

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO - ENFERMAGEM E LICENCIATURA

JAQUELINE TEIXEIRA DE LIMA

O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E O PAPEL DO ACOLHIMENTO NOS
CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA

NITERÓI
2013

JAQUELINE TEIXEIRA DE LIMA

O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E O PAPEL DO ACOLHIMENTO NOS
CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho Monográfico de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação – Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a. DONIZETE VAGO DAHER

Niterói
2013

L 732 Lima, Jaqueline Teixeira de.

O exame preventivo papanicolau e o papel do acolhimento nos cenários de atenção básica / Jaqueline Teixeira de Lima.

– Niterói: [s.n.], 2013.

59 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

Orientadora: Prof^a. Donizete Vago Daher.

1. Teste de Papanicolau. 2. Acolhimento. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde da mulher. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73678

JAQUELINE TEIXEIRA DE LIMA

**O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E O PAPEL DO ACOLHIMENTO NOS
CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho