a disciplina da saúde da família e saúde da mulher nos oferece apenas o início do conhecimento (...) Na formação pouco se relacionou os conteúdos saúde da mulher (...) Pouco se relacionou os conteúdos de saúde da mulher durante a formação (...) O aprendizado de saúde da mulher possui após a especialização(...)

Nas UCEs acima se observa que durante a formação inicial pouco foi abordado sobre as várias fases que constitui a saúde da mulher, com isso o profissional sente despreparados para atuar nessa atividade.

Desde o início do século XX, a enfermagem começou a ser estruturada como uma atividade profissional. Pode-se dizer que é uma das mais antigas profissões, visto que a necessidade do cuidado de pessoas, quando estas adoeciam, sempre existiu. A figura de Florence Nightingale surge como um marco para o início da estruturação da profissão⁸.

As novas diretrizes curriculares para o curso de enfermagem têm adotado perspectivas mais humanistas. É esperado que a instituição universitária, comprometida com o destino dos homens, associe o máximo de qualificação acadêmica com o máximo de compromisso social, com vista a superar a

fragmentação do conhecimento até hoje presente. O perfil do formando egresso, descrito nas diretrizes curriculares é de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado nos princípios éticos⁹.

No ensino da Enfermagem, considerar como única função educativa a socialização, apenas dos saberes técnicos relacionados com a política profissional admitida para os profissionais de saúde deste nível é, provavelmente, correr o risco de sonegar elementos básicos de compreensão profunda daquelas práticas. Além disso, é desprezar a totalidade e a complexidade da educação e do próprio exercício profissional, que tem como critério, menos a hierarquização dentro de um campo profissional e, mais o entendimento da realidade (princípios, processos e procedimentos) para o desenvolvimento das competências humanas¹⁰.

Classe 4 - O trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher

Esta classe 4, associada diretamente à classe 1, constituída por 26 UCEs, representando 30,23% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, objetivaram o trabalho do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher conforme a figura 1.

*A falta de recursos dificultam o empenho do profissional (...)
Variados problemas em todas as faixas etárias (...)
Conhecimento teórico prático básico a gestante (...)
A gestão na unidade básica de saúde é um trabalho difícil e complexo(...)*

Observou-se nestas UCEs que os enfermeiros enfrentam vários problemas dentro das unidades básicas de saúde, sendo que não ocorre apenas no atendimento a mulher, mas também devido a outras atividades burocráticas realizadas, falta de recursos, como os insumos e também problemas relacionados ao atendimento à mulher em todo o ciclo vital.

Um breve diagnóstico da situação da Saúde da Mulher no Brasil. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes

proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina¹¹.

Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados³.

O direito à saúde é assegurado na Constituição Federal/1988, para toda a população por meio das políticas públicas para a promoção da saúde. Uma das ações no âmbito da saúde é a Atenção Básica que busca resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. A realidade social pode ser melhor compreendida quando é expressa por meio de indicadores, que são instrumentos identificadores de variações e comportamentos, para detectar necessidades e avaliar políticas públicas com vistas a corrigir realidades deficitárias e promover o desenvolvimento social³.

O modelo de assistência do programa de saúde da família constitui um desafio para o enfermeiro que, como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo da assistência à saúde¹⁵.

É importante enfatizar que o art. 19 do Código de Ética em Enfermagem determina a responsabilidade dos profissionais em enfermagem na promoção do aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão¹⁶.

Classe 2 - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, na atenção básica

Esta classe 2, associada diretamente à classe 1 e 4, constituída por 15 UCEs, representando 17,44% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, objetivaram uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher conforme a figura 1.

E um modelo de atenção que visa captar o paciente e reorientar o sistema único de saúde (...) Um modelo de reorientação da atenção básica que visa através do estabelecimento de um vínculo com a comunidade (...) Um modelo de assistência no contexto do SUS que reorienta para promoção da saúde(...) A estratégia que visa além da recuperação em saúde, a promoção da saúde (...)

Observou-se nestas UCEs que profissionais que fazem parte da atenção básica possuem um conhecimento básico sobre como abordar essas mulheres, com isso necessitam de um modelo de assistência que seja vinculado a um modelo holístico onde possa adquirir um conhecimento mais claro para realização da assistência a mulher.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo³.

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). O direito à saúde é assegurado na Constituição Federal/1988, para toda a população por meio das políticas públicas para a promoção da saúde. Uma das ações no âmbito da saúde é a Atenção Básica que busca resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. A realidade social pode ser melhor compreendida quando é expressa por meio de indicadores, que são instrumentos identificadores de variações e comportamentos, para detectar necessidades e avaliar políticas públicas com vistas a corrigir realidades deficitárias e promover o desenvolvimento social³.

As políticas relacionadas a saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação¹⁷.

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em

todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas¹¹.

Essa Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida³.

Classe 3 - Educação permanente do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher

Esta classe 3, associada diretamente à classe 2, e associada indiretamente as classes 1 e 4 constituída por 21 UCEs, representando 24,42% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, objetivaram uma educação permanente do enfermeiro na atenção básica a saúde da mulher conforme a figura 1.

Cursos na prevenção do câncer de colo uterino, de mama, doenças sexualmente transmissíveis (...) Atendimento de pré-natal, puerpério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (...) Treinamentos oferecidos pelo município sobre prevenção dos cânceres mais comuns (...) Cursos e capacitações sobre citologia e leitura dos resultados (...)

Observou-se nestas UCEs os profissionais, mesmo enfrentando várias dificuldades para atender as mulheres em todas as suas fases, vem realizando treinamentos, capacitação e cursos para realizar o atendimento na saúde da mulher.

O tema educação permanente em saúde vem sendo abordado em vários estudos. Para entendermos a sua importância é necessário conhecer a estratégia educacional que ainda permanece como educação continuada. A educação

continuada é um modelo que possui uma visão institucionalizada e pré-estabelecida, sem reflexão crítica por parte dos profissionais de saúde. Há uma grande preocupação por parte dos profissionais em relação a procedimentos técnicos, introdução de novos equipamentos e veem a supervisão como um meio de controlar, reconhecer falhas e fiscalizar o trabalho¹².

