



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARIA GLEICIANE LIMA ROCHA

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE MULHERES DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

ACARAPE-CE

2016

MARIA GLEICIANE LIMA ROCHA

ACOLHIMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE MULHERES DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.

Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem
para a obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem na Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Orientador: Profa. Dra. Andrea Gomes Linard.

ACARAPE-CE

2016

MARIA GLEICIANE LIMA ROCHA

ACOLHIMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE MULHERES DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.

Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem
para a obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem na Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andrea Gomes Linard (Orientador)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Leilane Barbosa de Sousa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Lydia Vieira de Freitas Santos

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Carolina Maria de Lima Carvalho

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Ma. Révia Ribeiro Castro

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

ACOLHIMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE MULHERES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Maria Gleiciane Lima Rocha¹, Andrea Gomes Linard²

RESUMO

Objetivou-se com este estudo descrever a percepção de mulheres atendidas na estratégia saúde da família acerca do acolhimento nas consultas ginecológicas de enfermagem para prevenção do câncer cérvico-uterino. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e agosto de 2016, em que se utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado, que abordou o atendimento à saúde da mulher na Atenção Básica. O estudo contou com a participação de 24 mulheres. Nos resultados as mulheres reconheceram o sentido de acolhimento na forma como são recebidas pelos profissionais enfermeiros na consulta ginecológicas para prevenção do câncer cérvico-uterino, além de reconhecerem que o acolhimento influencia na promoção da saúde e prevenção dessa neoplasia. As mulheres expuseram dificuldades enfrentadas durante a assistência, como: a falta de materiais e repasse de informações, além de reconhecerem que o acolhimento ofertado pelo profissional enfermeiro influencia em seu retorno as Unidades Básicas de Saúde. A prática do acolhimento associada às ações de educação em saúde e a organização na oferta do atendimento são ações significativas para o acesso, empoderamento, conscientização do público feminino, e possível corresponsabilização e melhoria da assistência à saúde, mas ainda existem barreiras a vencer no cotidiano das práticas de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Neoplasias do colo do útero. Saúde da Mulher.

RECEPTION IN HEALTH: WOMEN'S PERCEPTIONS OF FAMILY HEALTH STRATEGY.

¹ Acadêmica do Bacharelado de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), e-mail: mariagleicrocha1992@hotmail.com.br

² Professora Adjunto III do (ICS), Doutora em Enfermagem, Pró-Reitora de Graduação da UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde, e-mail: linard@unilab.edu.br

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the perception of women assisted in the family health strategy about the nursing gynecological consultations for the prevention of cervical-uterine cancer. It was a qualitative study. Data collection took place between March and August 2016, in which a semi-structured interview script was used, which approached women's health care in Primary Care. The study had the participation of 24 women. In the results the women recognized the sense of reception in the way they are received by the professional nurses in the gynecological consultation for cervical cancer prevention, in addition to recognize that the host influence on health promotion and prevention of this neoplasia. The women presented difficulties encountered during the care, such as: lack of materials and information transfer, besides recognizing that the reception offered by the nurse professional influences in their return the Basic Health Units. The practice of hosting associated with education actions in Health and organization in the provision of care are significant actions for access, empowerment, awareness of the female public, and possible co-responsibility and improvement of health care, but there are still barriers to overcome in the daily practice of health.

Keywords: Humanization of Assistance. Uterine Cervical Neoplasms. Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, considerado uma tecnologia das relações, têm como contribuição a efetivação do vínculo e conhecimento das verdadeiras necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

A prática do acolhimento deve envolver uma postura ética, estética e política, onde haja a escuta efetiva das necessidades da população, a responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2010).

A transversalidade é um marco da PNH, o que significa que estará inserida em todas as suas políticas e programas do Sistema Único de Saúde, na qual haja uma interação construtiva entre as especialidades, práticas e usuários dos serviços (BRASIL, 2015b).

Considera-se a saúde da mulher uma das ações prioritárias do Sistema Único de Saúde, algumas dessas ações ocorrem em nível de Atenção Primária, por meio de programas como o de Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama (MELO *et al.*, 2012).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1984, pelo Ministério da Saúde, trouxe mudanças conceituais, a partir dos princípios norteadores da política de saúde para as mulheres e da adoção de normas para estabelecimento de prioridades no cenário da saúde feminina (BRASIL, 1984; BRASIL, 2009).

