

DOI: <http://dx.doi.org/10.18265/1517-0306a2021id4609>

ARTIGO ORIGINAL

SUBMETIDO 09/06/2020

APROVADO 07/06/2021

PUBLICADO ON-LINE 15/08/2021

PUBLICADO Junho de 2022

EDITORES ASSOCIADOS

Daniel Dall'Igna Ecker,


Rackynelly Alves Sarmiento Soares

Atenção à saúde das mulheres: a integralidade sob a ótica de profissionais de saúde

 Amanda Medeiros Rodrigues ^[1]

 Ana Luiza Oliveira Carvalho ^[2]

 Cláudia Maria Messias ^[3]

 Larissa Silva de Abreu
Rodrigues ^[4]

 Giuliana Fernandes e Silva ^[5]

 Ana Beatriz Azevedo Queiroz ^[6]

[1] amandamrenf@gmail.com.
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ), Brasil

[2] alocenf@yahoo.com.br.
[6] abaqueiroz@hotmail.com. Escola
de Enfermagem Anna Nery / Universidade
Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil

[3] cmmessias@hotmail.com.
Universidade Federal Fluminense (UFF),
Brasil

[4] lsarodrigues@uneb.br.
Departamento de Educação (DEDC XII),
Universidade do Estado da Bahia (UNEB),
Campus Guanambi, Brasil

[5] giulianafernandes@hotmail.com.
Centro Universitário Anhanguera, Brasil

RESUMO: As mulheres compõem um segmento social possuidor de especificidades que requerem atenção à execução de políticas integrais que atendam às suas individualidades. Pensando nisso, esta pesquisa tem como objetivo compreender a percepção de profissionais de saúde sobre a integralidade na atenção à saúde das mulheres. Trata-se de estudo qualitativo, realizado com 12 profissionais de saúde de uma instituição pública de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista com questões abertas e os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin. Como resultado, emergiram três categorias temáticas: Compreender os sentidos da integralidade na perspectiva de profissionais de saúde; Da teoria à prática: a integralidade na atenção à saúde das mulheres, Subcategoria: A Integralidade e as relações de gênero; Desafios e possibilidades na atenção integral à saúde das mulheres. A integralidade foi apresentada pelos(as) participantes por diferentes nuances: observou-se um vasto conhecimento em relação ao termo, no entanto, sua aplicação na prática variou consideravelmente, evidenciando o quanto a educação permanente é necessária para problematização do cotidiano nos serviços de saúde. Conclui-se que, para aplicação da integralidade na atenção à saúde das mulheres, se faz necessária formação profissional voltada para construção do vínculo e articulação multiprofissional e entre os diferentes níveis de complexidade. Evidenciou-se que, para sua operacionalização, é necessária ainda a superação de obstáculos como escassez de recursos e de estrutura, que leva à fragmentação dos cuidados.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; integralidade em saúde; pessoal de saúde; saúde da mulher.

Women's health care: comprehensiveness from the perspective of health professionals

ABSTRACT: Women are a large social segment that has specificities and that

requires attention and the implementation of comprehensive policies that meet their individualities. With this in mind, this research aims to understand the perception of health professionals about the integrality of women's health care. This is a qualitative study, carried out with 12 health professionals from a public health care institution in the city of Rio de Janeiro. Data collection took place through interviews with open questions and the data were submitted to Bardin's Content Analysis. As a result, three thematic categories emerged: Understanding the meanings of integrality from the perspective of health professionals; From theory to practice: integrality in women's health care, Subcategory: Integrality and gender relations; and Challenges and possibilities in comprehensive health care for women. The comprehensiveness was presented by the participants in different nuances, there was a wide knowledge concerning the term, however, its application in practice varied considerably, showing how much permanent education is necessary to problematize the quotidian in health services. It is concluded that to apply comprehensiveness in women's health care, professional training is necessary, aimed at building bonds, multi-professional articulation between different levels of complexity. It became evident that for its operation it is still necessary to overcome obstacles such as scarcity of resources and structure, which leads to fragmentation of care.

.....
Keywords: *comprehensiveness in health; health personnel; primary health care; women's health.*

1 Introdução

No Brasil, as mulheres correspondem a 51,8% da população (IBGE, 2019) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja em função de demanda própria ou no acompanhamento de outras pessoas, como familiares e amigos. Nesse contexto, faz-se necessário um olhar ampliado no cuidado à saúde destas mulheres, que considere o contexto social, econômico, político e cultural em que estão inseridas. Ainda que tenham ocorrido avanços em relação às discussões sobre as desigualdades de gênero, o modelo patriarcal permanece ainda enraizado na sociedade, em todas as esferas, e se mantém refletido no processo de adoecimento das mulheres (SILVA *et al.*, 2020).

Para o alcance de uma maior qualidade na atenção à saúde, a integralidade, diretriz do Sistema Único de Saúde, propõe a articulação dos saberes, das diversas categorias profissionais e dos diferentes setores, tendo em vista a garantia dos direitos e o empoderamento das mulheres na construção do cuidado em saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

No contexto normativo, a integralidade foi incorporada no plano teórico normativo ao Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) em 1983, em decorrência da atuação comprometida dos movimentos sociais e de mulheres, os quais propõem discussão ampliada sobre a saúde destas, para além da atenção ao ciclo reprodutivo (RAMALHO *et al.*, 2012). Para o alcance da integralidade na atenção à saúde das mulheres é necessário o estabelecimento de escuta qualificada, articulação multiprofissional e a construção do vínculo entre profissional e usuária (XAVIER *et al.*, 2015). Ademais, questões estruturais e de financiamento do Sistema Único de Saúde também são fundamentais para garantir o direito à saúde das mulheres, pois, muitas vezes, extrapolam a governabilidade e responsabilidade do(a) profissional de saúde.

Neste estudo, integralidade é entendida como uma imagem-objetivo, ideal de valores e práticas que se espera de um(a) profissional de saúde ao se dispor a prestar uma atenção integral de qualidade. Envolve ações articuladas de promoção, proteção e reabilitação da saúde, considerando as dimensões biopsicossociais de cada ser (MATTOS, 2015).

O cuidado ancorado na concepção e prática da integralidade da saúde requer que profissionais e serviços se desloquem da ação isolada e fragmentada para o trabalho em equipe e a prática interprofissional. Refere-se à necessidade de as equipes alcançarem articulação não somente entre seus próprios membros, mas também entre as diversas equipes do serviço e entre os serviços da rede. Isto significa que a integralidade requer que toda prática profissional seja efetivamente interprofissional e colaborativa (PEDUZZI; SILVA; LEONELLO, 2018). Diante do exposto, questiona-se: como profissionais de saúde entendem a integralidade na atenção à saúde das mulheres?

Frente a esta problemática, o estudo tem como objetivo compreender a percepção de profissionais de saúde que atuam em uma instituição pública de saúde do Rio de Janeiro sobre integralidade na atenção à saúde das mulheres.

2 Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, a qual permite a apreensão de aspectos objetivos e subjetivos do objeto em estudo. A pesquisa teve como cenário um instituto de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro, uma unidade acadêmica que promove ações de atenção à saúde de baixa e média complexidade, sem restrição de área de cobertura; no mesmo espaço, também funciona uma unidade de saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF). Além de desenvolver atividades na assistência, o instituto contempla atividades de ensino, pesquisa e extensão, entre elas o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher.

A coleta de dados ocorreu com profissionais que atuam em três setores que, a partir da observação empírica, constatou-se terem maior fluxo de mulheres assistidas, em diferentes fases da vida, sendo compostos por equipes multiprofissionais. O primeiro cenário oferece atendimentos individuais, articulando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; o segundo é responsável por realizar atendimentos, individuais e em grupos, a pacientes com necessidades de reabilitação física e motora e/ou distúrbios de comunicação; e o terceiro desenvolve atividades especializadas na área da gerontogeriatría, nas modalidades de consultas individuais e de grupos operacionais em saúde.

Participaram do estudo 12 profissionais de saúde, servidores(as) ou terceirizados(as) de nível superior, inseridos(as) nos cenários selecionados, entre eles 3 enfermeiras, 2 médicos(as), 2 assistentes sociais, 1 psicóloga, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional e 1 fonoaudióloga, com idades entre 38 e 59 anos, sendo 11 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, que aceitaram participar do estudo no período da coleta de dados.

Foram incluídos(as) na pesquisa profissionais de saúde que compõem a equipe efetiva de um desses três campos com atuação mínima de seis meses no serviço, por se considerar que, tendo passado o período de experiência de três meses de trabalho, eles já teriam se apropriado da rotina do setor, o que lhes permitiria refletir de modo mais concreto e circunstanciado sobre as questões da pesquisa. Foram excluídos profissionais que estavam afastados(as) por algum motivo, a saber: férias, licença médica ou folga.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, realizadas em salas reservadas, ao final do expediente de cada profissional, no período de julho a setembro de 2017, iniciando com uma breve caracterização dos(as) participantes e, na sequência, uma

abordagem com apoio de um roteiro contendo questões abertas. As entrevistas foram gravadas em um aparelho gravador de voz, a fim de possibilitar o registro na íntegra dos depoimentos, sua transcrição e posterior análise.

Após a coleta, as entrevistas foram transcritas na íntegra, seguindo-se leituras e releituras de todo o material, além de observações criteriosas, conforme sugere a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). As entrevistas foram categorizadas e sua interpretação ocorreu a partir do desvelamento dos conteúdos manifestados, acrescida da interlocução com o conhecimento científico construído sobre o tema.

O presente estudo seguiu as normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e aprovado em 10 de maio de 2017, sob o parecer nº 2.056.163.

Como meio de garantir o anonimato, os(as) participantes foram identificados(as) com a letra P, de profissional, seguida do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas (P1, P2, P3...). Além disso, foram tomados todos os cuidados possíveis a fim de minimizar quaisquer riscos e procurou-se construir uma relação empática entre a pesquisadora e o(a) participante.

A partir da leitura do material transcrito, as falas foram analisadas e organizadas em três categorias temáticas: Os sentidos da integralidade na perspectiva de profissionais de saúde; Da teoria à prática: a integralidade na atenção à saúde das mulheres; Desafios e possibilidades na atenção integral à saúde das mulheres.

3 Resultados e discussão

Na análise referente ao perfil dos(as) participantes do estudo, o tempo de formação acadêmica variou entre 12 e 32 anos. Cinco destes profissionais são egressos de instituição privada e sete são de instituição pública. Todos possuem pós-graduação *Lato Sensu* em diversos campos, como doenças infecciosas e controle de infecção hospitalar, obstetrícia, gerontologia e geriatria, saúde mental, dança e consciência corporal, saúde do idoso, educação para deficientes auditivos, psicanálise, gestão em saúde pública, educação a distância, clínica médica, biomecânica, álcool e outras drogas, acupuntura, medicina tradicional chinesa, docência superior, saúde do trabalhador, saúde pública e saúde coletiva. Quatro participantes concluíram o mestrado, com os temas biodinâmica do movimento humano, saúde coletiva, saúde pública e psicologia. E apenas uma profissional está realizando o doutorado, no tema saúde pública.

Na identificação de raça/cor, sete profissionais se autodeclararam brancos(as), uma amarela, duas pretas e duas pardas. Desse modo, surgem algumas reflexões, uma vez que o Brasil é marcado por uma grande desigualdade racial, e que tal desigualdade reflete diretamente nas questões sociais e econômicas. Apesar de, nos últimos anos, ter aumentado a proporção de pretos e pardos graduados, quando comparada à população branca, a diferença ainda é alarmante, indo ao encontro dos dados apresentados na pesquisa, na qual a maioria dos profissionais de saúde com ensino superior é branca.

3.1 A integralidade na perspectiva de profissionais de saúde

Os(as) participantes da pesquisa percebem a integralidade como um termo polissêmico. Na experiência, a “integralidade” ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A integralidade das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo, realizado por indivíduos em defesa da vida (PINHEIRO; MATTOS, 2015). Metade dos participantes percebe a integralidade na perspectiva biopsicossocial, ou seja, como aquele cuidado ampliado que vai além do modelo biomédico, relacionado à prática profissional. Neste sentido, as falas abaixo afirmam essa questão:

[...] um atendimento de uma forma que possa contemplar as necessidades mais gerais do paciente, no caso da mulher né? Talvez abrangendo até o aspecto psicológico, o aspecto clínico, o aspecto social e, ou seja, nesse sentido assim de uma coisa mais integral, mais completa da pessoa, do paciente. (P1)

[...] é você não olhar um ponto só [...] porque as vezes uma coisa vai puxando a outra, então tem as questões emocionais, tem as questões voltadas para a saúde mental, tem as questões voltadas para a saúde física, e também tem as questões voltadas para a saúde espiritual [...]. (P6)

O sentido de integralidade para tais participantes está sob quatro óticas: a integralidade como traço da boa prática profissional, a integralidade como modo de organizar as práticas, a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde e também a integralidade como a necessidade de um trabalho intersetorial e interdisciplinar.

O conceito de integralidade refere-se à articulação dos serviços por meio das redes, destacando a interdependência dos profissionais e instituições. Constata-se assim que nenhuma organização ou profissional dispõe da totalidade dos recursos, práticas e competências para a solução de todas as situações que a saúde de uma pessoa ou comunidade envolve, em seus diversos ciclos de vida (ZOCHE *et al.*, 2017).

A integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, um meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos, a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO; MATTOS, 2015).

3.2 Da teoria à prática: a integralidade na atenção à saúde das mulheres

Quando questionados(as) sobre a sua percepção acerca da integralidade, os(as) profissionais de saúde trouxeram alguns sentidos para o termo, como demonstrado na categoria anterior. Todavia, na abordagem sobre a aplicação na prática, essa percepção variou consideravelmente. Uma participante apresentou a integralidade em seu cotidiano

profissional de forma ampliada, envolvendo aspectos importantes, como a prática profissional, a integração e construção da saúde com a usuária e a educação em saúde.

[...] essa integralidade é tão ampla e tão importante que ultrapassa o indivíduo, esse indivíduo quando ele é visto sobre esse foco da integralidade ele é instrumento, ele é agente multiplicador na comunidade onde ele vive, na família dele [...] ele pode propagar essa visão de saúde que ele aprende né? E que ele pode colocar em prática para outras pessoas. (P4)

Para a prática profissional, o estudo mostrou a importância de diferentes profissionais de saúde repensarem seus processos e instrumentos de trabalho, no sentido de verificar o quanto esses se aproximam ou se distanciam da assistência integral em saúde.

O depoimento anterior corrobora o posicionamento preconizado pelo Ministério da Saúde no que refere à integralidade na atenção à saúde das mulheres, que precisa ser vista e trabalhada em seus diversos sentidos, uma vez que a saúde das mulheres está relacionada aos aspectos de sua vida, seu corpo físico, alimentação, lazer, trabalho, moradia e renda, somados à discriminação vivenciada por elas e à sobrecarga com as responsabilidades domésticas.

Na prática profissional, alguns dos sentidos da integralidade apontados pelos(as) participantes, como visto na primeira categoria, se perdem, seja por cobranças do cotidiano, da produtividade, formação profissional, interesse ou outros fatores. Demonstra-se assim um distanciamento entre teoria e prática. Na prática o sentido de integralidade ainda se encontra muito restrito à queixa e/ou a questões biológicas:

É assim minha prática, é uma prática de clínica, de ambulatório, eu atendo as pessoas aqui no consultório e dentro desse atendimento tento ter um olhar um pouco mais abrangente, com relação ao paciente. Não é tanto para intervir, porque eu não vou intervir, eu não intervenho muito nessas questões, por exemplo, de contracepção, questões de até prevenção de DST, outras coisas assim, prevenção de problemas psicossociais que podem ocorrer, violência doméstica, essas coisas todas. Eu realmente não consigo atingir essa integralidade no sentido mais amplo. (P1)

Essa polarização entre teoria e prática tende a ser reflexo tanto da formação acadêmica tradicional, pautada em conhecimentos teóricos e ainda muito imersa no modelo biologicista, como também do capitalismo e sua influência mercadológica, no qual a quantidade (produtividade) ainda sobressai à qualidade do serviço ofertado, modelo apontado como rentável, sendo a saúde uma mercadoria a ser consumida e negociada; o que finda na objetivação dos sujeitos, no reducionismo e no tratamento apenas da queixa explícita.

Apesar da atualização sucessiva das propostas de efetivação de um cuidado humanizado, integral e baseado nas evidências científicas, representado por essas políticas e modelos, a dimensão do cuidado profissional pouco se moveu naqueles sentidos propostos, e a consequência é o “engessamento” frente ao núcleo tecnológico e à organização dos processos de trabalho, apesar das evidências científicas apontarem necessidades de mudança, além dos legítimos anseios da gestão e das usuárias dos serviços (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A partir dessa relação construída entre profissional e usuária, estes podem elencar as reais necessidades que envolvem o atendimento em saúde e assim produzi-la juntos, não só a partir do tratamento de uma queixa, mas também da promoção da saúde e prevenção de outros possíveis agravos. Desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas atitudes que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Essa ideia-força constitui o cerne da cidadania do cuidado (PINHEIRO; MATTOS, 2015).

Urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de ser sujeito e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado (SANTANA *et al.*, 2019).

3.2.1 Subcategoria: a integralidade e as relações de gênero

Destaca-se que 5 dos 12 participantes não veem diferença em prestar uma atenção integral à saúde para mulheres, homens e outros grupos sociais, sendo relevante destacar que, destes cinco profissionais, duas relataram não atender especificamente as mulheres no setor onde atuam, pois trabalham em um serviço onde o público-alvo são idosos e idosas.

Não, não, falei da mulher por causa da pesquisa [...] Ah tá, se teria algo diferenciado? Pois é, assim de cara não. Porque na verdade, assim eu procuro, procuro ter esse olhar assim sobre o paciente tanto para uma mulher quanto para o paciente do sexo masculino também. (P1)

As relações de gênero, no que concerne à distribuição dos papéis para homens e mulheres, foram identificadas entre as falas. Essa relação de poder é vista no trecho a seguir, inserido no contexto da integralidade e nas políticas públicas.

[...] E assim a atenção integral à mulher eu acho que ela tem que ser igual à atenção integral à criança, igual atenção integral ao homem, porque eu acho que hoje o contexto é muito igualitário [...] a mulher não é mais aquela mulher que fica em casa, apenas, ela também saiu para o mercado de trabalho, então ela também convive com situações da vida. (P7)

As políticas e programas de saúde para as mulheres se mantêm sob forte influência da sociedade patriarcal. Desse modo, a assistência à saúde das mulheres durante muitos anos foi limitada a programas materno-infantis, os quais reforçavam a dominação do corpo feminino (KORNIJEZUK, 2015).

Apesar de todos os avanços em relação às desigualdades de gênero, ainda é visível atualmente no cotidiano dos sujeitos como “ser homem” e “ser mulher” é construído de forma binária e bem demarcada desde a infância. Dessa maneira, o discurso e o poder de

nomeação são formulados, moldados e continuamente reforçados pela sociedade a partir das relações de gênero e das relações de poder existentes (MEDEIROS; PEDRO, 2017).

As desigualdades que existem entre homens e mulheres não podem ser veladas pelos serviços de saúde, uma vez que refletem a qualidade de vida dessas mulheres, que sofrem com a dominação, opressão e discriminação de classe, raça e etnia, somada à sobrecarga que envolve o trabalho formal e o trabalho doméstico executados por elas.

Nesse sentido, a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (MELLO *et al.*, 2017). Tudo isso desperta a necessidade de políticas públicas específicas para esse segmento social.

Entre as ações que corrigem as desigualdades de gênero e desigualdades sociais, a partir da perspectiva de profissionais da saúde, está a anulação de uma igualdade supostamente já alcançada no plano biomédico (SCHRAIBER, 2012). Frente às ações diferenciadas em prol da realização mais equânime dos direitos, os(as) profissionais tenderão à recusa, pois essa abordagem lhes parecerá, ao revés, um privilégio às mulheres (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2017).

Nesse contexto, constata-se que trabalhar a partir dos sentidos da integralidade consiste em um processo e uma constante superação de obstáculos. Ademais, os(as) profissionais também apontaram algumas dificuldades identificadas por eles(as) ao buscarem trabalhar de forma integral na atenção à saúde das mulheres e propuseram algumas estratégias de superação dessas dificuldades.

3.3 Desafios e possibilidades na atenção integral à saúde das mulheres

Entre os desafios apontados pelos(as) entrevistados(as), a maioria destacou a inexistência de um trabalho multiprofissional como a principal barreira para atuar de forma integral na atenção à saúde das mulheres.

Olha eu já tentei viu? Quando eu assumi a coordenação eu assumi com essa ideia, com esse propósito, de estabelecer um dia e o horário onde fosse possível para todo mundo sentar, discutir, mas assim, adesão foi mínima, muito difícil né, conseguir que essa adesão acontecesse. E aí com tempo até eu fui desanimando. Porque tinha dia que só estava eu, mais ninguém... quer dizer não aparecia as pessoas, acabavam não se organizando, esqueciam, porque não estava acostumado com essa prática. (P2)

Acredita-se que o primeiro desafio para a prática efetiva do princípio da integralidade é a capacidade dos profissionais em olhar para a usuária do serviço e acolhê-la articulando-se as ofertas de ações preventivas, de forma espontânea, o que possibilitaria criar dispositivos e processos coletivos, para além das ações preventivas demandadas pela própria população. Escuta, cuidado, acolhimento, tratamento digno e respeitoso são algumas ideias que certamente envolvem os sentidos e signos da Integralidade. Olhar o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer são outras perspectivas (PINHEIRO; MATTOS, 2015).

O segundo desafio engloba a assistência prestada e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas. E ainda a eficácia, na organização das ações, no modelo de gestão e na formação dos profissionais para melhorar a assistência prestada.

Diante disso, a gestão, os(as) profissionais de saúde e a organização dos serviços devem se articular no sentido de promover uma escuta ampliada que resulte numa atenção de qualidade para essas usuárias. Além do trabalho multiprofissional, os(as) profissionais apresentaram outros desafios, relacionados a estrutura inadequada e a escassez de recursos materiais e humanos (SILVA *et al.*, 2015).

Dificuldades? O recurso né? A falta de recurso a que às vezes as unidades têm, porque tem determinadas coisas que você poderia resolver se você tivesse condições de resolver, recursos materiais, recursos humanos e isso a gente tem muita carência, então às vezes isso dificulta. (P5)

A gente vive um momento de muita falta de recursos, um momento de muita falta de condições de trabalho, então é complicado, não tem integralidade não. Começa desde o, da questão da falta do físico, da estrutura física, por falta de material, física que eu digo falta de sala, falta de material, o tempo, as cobranças, as demandas erradas que chegam. E por aí vai... (P3)

As situações relacionadas a estrutura, recursos materiais e humanos, pontuadas neste estudo como possíveis desafios, não diferem de outras publicações. O Brasil mantém, ao longo do tempo, o financiamento de saúde centrado predominantemente no sistema privado, ao qual têm acesso cerca de 23% da população (SALDIVA; VERAS, 2018). A situação acima exposta é ainda mais preocupante, pois a cobertura à qual têm acesso os 23% da população que pagam por isso é bastante desigual. Esse sistema visa favorecer o capital privado em detrimento do sistema público.

Essa carência é histórica nos serviços, sendo que, nos últimos tempos, iniciou-se um desmonte no SUS, o que tem agravado esse obstáculo relacionado à insuficiência de recursos nos serviços de saúde. Nesse sentido destaca-se a PEC 241/2016, aprovada pelo governo vigente, que congela os “gastos públicos”, entre eles o investimento na saúde, por 20 anos.

Em relação à integralidade na atenção das mulheres é complicado hoje, quando o próprio sistema ele não favorece a sua integralidade, no momento em que você recebe uma paciente que vem encaminhada [...] pelo SISREG, de uma determinada Clínica da Família e aí você não tem acesso aos outros atendimentos que ela teve [...] então a gente volta de novo a ser obrigada a olhar o paciente de uma forma fragmentada, porque por mais que eu tente [...] eu fico sem o olhar do outro profissional, eu fico sem esses dados [...]. E aí eu tenho que ficar limitada àquilo que o paciente relata, então o próprio sistema ele acaba não favorecendo essa integralidade, ele acaba te obrigando a ter que trabalhar de uma forma fragmentada [...] até porque a nossa própria formação [...] falha nesse sentido [...] o próprio sistema acaba contribuindo para isso. (P2)

Como a pesquisa foi realizada em uma instituição acadêmico-assistencial federal, os(as) entrevistados(as) não possuem acesso a esse sistema, devendo, para sua utilização,

se articular com as equipes de saúde da família responsáveis pela mulher atendida. A partir disso, emergem dificuldades que retomam a necessidade de integração dos serviços, de articulação e de multiprofissionalidade.

Frente a todos esses obstáculos, foram elencados pelos(as) próprios(as) participantes da pesquisa caminhos, com o intuito de contorná-los. Entre esses, foram citados a articulação das redes de atenção em saúde, os investimentos governamentais, a produção de pesquisa científica e até o famoso “jeitinho”, como forma de se conseguir algo. Assim, algumas possibilidades foram propostas, ressaltadas na fala da entrevistada que pontuou como principal estratégia, para superar as dificuldades encontradas nos serviços de saúde, a Participação Social (MEDEIROS; PEDRO, 2017).

É através da ocupação dos espaços de participação e controle social né? Era assim na década de 80 para a Reforma Sanitária, foi assim na década de 90 com a consolidação do SUS que a gente, que nós queríamos e continua sendo. Eu acho que isso não muda. Eu acho que a gente continua tendo que cotidianamente ocupar espaços [...] essa participação se dá efetivamente mesmo aqui nas instituições porque, porque cada instituição também vai estar levando para os fóruns, para as conferências, das distritais [...]. (P10)

A participação popular em saúde é uma grande ferramenta, conquistada através da Reforma Sanitária Brasileira e incorporada na Constituição a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, regulamentada pela Lei nº 8.142, de 1990. Portanto, destaca-se a importância do envolvimento não somente de profissionais de saúde, como também de toda a comunidade, nos espaços públicos de participação nos serviços de saúde e, para além disso, o incentivo da criação de novos espaços como esses (PINHEIRO; LOFEGO, 2012).

Fica claro que a integralidade é caracterizada pela busca contínua da ampliação do cuidado em saúde e da apreensão das necessidades do sujeito ou grupo populacional. Diante disso, apresenta-se a seguinte estratégia de superação das dificuldades em ofertar um cuidado integral, apontada pela entrevistada:

[...] uma busca constante né? Eu procuro por exemplo, na minha prática na minha atuação eu procuro verificar esse paciente inserido num todo, eu não fico restrita apenas às questões subjetivas, apenas às questões psíquicas. (P2)

Essa fala demarca a importância da educação permanente nesse cenário, capaz de aparar arestas oriundas da formação, problematizar a prática e deslocar o(a) profissional de uma zona de conforto, que muitas vezes é produzida e alimentada pela lógica mecanicista, na qual cada trabalhador(a) atua apenas em sua área específica, impossibilitando soluções efetivas para os nós críticos inscritos no cotidiano. Desse modo, a educação permanente surge para alimentar essa busca constante e produzir profissionais ativos nos serviços públicos de saúde.

4 Conclusão

O estudo atingiu seus objetivos ao proporcionar uma compreensão da perspectiva de profissionais de saúde sobre a integralidade e como essa é aplicada na prática, especificamente, na atenção à saúde das mulheres.

Os(as) participantes entendem a integralidade através de diferentes sentidos que se inter-relacionam. Alguns relacionaram com o rompimento do modelo biomédico, para além de um sistema biológico, por meio da busca em (re)conhecer as necessidades do sujeito, pelo poder dado a essa mulher em relação ao seu corpo, suas escolhas e sua saúde. Outros apontaram estar relacionada a uma equipe multiprofissional, à articulação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade e ao vínculo entre profissional e usuária. Entendem que, além desses aspectos, a integralidade envolve também a gestão em saúde, políticas e programas públicos.

Dessa forma, os resultados corroboram a literatura quando sugerem a amplitude do termo. Todavia, como o princípio é compreendido por diversos sentidos, a forma como a integralidade é aplicada nos serviços variou consideravelmente entre os(as) entrevistados(as), demonstrando o quanto sua operacionalização deve ser trabalhada no cotidiano dos(as) profissionais.

A partir da concepção dos(as) participantes, destaca-se que, para que a integralidade de fato aconteça, é necessário rever e corrigir algumas dificuldades, entre essas, a falta de estrutura adequada, a escassez de recursos, a desvalorização das relações interpessoais e a formação profissional ainda muito embasada no modelo curativista, focado apenas na doença e fragmentação do cuidado.

Desse modo, percebe-se que promover a atenção integral não é uma tarefa fácil; trata-se de uma constante superação de barreiras, além de uma incansável busca por apreender desde as menores até as mais abrangentes necessidades das mulheres. Nesse sentido, ressalta-se a educação permanente como importante instrumento para problematizar o cotidiano nos serviços de saúde, repensar as práticas e elaborar estratégias para enfrentamento dos obstáculos.

Outra estratégia que ganha importância nesse contexto é a participação popular em saúde, em espaços que devem ser ocupados por profissionais e usuárias a fim de exercerem seu poder político a partir de reivindicações por direitos, por meio do envolvimento na elaboração e fiscalização das políticas públicas.

Assim, para aplicação e construção da integralidade na atenção à saúde das mulheres, é necessária uma atenção singular destinada às mulheres, na qual a integralidade seja o eixo condutor, para que haja olhar direcionado a cada mulher, de forma única e ampliada.

Por fim, cabe destacar como limitações deste estudo o tamanho da amostra. Ressalta-se, no entanto, que não se pretende generalizar as informações apresentadas e que os resultados foram produzidos em um contexto específico, o que constituiu o elemento importante para problematizar a percepção de profissionais de saúde sobre a integralidade, envolvendo suas experiências formativas e profissionais, e ainda apontar estratégias para seu alcance.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e atenção às mulheres em situação de violência. In: PINHEIRO, R.; GERHARDT, T.; ASENSI, F. D. **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado**: pluraridades multicêntricas de ações, pensamentos e (re)forma do conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS /UERJ, ABRASCO, 2017. p. 91-103.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça o Brasil - População: Quantidade de homens e mulheres. **IBGE Educa**, 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 12 out. 2020.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

KORNIJEZUK, N. P. **Do programa ao plano**: a política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/132850>. Acesso em: 10 maio 2021.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2015. p. 43-68.

MEDEIROS, T. G.; PEDRO, J. M. Relações entre linguagem, poder e gênero: a categorização binária dos elementos sociais. **Revista Café com Sociologia**, v. 6, n. 2, p. 211-228, maio-jul. 2017. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/779>. Acesso em: 10 maio 2021.

MELLO, J. M.; BORGES, P. K. O.; MULLER, E. V.; GRDEN, C. R. B.; PINHEIRO, F. K.; BORGES, W. S. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>.

PEDUZZI, M.; SILVA, J. A.; LEONELLO, V. M. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e prática interprofissional. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SCHRAIBER, L. B. (org.). **Educação, medicina e saúde**: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares. Santo André: UFABC, 2018. p. 141-172.

PINHEIRO, R.; LOFEGO, J. Ensaio Direito à comunicação como manifestação do direito humano à saúde: participação, diálogo e cidadania na construção das políticas públicas. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 56-69, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.743>.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2015.

RAMALHO, K. S.; SILVA, S. T.; LIMA, S. M.; SANTOS, M. A. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação -**

Ciências Humanas e Sociais, Maceió, v. 1, n. 1, p. 11-22, nov. 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/462>. Acesso em: 10 maio 2021.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, jan./abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.

SANTANA, T. D. B.; SILVA, G. R.; NERY, A. A.; MARTINS FILHO, I. E.; VILELA, A. B. A. Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, p. 135-141, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.6012>.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 10, p. 2635-2644, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000013>.

SILVA, A. F. C.; ALVES, C. G.; MACHADO, G. D.; MEINE, I. R.; SILVA, R. M.; CARLESSO, J. P. P. Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, e35932363, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2363>.

SILVA, L. C. S.; CUNHA, L. P.; CARVALHO, S. M.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 40, p. 389-401, oct. 2015. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/pt_revision4.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

XAVIER, A. G.; SOUSA, F. L. P.; SILVA, F. L.; PAIXÃO, G. P. N.; SANTOS, S. M. P. Um estudo sobre a integralidade da assistência a partir das práticas profissionais na atenção à mulher. **Revista de Enfermagem - UFPE On Line**, Recife, v. 9, n. 10, p. 1427-1436, dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10855>. Acesso em: 10 maio 2021.

ZOCHE, D. A. A.; VENDRUSCOLO, C.; ADAMY, E. K.; RIBEIRO, K. P.; OLIVEIRA, M. C. B. Percepções de enfermeiros acerca da integralidade da atenção à saúde feminina. **Revista de Enfermagem – UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4758- 4766, nov. 2017. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032339>. Acesso em: 10 maio 2021.