A educação permanente é uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção e de gestão, de formulação de políticas públicas, de participação popular e de controle social da saúde. Possibilita uma modificação no comportamento e atitudes dos profissionais, fazendo com que estes procurem uma atividade reflexiva de suas ações para assim melhorar o atendimento a comunidade e que o ensino-trabalho deve ser buscado constantemente e os problemas apresentados possibilitem a análise, para uma profunda reflexão, e com isso se procure a integração entre o ensino-trabalho-cidadania¹³.

Ainda no âmbito da educação e da saúde, a acumulação do conhecimento, traduzido em tecnologias e indicadores da qualidade dos processos de trabalho, tem influenciado a organização do trabalho, exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica¹⁴.

O desenvolvimento tecnológico está associado à crescente demanda e às necessidades, qualitativa e quantitativa, de saúde das populações e requer incorporação de processos de educação permanente, vinculados a um programa de desenvolvimento das pessoas em uma realidade concreta de vida e de trabalho¹⁴.

O Ministério da Saúde considera a Educação Permanente conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.

6 Conclusão

O enfermeiro, nesse contexto, se destaca como profissional indispensável para compor a equipe mínima de Saúde da Família. Na equipe Saúde

da Família, as atividades desempenhadas por esse profissional como planejar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, realizar assistência integral à saúde da mulher em todas as fases do desenvolvimento, bem como identificar as necessidades sociais de saúde da população e relacionar-se com ela, constituem a maior parcela de ações realizadas na atenção básica.

Mediante essas reflexões, foi possível conhecer, por meio deste estudo, alguns aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação dos enfermeiros envolvidos no trabalho do primeiro nível de atenção à saúde da mulher no município de Caxias. Implicou, ainda, perceber as influências do processo de formação profissional para atuação do enfermeiro na atenção básica e a identificar as competências essenciais para a realização de suas atividades relacionada ao atendimento à mulher.

Este trabalho é fruto de um trabalho de cunho social, com potencialidade de concretizar as recomendações das políticas públicas em saúde. Portanto, desafiador e, ao mesmo tempo, estimulante no sentido da construção de laços indissociáveis entre a academia e o serviço para a formação de enfermeiros qualificados para o exercício do cuidado às necessidades e anseios das mulheres no campo da saúde.

O estudo evidenciou que os enfermeiros, na sua formação, adquirem o conhecimento sobre a saúde da mulher de forma básica, buscam os cursos de capacitações e especializações e adotam um modelo assistencial que contribui para a assistência à mulher na atenção básica. Mesmo assim, enfrentam dificuldades devido à falta de estímulo, recursos materiais e autonomia para exercer sua função e necessita de uma educação permanente como fator determinante para a promoção da saúde e atendimento às Políticas Públicas de atenção à mulher.

O estudo ainda permite conhecer que os enfermeiros que estão atuando na Estratégia Saúde da Família do município de Caxias, estão com mais de um ano, e apenas dois enfermeiros possui pós graduação em saúde materno infantil, o que demonstra a falta de perfil profissional para atuar na saúde da mulher, e isso interfere nas ações realizadas com mulheres visto o desconhecimento dos princípios do SUS e dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde relacionados ao atendimento a mulher em todo o ciclo vital.

Considerando que a formação de recursos humanos em saúde focalizando a atenção básica vem sendo apontada como questão prioritária para pesquisas percebe-se, ainda, a escassez na literatura sobre a atuação do enfermeiro no nível de atenção à mulher. Sendo assim, o estudo apresentou limites como: a dificuldade em confrontar os diferentes perfis de enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família e abordagens teóricas a respeito das atividades que o enfermeiro vem realizando neste campo de atuação. Sabe-se que todo estudo tem seus limites, e, mesmo considerando as limitações deste, acredita-se que o seu produto se constitui em elementos relevantes para subsidiar discussões sobre a formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher.

Como contribuição tem-se na assistência, a sensibilização de enfermeiros, no sentido de oferecer um atendimento humanizado e integral à mulher. No ensino, como fonte de estudo e de capacitação a partir da elaboração de cartilha educativa para a mulher entender como funciona seu corpo em todo o seu ciclo de vida. Na pesquisa, por despertar o interesse por outros estudos e melhoria na qualidade do ensino de todos aqueles envolvidos na prática do cuidar, relacionado à saúde da mulher.

7 Referências

- 1 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a saúde da família. Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf. Acesso em: 10 de Setembro de 2011.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 4 Marconi, MA, Lakatos, EM. Fundamentos de metodologia científica. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2011.
- 5 Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d>. Acesso em: Abril. 2013.

- 6 Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
- 7 Ribeiro, U. Metodologia científica: teoria e prática. Rio de Janeiro: Axcel, 2004. 89-95.
- 8 Selbach, PTS. Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular: um estudo com professores do Curso de Enfermagem. São Luis: EDUFMA, 2009.
- 9 Pava, AM; Neves, EB. A arte de ensinar enfermagem: Uma história de sucesso. Revista Brasileira Enfermagem 2011; 64(2) 201-10.
- 10 Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 44ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1995.
- 11 Severino, JG, Costa, NCG. Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher na saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. Revista Matogrossense de Enfermagem, 2010; 1(2).
- 12 Montanha, D, Peduzzi, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, 2010; 44(3).
- 13 Tanji, S et al . Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, set. 2010; 31(3).
- 14 Merhy, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 15 Costa, MBS, Lima, CB; Oliveira, CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. Revista Brasileira de Enfermagem Brasília, Dez 2000; 53(especial): 149-52.
- 16 Conselho Regional de Enfermagem COREN - SP (BR). História da Enfermagem. Disponível em www.corensp.org.br/ocorensp/historia/13.php. Acesso em: 08/11/2012.
- 17 Santos, E K A, Oliveira, M E. Saúde da mulher e do recém-nascido: produção de conhecimento na graduação em enfermagem. Escola Anna Nery Revista Enfermagem 2009. Abr-jun; 13 (2): 313-18.

4.2 Manuscrito 2 (publicado) – Formação do enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família



INTRODUÇÃO

Contextualizando a Formação do Enfermeiro

A formação do enfermeiro tem sido discutida considerando aspectos que permeiam o ensino da enfermagem, a competência profissional, o perfil desejado, a demanda do mercado de trabalho, a qualificação docente, os projetos políticos pedagógicos dos cursos, as reformas curriculares, dentre outros.

O processo de formação também é permeado por uma trajetória de lutas na construção de um saber que oriente a prática. Esta formação perpassa por vários caminhos, desde a fase acadêmica até estudos de pós-graduação, que demandam novas formas de construção do conhecimento, exigindo mudanças para um melhor atendimento à população¹.

Essas mudanças são necessárias e pertinentes, em função de adaptações e resoluções dos novos problemas de saúde que vêm a exigir do enfermeiro uma postura técnica, teórica e ética, adquirida em sua formação e que seja capaz de intervir na realidade social, pois, o mundo globalizado, com suas novas configurações e o acelerado processo de modernização tecnológica e científica, demanda novas formas de construir o conhecimento, voltados para a transdisciplinaridade, requerendo mudanças no processo de formação de profissionais com competência para lidar com o atendimento à saúde da população¹.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) ficou estabelecida a integralidade da atenção à saúde como princípio norteador da formulação das políticas de saúde. Com isso, houve a reorientação da política de recursos humanos e reformulação

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011, dez. (Ed. Supl.):129-134

dos currículos das instituições de ensino superior (IES) através das Diretrizes Curriculares².

Nesse sentido, o processo de formação na educação superior é fundamentado por meio do desenvolvimento de competências e habilidades, numa perspectiva de formação de profissionais críticos, reflexivos inseridos no contexto histórico-social e embasados em princípios éticos.

É, pois, o Projeto Político Pedagógico o documento que detalha objetivos, diretrizes e ações do processo educativo, expressando a síntese das exigências sociais e legais do sistema de ensino e os propósitos e expectativas da comunidade escolar.

Entretanto, havendo mudança na concepção dos currículos de enfermagem, baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF-2001), em algumas realidades ainda permanece maior ênfase na competência técnica profissional, o que vem a atrapalhar o desenvolvimento de ações para intervir no enfrentamento dos problemas apresentados pela população assistida pelos profissionais³.

Assim, a adoção de estratégias que tenham fundamento nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), reflete no trabalho multidisciplinar e na integração entre ensino e prática, resultando na melhoria na atenção integral à saúde da população. Desse modo, aumenta-se a capacidade de aprender a aprender, que inclui o aprender a conhecer, a fazer e a ser, garantindo a formação de profissionais com discernimento e autonomia que assegurem a integralidade do cuidado com qualidade e resolutividade⁴.

O cuidado sempre esteve ligado às atividades de enfermagem, muito embora, apesar dele estar ligado à prática de enfermagem, essa

prática não revela interesse no atendimento das dimensões existenciais do ser humano, resultando na necessidade de mudança do discente para desenvolver habilidades em resolver problemas existentes, bem como, no docente para que possibilite uma melhor aproximação daquele com a realidade na qual está inserido⁵.

Essa compreensão reforça a necessidade de repensar o cuidado na formação do enfermeiro em todas as suas dimensões. Assim, o método para abordar o cuidado integral deverá ser um processo que proporcione o pensamento crítico e considere a complexidade e especificidade do trabalho em saúde⁶.

É importante, pois, viabilizar o desenvolvimento de estratégias educativas, como a reflexão crítica e a atitude problematizadora, por promover a valorização do saber do discente, dando instrumentos para a transformação da realidade na qual está inserido⁷.

Para Freire⁸, a concepção problematizadora se refere a um processo que se realiza no contato do homem com o mundo em que vive, que é dinâmico e em contínua transformação, por isso o conhecimento advindo desse processo é crítico, e obtido de forma reflexiva, o que implica em ação, reflexão e cuidado da realidade em no qual está inserido.

Desse modo, este contexto é um desafio para as instituições formadoras, por requerer uma análise aprofundada das concepções pedagógicas em estreita relação com as práticas, nos vários cenários de aprendizagem que envolve os serviços de saúde e estas instituições⁹.

A enfermagem brasileira vem repensando o modelo de formação dos profissionais pela proposta de uma educação transformadora, pela reelaboração de conhecimentos e habilidades adquiridas, como também a produção de novos

conhecimentos.

Com a criação do Sistema Único de Saúde e a implantação da Estratégia Saúde da Família, expandiu-se o campo de atuação do enfermeiro, de tal forma que atualmente o quantitativo de enfermeiros inseridos na ESF atinge mais de 80%. Esse fenômeno merece refletir como deve ser o processo de formação desse profissional, que se tornou imprescindível na consolidação dessa política de atenção à saúde.

Formação do Enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família

Segundo o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família veio para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinadas áreas de abrangência¹⁰.

A concepção filosófica da Estratégia Saúde da Família busca a reorganização de práticas assistências em novas bases e critérios, tendo como objetivo a atenção ao indivíduo no seu contexto familiar¹⁰. A nova política exige profissionais comprometidos, capazes de superar o paradigma dominante no campo da saúde. Assim, a formação dos enfermeiros vem merecendo um repensar, já que o modelo implantado inclui a quebra de paradigmas e a formação de novos conceitos.

Nesse contexto da atenção básica, o enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante na construção do novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os

profissionais da enfermagem bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis dos centros de saúde, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades administrativas¹¹. Embora as atividades da enfermagem realizadas na ESF sejam de demanda programada, isto é, agendadas previamente, como pré-natal de baixo risco, preventivo, visita domiciliar, acolhimento, grupos educativos, além das atividades burocráticas e administrativas, como o preenchimento de formulários e a supervisão, todo esse processo mereceu das instituições de ensino superior modificações teóricas e prática capaz de habilitar o enfermeiro para o desenvolvimento de atividades em um cenário aberto, rico de normas e saberes científicos, permeados pela comunicação e pela cultura local que interagem com os saberes e práticas dos usuários, produzindo novos saberes e novas práticas. Nesse processo, o usuário é o protagonista do seu próprio cuidado, ele deve ser trabalhado para assumir a prevenção, promoção e reabilitação de sua saúde^{12,13}.

A atuação do enfermeiro na atenção básica sugere, pois, a aproximação da formação acadêmica com as mudanças na prática da saúde pública brasileira, permitindo que esse profissional desenvolva uma visão ampla das questões de saúde, discuta seus determinantes e condicionantes, elenque prioridades e planeje ações em equipe. O seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente.