As mudanças no âmbito da assistência à saúde da mulher propostas no PAISM foram provenientes de ações dos movimentos feministas organizados, que buscavam uma atenção à saúde da mulher mais abrangente e não apenas voltada para o contexto gravídico e puerperal, considerado reducionista, por tratar apenas de uma das fases do ciclo vital feminino (BRASIL, 2009).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um dever do Estado, configurando-se como um dos direitos sociais, garantido a todos, por intermédio de políticas sociais e econômicas, que busquem a redução de riscos de doença e agravos à saúde, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e posteriormente das leis 8080 e 8142 de 1990, que regulamentam os serviços de saúde com seus princípios e diretrizes, as políticas de saúde ganharam mais força (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Vale ressaltar que os princípios e diretrizes propostos no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 1984, como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e equidade da assistência contribuíram para formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Com os avanços nas políticas voltadas para a saúde da mulher, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com base no PAISM de 1984. Esse processo de construção do PNAISM recebeu contribuições de vários segmentos do Ministério da Saúde, também agregou as contribuições do “movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional” (SPM, 2016).

No contexto de saúde feminina, o câncer cérvico-uterino representa um sério problema em nível mundial, principalmente nos países em desenvolvimento em que as condições de acesso aos serviços de detecção precoce e para tratamento são difíceis. Dados recentes mostram que 270 mil mulheres morrem por ano vítimas do câncer cérvico-uterino, em países de baixa e média renda (WHO, 2013).

No Brasil, excetuando o câncer de pele não melanoma, o câncer cérvico-uterino representa o terceiro tipo de neoplasia mais incidente nas mulheres, e sua quarta causa de morte (INCA, 2016).

Os índices de incidência do câncer cérvico-uterino, no Brasil, também são considerados elevados, para o ano de 2016 são estimados 16.340 novos casos. Nas regiões do país, excetuando os tumores de pele não melanoma, as taxas brutas desse tipo de câncer por 100 mil habitantes são as seguintes na Região Norte (23,97/100 mil), Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), Região Sudeste (11,30/100 mil) e Região Sul (15,17 /100 mil). No Estado do Ceará, a taxa bruta de incidência do câncer cérvico-uterino é (20,62/100 mil), enquanto em sua capital Fortaleza esse número é (21,47/100 mil) (BRASIL, 2015a).

Na Atenção Primária, o rastreamento do câncer cérvico-uterino, por meio da realização do exame citopatológico, em mulheres que se enquadram na faixa etária preconizada de 25 a 64 anos e de sua realização periódica em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde, pode levar a redução das taxas de incidência e mortalidade da neoplasia em questão (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica compõe-se de diversas ações de saúde realizadas em conjunto de forma individual e coletiva, voltadas para a promoção e proteção da saúde. Destacam-se também ações de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e manutenção da saúde. As principais metas dessas ações são desenvolver atenção integral, promover a autonomia das pessoas e intervir nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, antes denominada Programa Saúde da Família, busca reorganizar as ações de saúde e reafirmar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de modo a contemplar a integralidade da assistência, universalidade, equidade e a participação da população. A valorização do acolhimento e da humanização tem favorecido a melhoria da assistência na Atenção Primária (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O acolhimento de qualidade na consulta ginecológica de enfermagem pode contribuir para o alcance da maior cobertura da população-alvo para a realização do exame citopatológico repercutindo na redução dos índices de morbimortalidade por essa patologia. A consulta ginecológica de enfermagem a participação das mulheres nos processos de saúde, além de ser um momento oportuno para educação em saúde, e como estratégia de empoderamento e formação da cidadania (SILVA; GITSOS; SANTOS, 2013).

Trata-se de um desafio a oferta de um atendimento de qualidade e mais humanizado, que perpassa o problema de saúde e o procedimento técnico, pois requer investimentos em diversos recursos, sejam eles humanos, físicos e materiais, também são necessárias pesquisa científicas, relacionadas à prática da assistência a saúde (SILVA; GITSOS; SANTOS, 2013).

A prática do acolhimento pelos profissionais de saúde, embasada no diálogo e comunicação efetiva facilita o processo de humanização, como também pode estimular a adesão das mulheres ao exame citopatológico, através da troca de conhecimento sobre a finalidade desse exame (ANDRADE, *et al.*, 2013).

Na perspectiva da saúde da mulher e da humanização da assistência, com destaque para o acolhimento em saúde, a pergunta que norteou este estudo foi: Qual a percepção de mulheres atendidas na estratégia saúde da família acerca do acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem para prevenção do câncer cérvico-uterino?

O conhecimento sobre a visão dos usuários dos serviços de saúde sobre a assistência prestada é fundamental para o estabelecimento de estratégias que possam melhorar a qualidade da atenção à saúde. Portanto, os usuários podem contribuir substancialmente para a construção de políticas de saúde, por meio de sua avaliação sobre os atendimentos ofertados.

Com base no contexto apresentado, objetivou-se com este estudo descrever a percepção de mulheres atendidas na estratégia saúde da família acerca do acolhimento nas consultas ginecológicas de enfermagem para prevenção do câncer cérvico-uterino.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. As pesquisas qualitativas possibilitam o compreender levando em conta a singularidade do indivíduo e sua subjetividade (MINAYO, 2012).

O público alvo desta pesquisa foram as mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família que buscaram atendimento para prevenção do câncer cérvico-uterino, nos dias destinados as consultas ginecológicas, nos municípios de Aracoiaba e Redenção, pertencentes à região administrativa do Maciço de Baturité, no Estado do Ceará.

Torna-se importante destacar que todas as consultas para prevenção do câncer cérvico-uterino foram realizadas por profissionais enfermeiros, que estavam responsáveis por este atendimento nas Unidades Básicas de Saúde visitadas.

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2016, em 4 Unidades Básicas de Saúde, localizadas nas Sedes dos municípios de Aracoiaba e Redenção. As Unidades Básicas de Saúde localizadas nas Sedes dos municípios foram escolhidas por uma questão de logística devido as grandes distâncias existentes entre as localidades dos municípios.

Utilizou-se para essa coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada, que abordou o atendimento a saúde da mulher na Atenção Básica, relativo ao acolhimento ofertado, à organização dos serviços de saúde e as ações de combate ao câncer cérvico-uterino.

Utilizamos a saturação teórica para estabelecer o número de participantes deste estudo, técnica empregada com frequência em pesquisas qualitativas (STRAUSS; CORBIN, 2008). As entrevistas foram transcritas e organizadas seguindo a Técnica de Análise de Conteúdo, que se constitui de três etapas: a pré-análise (sistematização das ideias iniciais, recorrendo-se à leitura repetida e exaustiva, a fim de obter maior aproximação do material); a exploração do material (codificação do material, por regras previamente definidas) e a interpretação dos dados (BARDIN, 2011). As categorias identificadas foram discutidas com embasamento da literatura existente sobre o tema.

Participaram da pesquisa 24 mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos. Em consonância com as diretrizes que regulamentam os estudos que envolvem seres humanos, para as participantes desta pesquisa apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, especificando o caráter voluntário do estudo e possibilidade de desistência a qualquer momento, e demais normas, de acordo com a resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Utilizou-se o código USU, que representa usuária,

seguido do número de ordem de entrevista com a finalidade de manter o anonimato nas falas (CNS, 2012).

O estudo na fase de projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sob o parecer de número 1.437.703/2016.

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto à escolaridade, 6 mulheres possuíam Ensino Fundamental Incompleto ou Ensino Fundamental Completo, totalizando metade das participantes. Apenas 2 Ensino Médio Incompleto, 6 Ensino Médio Completo, 1 Ensino Superior Incompleto e 3 Ensino Superior Completo.

Após a organização e a análise das falas, emergiram as seguintes categorias:

A percepção das mulheres sobre o termo acolhimento, O acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem para prevenção do câncer cérvico-uterino, Relação do acolhimento com promoção da saúde e prevenção do câncer cérvico-uterino, Resolutividade do atendimento para as necessidades de saúde das mulheres, Acolhimento e retorno à Unidade Básica de Saúde.

Na primeira categoria, **A percepção das mulheres sobre o termo acolhimento**, ao serem indagadas sobre o significado do termo acolhimento, as mulheres atribuíram ao termo o significado de recepção ofertada em determinado lugar, de forma que esta recepção proporcione bem estar e satisfação. Também relacionaram o significado de acolhimento à forma como são atendidas nas Unidades de Saúde, por meio de suas vivências. Como evidenciado em suas falas:

O acolhimento começa no início, desde o momento que você chega [...] da recepção até o momento do atendimento. É a coesão durante o atendimento, o modo como você é tratado. (USU-02)

É, por exemplo: a recepção, a pessoa dar um bom dia, esclarecer suas dúvidas ou buscar alguém que tire suas dúvidas. (USU-03)

Eu acho que acolhimento é a recepção da pessoa em um certo lugar. (USU-10)

Acolhimento para mim é ser bem recebida, estar em um ambiente acolhedor, se sentir bem. É muito chato chegar em um ambiente e ser mal recebida, aqui não, a gente é bem recebida. (USU-11)

Acolhimento para mim é receber alguém bem. (USU-12)

A meu ver é você tratar alguém bem em diferentes espaços. (USU-23)

No dicionário, a palavra acolhimento, tem como significados: “1 Ato ou efeito de acolher; acolhida, acolho, guarida; 2 Abrigo pelo qual não se pede pagamento; agasalho,

hospitalidade, pousada; 3 Lugar onde se encontra amparo, proteção; refúgio.”(MICHAELIS, 2016).

Nas ações de saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino, pode-se destacar que o conhecimento das características da população feminina, sejam elas de caráter sociais, econômicos e culturais, favorece a determinação de intervenções que se adequem as reais necessidades de saúde deste público. Este conhecimento contribui para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e possível redução dos índices de morbimortalidade pelo câncer cérvico-uterino (SANTIAGO; ANDRADE; PAIXÃO, 2014).

No âmbito da saúde, o acolhimento é um conceito empregado com frequência por tratar-se de uma tecnologia leve e relacionada à comunicação. O acolhimento configura-se também como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, criada em 2003. Essa Política de saúde busca a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde nos serviços de saúde, a partir de mudanças na gestão e nas práticas de cuidado realizadas. (BRASIL, 2015b).

As tecnologias leves têm relação com a comunicação. Estas tecnologias têm importância por dois motivos: conectam mecanismos que estão entre cuidador e paciente, além tornar as ações mais significativas. Esse tipo de tecnologia é desvalorizado no âmbito da saúde, devido à importância transferida ao maquinário, às tecnologias duras, assim, não há observação para a sua importância inquestionável no âmbito da saúde, por mais que haja cobrança por esse tipo de tecnologia, na maior parte das vezes, não enxergar-se como campo tecnológico, mas, percebe-se como característica de pessoas receptivas. Desta maneira, infere-se que esse tipo de tecnologia é indispensável para ir mais longe do que as capacidades do maquinário (MINAYO, 2011).

Salienta-se que o acolhimento não deve ser encarado como uma simples relação de trabalho, mas como um meio para construção da prática humanizada, e ferramenta que possa ampliar o acesso e reorganizar os serviços de saúde enquanto tecnologia (GUERREIRO *et al.*, 2013).

Antes de indagar as mulheres sobre o Acolhimento na Consulta de enfermagem foi explicado o significado de Acolhimento em saúde, proposto na Política Nacional de Humanização, na qual é uma ferramenta para organização da assistência, com ênfase na escuta qualificada e resolutividade (BRASIL, 2015b). Essa ação foi necessária para proporcionar as mulheres à contextualização do acolhimento no âmbito da saúde, observando que estas podem compreender seu significado no cotidiano de suas vivências.

A segunda categoria emergida foi **O acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem para prevenção do câncer cérvico-uterino**, nesta categoria indagou-se as mulheres como acontecia o acolhimento durante a consulta ginecológica de enfermagem.

As mulheres relacionaram o acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem à forma como são recebidas no consultório pelos profissionais enfermeiros e consideraram em sua maioria que estas profissionais realizam uma recepção adequada. Em suas falas foram destacadas a presença do diálogo, esclarecimento de dúvidas, orientações sobre os procedimentos a serem realizados, além da avaliação de resultados de exames e demais condutas necessárias para cada caso. A seguir estão dispostas as respectivas falas:

Faz perguntas sobre o estado de saúde, se você fuma, faz aconselhamento, passa medicamentos quando necessário. (USU-01)

Sempre que venho, Ela (enfermeira,) me recebe bem. (USU-08)

Ela (enfermeira) recebe, pergunta como a pessoa está e sobre o que está sentindo. (USU-10)

Ela (enfermeira) recebe a gente bem, ela conversa, quebra o gelo, tira as dúvidas, não esconde nada sobre a nossa saúde e resultado de exames. (USU-11)

O profissional preenche uma ficha, faz perguntas e orientações sobre o procedimento. (USU-23)

Em um estudo realizado com mulheres sobre suas demandas de saúde como subsídios para construção da integralidade nos serviços de saúde, o acolhimento foi interpretado como a qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, além da relação com ao acesso aos serviços e resolutividade das problemáticas de saúde dos usuários (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Observou-se nos relatos das mulheres a presença de diferentes dimensões do acolhimento. O acolhimento divide-se nas dimensões do diálogo, postura e reorganização dos serviços de saúde. Na dimensão do diálogo, o acolhimento integra distintas pessoas, conecta variadas áreas do cuidar e aumenta as oportunidades de movimentos pelo sistema, dessa forma, o diálogo funciona como um elemento que liga as pessoas ao sistema. Além disso, a comunicação é indicada como elemento do serviço em saúde, no entanto o acolhimento-diálogo presume espaço de inquietações e gestão de hostilidades (GUERREIRO *et al.*, 2013).

Outra dimensão é acolhimento-postura, na qual o acolhimento não é destacado de outras práticas, porém, um aglomerado de atividades que transpassa ações de funcionários e pacientes nas atividades da saúde. Essa dimensão tem relação com escutar os pacientes e têm força no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e demais componentes da equipe. Há ainda a dimensão acolhimento-organização dos serviços redimensionamento tem sentido majoritariamente de gestão, abrange o arranjo interior do sistema e efetivação da garantia de saúde (GUERREIRO *et al.*, 2013).

Outro ponto evidenciado nos relatos das mulheres tratou-se das orientações ofertadas durante as consultas para prevenção do câncer cérvico-uterino, caracterizando a abordagem educativa de forma individual.

Na Atenção Básica, os profissionais das equipes de saúde da família, devem trabalhar a educação em saúde de formas variadas, seja em momentos coletivos ou individuais, com grupos ou nas consultas individuais. Nesses encontros há a possibilidade de ressaltar a importância da realização do exame de citopatológico, e sua periodicidade de acordo com as especificidades de cada caso, e das orientações para a identificação dos sinais de alerta que podem ter significado patológico, sugestivos de câncer (BRASIL, 2013).

O diálogo sobre a sexualidade feminina durante as consultas ginecológicas de enfermagem tem a potencialidade de esclarecer às mulheres sobre a importância de sua realização do exame citopatológico, podendo criar espaços para que o profissional de saúde consiga quebrar preconceitos sobre o exame, levando as mulheres a mudanças de concepções e hábitos de cuidado (DANTAS *et al.*, 2012; GUERRERO *et al.*, 2013).

Há uma ligação entre os atores de saúde, usuários, profissionais e gestores, marcados pelas trocas de informações. Essas relações de comunicação refletem no modo de tratamento entre usuários e profissionais de saúde. Ao longo das interações o vínculo entre usuários e profissionais pode ser estabelecido, mas para a existência de vínculo é necessário empatia e respeito (GARUZI *et al.*, 2014).

Na terceira categoria, **Relação do acolhimento na Consulta de enfermagem com promoção da saúde e prevenção do câncer cérvico-uterino**, as mulheres do estudo expressaram suas percepções diante do questionamento sobre como o acolhimento realizado na consulta de enfermagem influía na promoção da saúde e prevenção da neoplasia em questão.

Observou-se que as participantes do estudo consideraram que a forma como são acolhidas pelo profissional de saúde durante a consulta de enfermagem para a prevenção do câncer cérvico-uterino exerce influência positiva na promoção da saúde e prevenção dessa neoplasia. Em suas falas observaram-se aspectos relativos à educação em saúde e ao estímulo a mudança nos hábitos de vida. Seguem as falas:

Ela aconselha, diz como deve ser feito o tratamento. (USU-01)

Influência sim na promoção da saúde, porque você pode tirar dúvidas sobre vários assuntos. (USU-07)

Influência, porque a gente passa a incentivar as outras mulheres a realizar o exame. Tem mulheres que passam anos sem fazer o exame ou nunca fizeram na vida, por medo. (USU-11)

Porque vou ficar sabendo e assim farei a prevenção, ela sempre dá palestras sobre prevenção do câncer. (USU-12)

Promove a saúde, pois procuro seguir o que ela orienta. (USU-13)

As ações realizadas pelos profissionais de saúde durante os atendimentos podem ser favoráveis e estimular a adesão e a busca das mulheres pelos serviços ofertados nas Unidades de Saúde. Na atenção a saúde da população feminina a integralidade do cuidado pode ser fortalecida com atitude de respeito e solidariedade e em consequência a criação de vínculo e confiança (RESSEL *et al.*, 2013).

Neste estudo as mulheres compreendem que o acolhimento exerce influência sobre as suas ações em saúde. Portanto, é essencial conhecer como os usuários dos serviços de saúde compreendem as práticas realizadas pelos profissionais para que a partir desse conhecimento possam ser planejadas melhorias nos atendimentos ofertados a população (NERY *et al.*, 2011). A participação dos usuários na produção de melhorias da assistência promove também a corresponsabilização sobre o cuidado em saúde.

A organização das práticas de saúde na Atenção Básica deve promover a aproximação entre profissionais de saúde e a população, e tornar os encontros em saúde mais produtivos (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva de organização das práticas a integralidade da assistência tem um papel fundamental, pois como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, caracterizado como conjunto articulado e contínuo de ações para promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a).

Além disso, deve-se estar atento e abraçar todas “[...] as oportunidades da presença da mulher nas unidades básicas de saúde em todos os atendimentos, inclusive enquanto a equipe de saúde dialoga sobre outras intervenções, potencializando dessa forma o seu papel de agente mobilizador” (BRASIL, 2013).

No contexto da Atenção Básica, o exame citopatológico tem estado sob a responsabilidade do profissional enfermeiro, entretanto, alguns estudos chamam a atenção para um distanciamento deste profissional de suas atividades educativas, realizando a consulta (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

A promoção da saúde está diretamente relacionada a comunicação, devido a necessidade de troca de informações para esclarecimentos entre profissionais e usuários de saúde. As informações repassadas às mulheres durante a consulta ginecológica podem reduzir as expectativas negativas sobre a realização do exame como medo, dor, vergonha e ansiedade (ANDRADE *et al.*, 2013).

Portanto, educação em saúde e prevenção do câncer cérvico-uterino devem ser trabalhadas em conjunto para o alcance de resultados positivos no controle dessa neoplasia (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

Na quarta categoria, **Resolutividade do atendimento para as necessidades de saúde das mulheres**, as mulheres afirmaram que o atendimento ofertado à saúde da mulher é parcialmente resolutivo, dentre os relatos podem ser identificadas problemáticas como a falta de materiais para realização de procedimentos, a recepção nas unidades de saúde, a falta de medicamentos e contrários à questão da resolutividade e a oferta de escuta adequada. Seguem as falas:

É resolutivo, apesar de faltar alguns materiais o que não é culpa dos profissionais. (USU-01)

É resolutivo para as minhas necessidades de saúde. (USU-18)

Nem sempre, às vezes acontecem pequenas coisas que você se chateia. Em relação ao atendimento de prevenção é resolutivo. (USU-11)

É resolutivo. Poderia melhorar na questão do material que às vezes falta, mas, não é culpa do profissional que está atendendo. (USU-22)

Sim, é resolutivo em parte, pois existem barreiras no atendimento. A recepção do posto teria que melhorar, além de diminuir a demora para marcar exames e a falta de medicamentos. A comunicação e repasse de informações com a população precisa melhorar também. (USU-23)

Como demonstrado nas falas das mulheres o atendimento ofertado nas Unidades Básicas de Saúde visitadas enfrenta alguns problemas organizacionais, gerenciais, de recursos materiais e humanos. Em algumas falas existem uma dissociação entre a resolutividade das necessidades de saúde e a assistência prestada. As mulheres compreendem que os profissionais que realizam os atendimentos não têm relação com a falta de materiais.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com mulheres atendidas em uma Unidade de média complexidade, cujas principais problemáticas enfrentadas foram para o acesso ao atendimento, a comunicação, o agendamento de consultas, consultas e outros níveis de atenção. Torna-se necessário o enfrentamento aos desafios de acesso e de comunicação em saúde, que pode ser alcançado por meio da qualificação, perpassando os ambientes organizacionais, gerenciais e de recursos humanos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

Portanto, observou-se que e as dificuldades enfrentadas pela população feminina nos serviços de saúde foram semelhantes mesmo em níveis de atenção diferentes. Como destacado acima, a qualificação é o um dos caminhos para superar os desafios encontrados durante a assistência à saúde.

Apesar das conquistas alcançadas com a criação das estratégias de reorganização e humanização do Sistema Único de Saúde, ainda existem lacunas para a efetivação dessas políticas de saúde. Um dos problemas encontrados está na formação dos profissionais que atuam na saúde, pois esta formação não está próxima do cuidado integral. Este fato sugere a necessidade de educação permanente para redirecionar os perfis de formação e fortalecer o Sistema Único de Saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Batista e Gonçalves (2011) também abordaram que investir em qualificação de pessoas, pode produzir mudanças significativas em seus desempenhos, mas para que isto ocorra deve haver planejamento, e estruturas institucionais adequadas para cada proposta de treinamento e qualificação.

Assim, usuários, trabalhadores e gestores de saúde são protagonistas na efetivação do “acesso aos serviços de saúde; no controle social que deve apontar e buscar soluções para as demandas invisíveis e para os principais pontos de exclusão ao acesso que a população enfrenta neste árduo caminho em busca de solução para suas demandas” (ASSIS; JESUS, 2012).

A busca por novas maneiras de vencer os desafios de implementação das políticas de saúde deve ser constante, pois a efetivação dessas políticas favorece a construção de um acesso universal, integral e equânime, a fim de eliminar as barreiras existentes nos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

No contexto de prevenção do câncer cérvico-uterino, para fortalecer e ampliar a cobertura do rastreamento são necessárias diversas ações. (MELO *et al.*, 2012).

Algumas dessas ações tratam do direcionar o cuidado para os usuários dos serviços de saúde, por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, da busca ativa, da promoção do vínculo com os usuários, práticas de acolhimento e agendamento por área de abrangência (GUERRERO *et al.*, 2013).

A resolutividade é uma das bases do acolhimento em saúde proposto na Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, e de extrema importância para sua concretização.

Na quinta categoria, **Acolhimento e retorno à Unidade Básica de Saúde**, a continuidade da assistência foi destaque nas falas das mulheres que reconhecem a influência que o acolhimento sobre seu retorno à Unidade Básica de Saúde.

As mulheres compreendem a importância de retornarem às Unidades Básicas de Saúde para receberem os resultados dos exames citopatológicos, e os submeterem a análise do profissional enfermeiro, retornam também as Unidades de Saúde para outros atendimentos

com o mesmo profissional. Em suas falas consideram que a forma como o profissional enfermeiro estabelece o diálogo e a sua conduta durante o atendimento colaboram para esse retorno. Seguem as falas das mulheres:

Dependendo da forma que se é atendida, você tem vontade para retornar. (USU-02)

Sempre volto para ser atendida por essa profissional. (USU-04)

Retorno para saber o resultado. (USU-09)

Sim, retorno e busco saber o resultado, pois não adianta só fazer o exame. (USU-11)

Para receber o resultado e apresentar a ela. (USU-12)

Quando estava me tratando, ela me encaminhou para o ginecologista, que solicitou uma mamografia. Sim, retorno para mostrar o resultado do exame, se houver alguma alteração, ela pode me encaminhar para outro profissional(USU-16)

Diante do exposto, cabe refletir sobre as habilidades humanísticas que os profissionais de saúde devem desenvolver para que possam estabelecer uma relação de confiança e vínculo com as mulheres. Essas habilidades humanísticas são a empatia, a subjetividade e a disponibilidade (GUERRERO *et al.*, 2013).

Dessa forma, conhecer as percepções das mulheres sobre suas vivências é fundamental para o planejamento de ações que possam melhorar os serviços de saúde ofertados e torna-los mais resolutivos.

Existem diversos fatores que interferem no acesso e integralidade da assistência. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, com mulheres que apresentaram alterações em seus exames citopatológicos, destacaram-se como barreiras para o retorno de mulheres aos serviços de saúde, a demora na análise dos exames citopatológicos, e no agendamento da consulta de retorno para entrega dos resultados. Tais fatos prejudicam o diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento da saúde das mulheres (CARVALHO *et al.*, 2016).

As ferramentas acolhimento e vínculo se entrelaçam, complementam e se realimentam nas atividades de saúde e colaboram para a prestação de serviços humanísticos na área da saúde, dessa forma, o acolhimento é caracterizado pelo ouvir e considerar as inquietações dos pacientes em diversas circunstâncias, em momentos que podem acontecer na chegada e ao longo das consultas nos serviços de saúde. Enquanto o vínculo é perceptível no atendimento humanístico, que compartilha conhecimento, experiências e ajuda mútua entre profissionais e usuários da saúde (ARRUDA; SILVA, 2012).

Portanto, cabe aos profissionais de saúde, em especial, àqueles que estão na Estratégia Saúde da Família, trabalharem como facilitadores do acesso ao exame citopatológico, buscando novas formas para modificar hábitos de saúde, por meio do repasse de informações relevantes (LIMA; NASCIMENTO; ARCHIERI, 2014).

Nesse cenário, de promoção da saúde e prevenção do câncer cérvico-uterino destacam-se as contribuições do profissional da enfermagem, que têm em sua formação a educação em saúde e o trabalho interdisciplinar como pautas (PERETTO; DRHMER; BELLO, 2012). O enfermeiro, especificamente, tem assumido um papel importante na prevenção do câncer cérvico uterino, pois realiza o exame citopatológico, convoca a população feminina e participa do controle dos casos por poder exercer as funções de gerência e administração em diferentes unidades do sistema de saúde. (CARVALHO *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho mostrou que as mulheres reconhecem o sentido de acolhimento nas ações vivenciadas nos serviços de saúde, no qual relacionaram o acolhimento à forma como são recebidas pelos profissionais enfermeiros durante na consulta de prevenção ginecológica, e nos diferentes ambientes das Unidades de Saúde, pelos diferentes profissionais de saúde.

No decorrer do estudo pode-se identificar que as mulheres também reconhecem a contribuição do acolhimento para a continuidade do cuidado, promoção da saúde e prevenção do câncer cérvico-uterino.

A prática do acolhimento, atrelada às ações de educação em saúde e a organização na oferta do atendimento são ações significativas para o acesso, empoderamento, conscientização do público feminino, e possível corresponsabilização e melhoria da assistência à saúde. Compreende-se que essas práticas fortalecem o vínculo entre os usuários e profissionais de saúde, além de serem necessárias para efetivação das políticas públicas de saúde e integralidade da assistência.

Observa-se também que o profissional enfermeiro exerce funções importantes no contexto da saúde feminina, para prevenção do câncer cérvico-uterino, principalmente na promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde. Quando empoderadas e corresponsáveis por sua saúde, as mulheres poderão adotar estilos de vida voltados para práticas mais saudáveis, incluindo a adesão à realização do exame citopatológico de forma periódica, o que poderá resultar na redução nas taxas de morbimortalidade do câncer cérvico-uterino.

Porém, ainda existem barreiras a vencer no cotidiano das práticas de saúde, como a falta de materiais para realização do exame citopatológico e a comunicação ineficaz dificultam o acesso à saúde de qualidade. As dificuldades enfrentadas ultrapassam o caráter organizacional, estrutural, de recursos materiais e humanos.

Tendo em vista a efetivação das políticas de saúde, a Humanização do Sistema Único de Saúde é indispensável, nessa perspectiva o foco das políticas de saúde é o ser humano, dotado de subjetividade advinda de em um contexto biopsicossocial e cultural.

Os profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de saúde precisam estar comprometidos em vencer os obstáculos do acesso, além de buscarem uma comunicação mais efetiva.

A realização de estudos como este, tem como principal função conhecer os significados e as formas como os usuários compreendem o funcionamento do Sistema Único de Saúde, e permitir que estes se tornem mais introduzidos nos contextos de participação da construção desse sistema. A participação da população nos Conselhos de Saúde e nas próprias Unidades Básicas de Saúde favorece a busca por soluções para as problemáticas de saúde da comunidade.

O presente trabalho esteve limitado às percepções das mulheres sobre o acolhimento realizado nas consultas de prevenção do câncer cérvico-uterino realizado pelo profissional enfermeiro, pertencentes ao sexo feminino, em Unidades Básicas de Saúde localizadas nas Sedes dos municípios participantes.

Sugere-se que mais estudos sobre as concepções dos atores de saúde sobre o processo de acolhimento em saúde possam ser realizados, para produzir conhecimento e gerar discussões que impactem na melhoria da qualidade da assistência. Esses estudos devem envolver também os diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, e a participação da população que recebe a assistência prestada pelas equipes de saúde da família, tanto nos centros urbanos quanto nos territórios rurais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Z.B.P. *et al.* Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cérvico uterino em Goiânia-GO. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiania, v.13, n.2, p. 239-49, 2011.

ANDRADE, S.S.C. *et al.* Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p. 2301-10, 2013.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1499-509, 2016.

ARRUDA, C.; SILVA, D.M.G.V. de. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.5, p.758-66, set./out.2012.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, 2012; v.17, n.11, p. 2865-875, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. **Lex** legislação federal e marginália, Brasília: 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25/10/2016.

BRASIL. Lei n° 8142, de 28 de dezembro de 1990. Lei da Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde. **Lex** legislação federal e marginália, Brasília: 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 25/10/2016.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n° 9, de 9 de novembro de 1995. Emendas Constitucionais n°s 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo n° 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n°s 1 a 6/1994. **Lex**: legislação federal e marginália, 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. 2.ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estimativa 2016**: Incidência de câncer do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

CARVALHO, V. F. de *et al.* Acesso ao exame Papanicolau por usuárias do sistema único de saúde. **Rev. Rene**, v.17, n.2, p. 198-207. mar./abr., 2016.

COELHO, E.A.C. *et al.* Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v.26, n.3, p.574-84, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº12, 13 de junho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

COUTINHO, L.R.P., BARBIERI, A.R., SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saude Debate.**, Londrina, v.39, n.105, p. 514-24, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>. Acesso em: 22 de novembro de 2016.

DANTAS, C. N. *et al.* A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciaram. **RevRene**, v. 13, n. 3, p. 591-600, 2012.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. panam. salud pública.**, Washington, v. 35, n.2, 2014.

GUERRERO, P. *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 132-40, jan./mar., 2013.

INCA, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Colo do útero**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. 2016.

LIMA, A.N.F.; NASCIMENTO, E.G.C. do; ARCHIERI, J.C. Adesão ao exame de citologia oncológica: um olhar sobre a saúde da mulher. **Rev. APS.**, v.17, n. 3, p. 303 – 310, jul./set., 2014.

MELO, M.C.S.C. *et al.* O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p. 389-98, 2012.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. **Acolhimento**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=acolhimento>. Acesso em: 15/11/2016.

MINAYO, M. C. S. A ação humana como determinante para a efetividade dos tratamentos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3030-3031, 2011.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 621-626, 2012.

NERY, A.A. *et al.* Saúde da família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; v.19,n.3, p. 397-402. 2011.

PERETTO, M.; DREHMER, L.B.R.; BELO, H.M.R. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.1, p.29-36, Jan./Mar. 2012.

RESSEL, L.B. *et al.* Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. **Av. enferm.**, Bogotá, v.31, n. 2, p. 65-73, 2013.

SANTIAGO, T.R.; ANDRADE, M.S.; PAIXÃO, GPN. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 822-9, 2014.

SILVA, M.M.; GITSOS J.; SANTOS, N.L.P. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21(esp.1), p.631-6, 2013.

SPM, Secretaria Especial de Política para as Mulheres. **Saúde Integral da Mulher**. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>>. Acesso em: 13 de novembro de 2016.

STRAUSS, A; CORBIN, J.C. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. Porto Alegre, Artmed, 2008.

VASCONCELOS, C.T.M. *et al.* Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, jan./fev., 2011. Disponível em: [//http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_14.pdf)/. Acesso em: 14 de novembro de 2016.

WHO. **Guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women**, Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.who.int/immunization/hpv/learn/comprehensive_cervical_cancer_who_2013.pdf> . Acesso: 25 de outubro de 2016.