Entretanto, muitas dificuldades também são encontradas pelos enfermeiros no desenvolvimento das múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e no processo de educação/formação, que se sobrecarregam

fazendo com que a prestação de serviço seja algo estressante¹⁴. Cabe também as instituições de ensino orientar esse profissional, durante sua formação acadêmica para saber lidar com essas condições e com outras, advindas de uma prática aberta em comunidade, permeada, muitas vezes pela violência urbana, pela pobreza extrema, pela falta de infraestrutura social, pelo estresse, e pela própria interdisciplinaridade, incertezas, falta de clareza de suas posições nesse espaço social de atenção a saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

A formação acadêmica do enfermeiro deve contribuir para o processo de promoção da saúde, com o propósito de aumentar a consciência e oferecer conhecimentos e habilidades imprescindíveis ao profissional para que se torne, também provedor e educador de sua própria saúde e assim contribuir, efetivamente, com a nova ordem social no âmbito da saúde, organizada nos princípios do sistema único de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de formação do enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família, requer das instituições de ensino o redimensionamento de suas ações visando à reorientação dessa formação voltada para o desenvolvimento de competências e habilidades, que efetivamente possibilitem ao enfermeiro o desenvolvimento de atividades que venham atender demandas da sociedade e aos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde.

Para atender a essa formação, que desafia mudança de paradigma e de conceitos, as instituições de ensino superior lançam estratégias para fundamentar de forma clara, científica o novo modelo posto pelo Ministério da Saúde. Assim, é estimulada a capacitação dos docentes,

haja vista que esses também tiveram em sua formação uma visão diferente daquela imposta hoje pela nova política de atenção básica; realização de oficinas pedagógicas sobre competências e habilidades; formação de comissões permanentes de avaliação; incentivo e inserção dos alunos em núcleos de pesquisa, além de novas metodologias que integrem a teoria com a prática do modelo de atenção à saúde no país.

REFERÊNCIAS

1. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto contexto - enferm.* 2010 mar 19(1):176-84.
2. Costa RKS, Miranda FAN. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* 2009 abr 62(2):300-4.
3. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.4 [citado 2012-04-19], pp. 570-575. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400017>
4. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev. bras. enferm.* 2007 Dez 60(6): 627-34.
5. Silva LF, Damasceno MMC. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: reflexão para a prática. *Texto contexto - enferm.* 2005 Jun 14(2):258-65.
6. Silva KLS, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(4):488-91.
7. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Rev. Eletrônica de Enferm.* 2008;10(1):228-234. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Porto: Afrontamento; 1975.
9. Prado ML, Riebnitz KS, Gelbecke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade com elemento plasmático para a formação da profissional crítico-reflexivo em enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2006 abr./jun 15(2):296-302
10. Ministério da Saúde (BR). *Guia prático do programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Alencar, RCO. A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF). Dissertação [Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
12. Friedrich DBC, Pieranton CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis* 2006;16(1):83-97.
13. Moreira JB. *Comunicação: tecnologia leve para interação dos saberes e práticas do cuidado - enfermeiro e usuários*. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):129-134

Moura MEB, Monteiro CFS, Araújo RRM et al.

ISSN 2175-5361
Training of nurses...

14. Villas Bôas LMF, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(4):1355-60.

Recebido em: / /20

Aprovado em: / /20

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):129-134

4.3 Cartilha educativa

SAÚDE DA MULHER: AO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA



APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem por objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional.

Aprender sobre o corpo e seu funcionamento é muito importante para que possa controlar as doenças e mantê-lo sadio. Nessa cartilha se apresenta algumas informações básicas sobre a mulher. As ações estão voltadas para as linhas do cuidado que compreendem cinco eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal; parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama e violência sexual.

Que esta cartilha seja um referencial para a qualificação da assistência à mulher no município, com impacto positivo na saúde da população. Compreendemos que não se encerra aqui este trabalho, uma vez que as atualizações e novas revisões deverão ser feitas periodicamente.



MULHER ADOLESCENTE

Direitos: Implementação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde; Implementação da Caderneta da Saúde da Adolescente; Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória; Implementação do Plano de Ação Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens; Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Saúde: A mulher se caracteriza na puberdade: pela diminuição no crescimento dos ossos; pelo surgimento dos seios (peitos); pelo surgimento de pêlos no ventre e nas axilas; pela chegada da menstruação (menarca) e ovulação; pelo aumento do desejo sexual; por mudanças emocionais.

Menstruação: Começa na metade da puberdade, geralmente entre 11 e 12 anos, ainda que dos 10 até os 18 anos a menina pode ficar menstruada. A menstruação não é doença; é algo totalmente normal na vida da mulher e pode ser encarada sem restrições. O ciclo menstrual varia de 20 a 36 dias, sendo que a maioria das mulheres tem um ciclo de 28 dias. Sintomas relacionados a menstruação: Aumento do desejo sexual; dores no abdome (dismenorréia); dores nas pernas; dores de cabeça (enxaqueca); mal humor/irritação/depressão; dores nos seios. Esses sintomas são chamados de "síndrome pré-menstrual".

ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A anticoncepção na adolescência constitui-se como medida de prevenção de situações como a gravidez indesejada e o aborto, causando danos muitas vezes irreparáveis à saúde das adolescentes. No caso brasileiro, do total de abortos, 7% a 9% são de adolescentes, sendo a maioria entre 17 e 19 anos de idade (BRASIL, 2010).

Observações:

A contracepção de emergência não é um método abortivo, conforme as evidências científicas demonstram.

Deixar de oferecer a contracepção de emergência nas situações em que está indicada, pode ser considerada uma violação do direito do paciente, uma vez que este deve ser informado a respeito das precauções essenciais.

Serviços de atendimento no município:
Unidades Básicas de Saúde; CEA-M;
Secretaria Municipal da Mulher.

MULHER ADULTA

Direitos: Ações de assistência ao pré-natal; incentivo ao parto natural; redução do número de cesáreas desnecessárias; redução da mortalidade materna; enfrentamento da violência contra a mulher; planejamento familiar (Planejamento Familiar com métodos escolhidos pela mulher, a Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996 regula o Parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar e no parágrafo 4º a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária e vasectomia); assistência ao puerpério; assistência ao climatério e menopausa; assistência às mulheres negras; assistência à população de gays, lésbicas e transgêneros (GLBTT); política e diretrizes de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS nas mulheres.

VIOLÊNCIA SEXUAL ORIGINADA EM UM HE-ARTIGO 226

Define-se violência sexual como aquela proveniente de condutas que afetam a integridade sexual, física ou psicológica. A violência sexual, além de uma questão importante no campo da segurança, constitui um problema de saúde pública e uma das causas mais relevantes da morbidade e mortalidade materna.

ASSISTÊNCIA À PRÉ-CONCEPÇÃO

A assistência à pré-concepção tem como objetivo orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar, com o intuito de identificar os fatores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação. A equipe de saúde deverá, ao assistir as mulheres/casais, prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção. Assistência à anticoncepção no que se refere à anticoncepção, a orientação/aconselhamento constitui a informação correta, completa e de acordo com as necessidades da usuária sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e cientificamente comprovados, bem como reflexão sobre conhecimentos, valores, atitudes e práticas das usuárias que facilitem ou dificultem a utilização de anticoncepcionais. Por meio de uma orientação efetiva a usuária pode escolher o método mais adequado às suas necessidades, seu estilo e seu momento de vida atual (BEMFAM, 2007).

Encaminhamentos necessários para anticoncepção cirúrgica:

A usuária deverá receber: Declaração de Participação no Planejamento Familiar; Termo de Consentimento Informado que deverá ser assinado e reconhecido em cartório, e que somente terá validade legal para a realização do procedimento após decorridos 60 (sessenta) dias.

O Centro de Saúde deverá:

Encaminhar a listagem das usuárias para a Regulação, respeitando os 60 dias da assinatura do Termo de Consentimento para o agendamento da anticoncepção cirúrgica. Após o agendamento, a usuária deverá ser orientada a levar: Declaração de Participação no Planejamento Familiar e Termo de Consentimento; Documento de Identidade, Cartão Nacional de Saúde e Cartão SUS; Resultados dos exames solicitados; Controle dos Câncer de mama e câncer de colo uterino.

Os enfermeiros devem atuar na promoção dos fatores evitáveis do câncer de mama, por meio de programas de educação em saúde, como também, na detecção precoce através do rastreamento mamográfico e do exame clínico de mama. O câncer de colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, em 1988, definiram o consenso para a indicação do exame colpocitológico: Em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez por ano e, após 2 (dois) exames anuais consecutivos negativos, indicar o exame a cada 3 anos.

Mulheres grávidas: Não está contra-indicada a realização do exame colpocitologia oncótica em mulheres grávidas, pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente, até o 7º mês de gestação. Deve-se realizar apenas a Coleta da Ectocervice

Assistência às mulheres portadoras de colpites e cervicites

Segundo Zampieri et al (2011) um terço das consultas ginecológicas é devido a sintomas de vulvovaginites e endocervicites, sendo o corrimento vaginal a principal causa de procura. O sucesso na resolução desse problema exige que o profissional realize um exame físico e uma abordagem clínica minuciosa, dando ênfase as características das secreções vaginais e endocervicais, bem como a resposta inflamatória produzida, e a avaliação dos resultados dos exames citológicos em relação aos achados microbiológicos.

Condições Predisponentes: Hábitos de higiene desfavoráveis; Relações sexuais sem uso de preservativo; Alérgenos (perfumes, geléias contraceptivas, tecidos, sabões, etc.); Agentes infecciosos (mais comuns: gardnerella, tricomonas, cândida); Problemas dermatológicos; Alteração do pH vaginal, o pH da vagina constitui uma barreira de defesa, pois a acidez detém os germes (O pH normal da vagina varia entre 3,5 e 4,5); Condições que alteram a flora bacteriana e/ou o pH vaginal (diabetes, queda imunológica por enfermidades ou stress, uso de antibioticoterapia, duchas vaginais, gestação, ciclo menstrual, etc.); Causas inespecíficas; Ausência de bacilos de Döderlein (barreira de defesa do aparelho genital).

Serviços de atendimento no município:

Unidades Básicas de Saúde; CE-AMI, Secretaria Municipal da Mulher.

MULHER GESTANTE

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

A atenção ao pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso durante a gravidez, implica considerar os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos da mulher que está incluída no processo gravídico. O principal objetivo é acolher a mulher desde o princípio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

COMPETÊNCIA ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À GESTANTE:

Captar a gestante para iniciar o pré-natal precocemente, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação; na suspeita de gravidez, ou atraso menstrual, solicitar o teste de gravidez (BHCG); Nos casos de BHCG positivo, abrir o prontuário eletrônico, registrar a gestante no sistema para obter o número do SISPRENATAL e registrá-lo na carteira da gestante; Obter o número de SISPRENATAL da listagem fornecida; Aferir a pressão arterial e medida de peso e altura da gestante; Realizar a consulta de pré-natal e intercalar as suas consultas com as do médico, dependendo da classificação por grau de risco ou necessidade; Identificar situação de risco durante a consulta de enfermagem; Solicitar e avaliar os resultados de todos os exames de pré-natal; Realizar o exame de colpocitologia oncótica, se necessário, e encaminhar as citologias alteradas ao médico de família de sua área de abrangência ou ginecologista; Prescrever medicações conforme o protocolo; Se for detectado algum risco, referir a gestante à avaliação médica; e/ou encaminhar direto para maternidade; Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas e ao uso adequado da medicação instituída; Monitorar as gestantes de sua responsabilidade com Infecção do Trato Urinário, quanto à frequência nas consultas agendadas, ao uso adequado da medicação instituída e

ao controle de cura da infecção; Estimular e desenvolver atividades educativas, tais como, grupo de gestantes, e /ou casais grávidos; atividades educativas em sala de espera; Divulgar e convidar as gestantes quanto à programação das atividades educativas; Organizar e agendar as visitas à(s) maternidades; Promover a vigilância em saúde de todas as gestantes com especial atenção às de risco; Avaliar o esquema de imunização e indicar a realização das vacinas se necessário; Realizar consulta puerperal entre o 7º ao 10º dia pós-parto, conforme agendamento; Realizar registro dos dados do atendimento no SISPRENATAL; Cuidados nutricionais para todas as gestantes.

SITUAÇÕES QUE DEVERÃO SER ENCAMINHADAS DIRETAMENTE ÀS MATERNIDADES:

Pré-eclâmpsia severa; Gravidez ectópica; Ruptura prematura das membranas; Sangramento em qualquer idade gestacional; Trombose venosa profunda.

PUERPÉRIO

As consultas de puerpério são de competência do médico da família, enfermeiro e gineco-obstetra. Elas são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal. Consta de duas consultas; a primeira no período de 7 a 10 dias e é agendada na maternidade, antes da alta. E a segunda deve ocorrer até o 42º dia pós-parto.

Têm como objetivos: Avaliar interação entre mãe e RN; Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN; Identificar e conduzir situações de risco e/ou intercorrências; Orientar e apoiar a família; Orientar os cuidados básicos com RN; Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva; Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação

Serviços de atendimento no município:

Unidades Básicas de Saúde; CEAMI, Maternidade Carmosina Coutinho.

MULHER NO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Assistência ao climatério

O climatério é um dos períodos evolutivos da vida da mulher. É uma fase de transição, complexa, que pode ser encarada como fenômeno patológico ou saudável, dependendo da compreensão que a mulher tem deste período, da influência familiar, dos cuidados relativos à sua saúde, das atividades sociais e profissionais desenvolvidas, da sua personalidade, das crenças e valores, do contexto em que vive e do grau de escolaridade, entre outros (ZAMPIERI, 2011).

A fase do climatério não tem um limite preciso para seu início ou término, podendo ir desde os 35 aos 60 anos. A instalação da menopausa é definida pela cessação completa ou permanente de menstruação (12 meses de amenorréia). Ocorre frequentemente no climatério e a idade média é de 51,4 anos (BRASIL, 2009).

O diagnóstico do climatério e da menopausa é eminentemente clínico.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (carência hormonal); portanto, o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem com uma abordagem menos agressiva e invasiva possível. Por outro lado, há práticas e terapias tradicionais como a fitoterapia, homeopatia e/ou acupuntura que, aliadas a um estilo de vida adequadamente saudável no referente à alimentação, atividade física, saúde mental e emocional podem apoiar de forma satisfatória a mulher durante o climatério. (BRASIL, 2009).

Serviços de atendimento no município:

Unidades Básicas de Saúde, CEAMJ, Secretaria Municipal da Mulher.

MULHER IDOSA

Idoso é definido no Brasil como o indivíduo com 60 anos ou mais. Dentro deste grupo os muito idosos – indivíduos acima de 75 anos – destacam-se por apresentar um declínio funcional acentuado, muitos se tornando idosos fragilizados.

O idoso caracteriza-se pelo tronco curto e extremidades longas. O crânio tem seu diâmetro aumentado. Ocorre crescimento do nariz e as orelhas se tornam mais longas dando uma face típica ao idoso. Há tendência a ganho de peso pelo aumento do tecido adiposo e perda de massa muscular e óssea. A distribuição da gordura corporal se acentua no tronco e menos nos membros. Há alterações na cavidade oral, havendo perda do paladar.

As quedas e suas consequências se fazem presentes em todas as épocas da vida, porém são encaradas explicitamente como um problema da idade avançada. Os indivíduos idosos caem mais e correm mais riscos de lesões. O impacto psicológico das quedas é devastador entre os indivíduos mais velhos. Um episódio de queda pode ocasionar o trauma direto, imobilidade pós-queda, danos psicológicos e sociais assim como ser causa de mortalidade. A prevenção de quedas torna-se um assunto de importância vital na saúde pública pelos prejuízos e morbidade relacionados a esses eventos.

Nos idosos, a capacidade da bexiga e o tônus estão diminuídos, causando uma maior dificuldade de retardar a micção. Há agravantes como a fraqueza do esfíncter uretral ou uso de medicamentos que podem causar a incontinência urinária.

O acolhimento nesta fase é importante, onde o profissional de saúde faz processos de mapeamento dos idosos na comunidade, a realização da avaliação funcional dos idosos na comunidade e a recepção dos serviços adequados para receber estes idosos.

Propostas de acolhimento do idoso: vagas garantidas nas agendas aos idosos; senha preferencial para atendimento ao idoso nas Unidades de Saúde; organizar um dia para o atendimento do idoso.

Serviços de atendimento no município:

Unidades Básicas de Saúde, CEAMJ, Maternidade Carmosina Coutinho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. **Caderno de Atenção Básica; nº 9**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanização - Manual Técnico**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Caderno de Atenção Básica; nº 13**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

COSTA, N. F. P. et al. **Normas técnicas em anticoncepção**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 2007.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher**. / Secretaria Municipal de Saúde. -- Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

ZAMPIERI, M.F.M.; GARCIA, O.R.Z.; BOEHS, A.; VERDI, M. (Org.) Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher. **Textos Fundamentais – série atenção primária da saúde**. Florianópolis: UFSC/NFR, 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizada por meio da Estratégia Saúde da Família compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. É sabido que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) está em constante modificação. Nessa perspectiva, o desafio atual é instituir redes de atenção à saúde com capacidade de oferecer a população uma assistência contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde. Essa concepção supera a antiga proposição do modelo de atenção à saúde exclusivamente centrado na doença. A ideia de organizar a rede de atenção à saúde tendo a atenção básica como porta de entrada e estabelecida com base na atenção à família convoca mudanças na formação de enfermeiros, pois eles constituem a base para viabilização e implementação de ações e projetos para a saúde da mulher.

O enfermeiro, nesse contexto, se destaca como profissional indispensável para compor a equipe mínima de Saúde da Família. Na equipe Saúde da Família, as atividades desempenhadas por esse profissional como planejar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, realizar assistência integral à saúde da mulher em todas as fases do desenvolvimento, bem como identificar as necessidades sociais de saúde da população e relacionar-se com ela, constituem a maior parcela de ações realizadas na atenção básica.

Mediante essas reflexões, foi possível conhecer, por meio deste estudo, alguns aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação dos enfermeiros envolvidos no trabalho do primeiro nível de atenção à saúde da mulher no município de Caxias. Implicou, ainda, perceber as influências do processo de formação profissional para atuação do enfermeiro na atenção básica e a identificar as competências essenciais para a realização de suas atividades relacionados ao atendimento à mulher.

Este trabalho é fruto de um trabalho de cunho social, com potencialidade de concretizar as recomendações das políticas públicas em saúde. Portanto, desafiador e, ao mesmo tempo, estimulante no sentido da construção de laços indissociáveis entre a academia e o serviço para a formação de enfermeiros qualificados para o exercício do cuidado às necessidades e anseios das mulheres no campo da saúde.

O texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher destaca a importância da perspectiva de gênero na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. Entretanto, sabe-se que esses processos não são lineares e que os

cenários e os atores dificilmente são os mesmos nos três processos. É preciso contextualizar. A inclusão da abordagem de gênero e da integridade é imprescindível numa política pública comprometida com a transformação das desigualdades e a construção de uma sociedade mais igualitária e justa para mulheres, de todas as classes, todas as raças e todas as gerações.

O estudo evidenciou que os enfermeiros, na sua formação, adquirem o conhecimento sobre a saúde da mulher de forma básica, buscam os cursos de capacitações e especializações e adotam um modelo assistencial que contribui para a assistência à mulher na atenção básica. Mesmo assim, enfrentam dificuldades devido à falta de estímulo, recursos materiais e autonomia para exercer sua função e necessita de uma educação permanente como fator determinante para a promoção da saúde e atendimento às Políticas Públicas de atenção à mulher.

O estudo ainda permite conhecer que os enfermeiros que estão atuando na Estratégia Saúde da Família do município de Caxias, estão com mais de um ano, e apenas dois enfermeiros possui pós graduação em saúde materno infantil, o que demonstra a falta de perfil profissional para atuar na saúde da mulher, e isso interfere nas ações realizadas com mulheres visto o desconhecimento dos princípios do SUS e dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde relacionados ao atendimento a mulher em todo o ciclo vital.

Considerando que a formação de recursos humanos em saúde focalizando a atenção básica vem sendo apontada como questão prioritária para pesquisas percebe-se, ainda, a escassez na literatura sobre a atuação do enfermeiro no nível de atenção à mulher. Sendo assim, o estudo apresentou limites como: a dificuldade em confrontar os diferentes perfis de enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família e abordagens teóricas a respeito das atividades que o enfermeiro vem realizando neste campo de atuação. Sabe-se que todo estudo tem seus limites, e, mesmo considerando as limitações deste, acredita-se que o seu produto se constitui em elementos relevantes para subsidiar discussões sobre a formação do enfermeiro na atenção básica à saúde da mulher.

Como contribuição tem-se na assistência, a sensibilização de enfermeiros, no sentido de oferecer um atendimento humanizado e integral à mulher. No ensino, como fonte de estudo e de capacitação a partir da elaboração de cartilha educativa para a mulher entender como funciona seu corpo em todo o seu ciclo de vida. Na pesquisa, por despertar o interesse por outros estudos e melhoria na qualidade do ensino de todos aqueles envolvidos na prática do cuidar, relacionado à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F.S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. **Conceitos**. Julho de 2004/2005.

BICCA, L.H; TAVARES, K.O. A atuação da enfermeira no Programa Saúde da Família: uma breve análise da sua prática assistencial. **Revista Nursing**, v.92, n.9, p.632-637, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conselho nacional dos Secretários de Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior, **Parecer nº 3, de 07 de novembro de 2001** – institui as Diretrizes Curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e cultura, 2001.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília (DF), 1988.

_____. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais** / Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2006. 162 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implantação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Educação. **Comissão nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES)**. Orientações gerais para o roteiro de auto-avaliação das instituições. Brasília: Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa Anísio Teixeira, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disposições gerais sobre a atenção básica dos princípios e diretriz gerais da atenção básica. Ministério da Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. p 82. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Ano da Mulher. **Legislação e Saúde**. 1ª ed. Brasília – DF, 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0570_M.pdf. Data de Acesso: 22 de Março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a saúde da família**. Princípios e Diretrizes. Brasília – DF, 2010. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf. Acesso em: 10 de Setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde - "**Assistência Pré-natal**" - Normas e Manuais Técnicos, Centro de Documentação do MS, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde – **Departamento de Atenção Básica**: Manual. 8ª Ed. Brasília, 2012.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília – DF, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 30 de agosto de 2012.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, A.C. Antecedentes históricos. In: ABEn. **Documentário**. Brasília: ABEN, p. 13-19. 1976.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. COREN – SP. **História da Enfermagem**. Disponível em www.corensp.org.br/ocorensp/historia/13.php. Acesso em: 08/11/2012.

COSTA, M. B. S.; LIMA; C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 149-152. Dez 2000.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.62, n.2, mar/abr. 2009.

FALCÓN,G.S. et al. A complexidade na Educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Revista Texto & contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p. 343-351, abr/jun, 2006.

FERNANDES, R.Á.Q.; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Editora Manole – ABEn-SP. Reimpressão 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 44. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 213 p.25, 2005.

ITO E.E. et al. O ensino da enfermagem e as Diretrizes Curriculares Nacionais: utopia x realidade. **Revista Esc. Enf. USP**, v.40, n.4, p. 570-5, dez.2006.

LAURENTI, R.; MELLO, M. H.P.; GOTLIEB, S. L. D. A Saúde Materna e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Revista Saúde.com** (Online), v. 1, p. 3-10, 2007.

LIRA, N.F.; BONFIM, M.E.S. **História de Enfermagem e Legislação**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 67 p. 1989.

LOPES N. et al. Aderências dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.6, p. 627-634, 2007.

MACHADO, G.L.; SILVA, M.R. Educação em Saúde: instrumento de ação para o enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev. Nursing**, v. 104, n.9, p. 44-50, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas 2011.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas 2010.

_____. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. Ed. Hucitec, São Paulo-SP, 2012.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: Uma história de sucesso. **Revista Brasileira Enfermagem**. vol.64 no.1 Brasília Jan./Feb. 2011.

PEREIRA, A. L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p.1527-34, set/out, 2003.

PIERANTONI, C.R. et al. Reconfigurando perfis profissionais: A especialização em saúde da família. In: PIERANTONI, Célia R; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 224-239, 2010.

REINERT, M. **Alceste: Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application**. Bulletin de Méthodologie Sociologique, 28,24-54, 1990.

SALLES, E.B.; BARREIRA, I.A. Formação da comunidade científica de enfermagem no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. Jan-Mar; 19(1): 137-46, 2010.

SANTOS, L. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-28, jan-mar., 2008.

SANTOS, E.K.A.; OLIVEIRA, M.E. Saúde da mulher e do recém-nascido: produção de conhecimento na graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. Abr-jun; 13 (2): 313-18. 2009.

SELBACH, P.T.S. **Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular**: um estudo com professores do Curso de Enfermagem. São Luis/MA: EDUFMA, 2009.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico** 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SEVERINO, J.G.; COSTA, N.C.G. Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher na saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. **Revista Matogrossense de Enfermagem**. Mato Grosso. 2010.

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

SILVEIRA, C.A.; PAIVA, S.M.A. A Evolução do ensino de enfermagem no Brasil: Uma revisão histórica. **Ciência Cuidado e Saúde**. Vol 10 nº1. P.176-183. Jan/Mar 2011.

SOUTO, K.M.B. **SER Social**, Brasília, v. 10, n.22, p.161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p.1.325-1.335, 2009.

TANJI, S. et al . **Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros**. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, set. 2010 .

VIEIRA, A.N.V.; SILVEIRA, L.C.; MIRANDA, K. C.L.M.; FRANCO, T.B. A formação em enfermagem enquanto dispositivo indutor de mudanças na produção do cuidado em saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**. Vol13 nº4 p.758-63. Out/dez 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVA FAPI
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER

Roteiro de entrevista da Pesquisa

Depoente nº:..... Idade:.....

Ano de Formação:.....

Pós-graduação: Ano:.....

Área:.....

Tempo de atuação na ESF:.....

1. O que é a Estratégia Saúde da Família? *(na sua concepção)*
2. Que conteúdos na sua graduação foram abordados sobre a Estratégia Saúde da Família?
3. Qual a sua formação na Estratégia Saúde da Família no cuidado à Saúde da Mulher? *(cursos, especializações, capacitação e outros)*
4. Em que sua formação contribui para você atuar na Saúde da Mulher? *(formação acadêmica; dentro da sua graduação)*
5. Fale livremente sobre os aspectos que interferem em sua formação para atuar nos aspectos relacionados à saúde da mulher em todas as suas fases da adolescência, a idosa. *(as dificuldades encontradas após a graduação: colocar críticas, sugestões e como poderia melhorar)*

APENDICE B



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVA FAPI
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, por meio deste, convidá-lo (a) para você participar voluntariamente do estudo “FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER”. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Este estudo tem como pesquisadoras: Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura (pesquisadora responsável) e Márcia Sousa Santos (pesquisadora participante).

JUSTIFICATIVA

A saúde da mulher é um problema de Saúde Pública onde, a estratégia saúde da família tem um papel importante no acompanhamento dessas mulheres durante toda a sua vida. Daí decorre a necessidade de identificar como o enfermeiro está atuando na Estratégia Saúde da Família, para obter subsídios a fim de aprimorar a qualificação e o processo de trabalho deste profissional.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Analisar a formação do Enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher e Identificar os aspectos que interferem em seu processo de formação para atuação na saúde da mulher.

PROCEDIMENTOS

Este trabalho será desenvolvido através de entrevista espontânea com enfermeiros com roteiro semi-estruturado, para obter dados concretos e objetivos sobre a formação do Enfermeiro da atenção básica na saúde da mulher. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o profissional preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

BENEFÍCIOS

Os benefícios desta pesquisa serão a melhoria da qualificação dos enfermeiros, e mesmo que não sejam imediatos, poderão surgir através de programas educativos.

RISCOS

Os procedimentos não implicarão em risco ou desconforto à saúde, serão apenas entrevistas, em que o sujeito fica à vontade para responder ou não e a identificação não será revelada, pois não constarão no roteiro de entrevista itens no qual isso possa ocorrer os participantes serão identificados como depoentes nº. As informações relacionadas ao estudo

são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob sigilo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação nesse estudo é voluntária e isenta de qualquer custo. Você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você.

DÚVIDAS

Após todas estas informações, você poderá fazer as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo e no caso de qualquer dúvida ou reclamação em relação ao estudo, procurar a pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura CPF: 13905414368 Tel: (86) 9991-1503 ou a pesquisadora participante Márcia Sousa Santos CPF: 354.252.372-00 Tel: (99) 3421-7692. No caso de qualquer problema ou reclamação em relação à conduta dos pesquisadores poderei procurar o Comitê de Ética da NOVAFAPI, na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai; CEP: 64073-505; Teresina – Piauí; Tel: (86) 2106-0738; cep@novafapi.com.br.

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura

Márcia Sousa Santos

Consentimento Informado do Participante da Pesquisa

Fui informado (a) que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da NOVAFAPI e diante do exposto, eu, _____, abaixo assinado; RG _____, concordo em participar da pesquisa acima esclarecida. Declaro que fui informado (a) sobre os objetivos, procedimentos, os benefícios e ausências de riscos desta pesquisa. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além das pesquisadoras, terão acesso ao nome do participante da pesquisa. Entendo também, que tenho direito de receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com as pesquisadoras. Fui informado (a), ainda, que minha participação é voluntária e se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo a qualquer momento, não sofrerei nenhum prejuízo e as pesquisadoras não poderão aplicar nenhuma penalidade. Declaro, não possuir nenhum grau de dependência com os pesquisadores envolvidos e, portanto não me sinto pressionado de nenhuma maneira a participar desta pesquisa, que compreendi tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento.

Teresina, _____ de _____ de 2012.

Assinatura Participante

ANEXOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	 Faculdade de Saúde Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI Comitê de Ética em Pesquisa - CEP REGISTRO CONEP: 043
--	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, analisou o protocolo de pesquisa:

Título: FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0484.0.043.000-11

Pesquisador Responsável: Maria Eliete Batista Moura

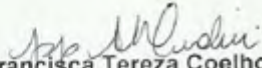
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deverá apresentar ao CEP/NOVAFAPI:

RELATÓRIO FINAL EM AGOSTO/2013

Os membros do CEP/NOVAFAPI não participam do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 12/12/2011

Teresina, 13 de dezembro de 2011.


Francisca Tereza Coelho Matos
Comitê de Ética em Pesquisa – NOVAFAPI
Coordenadora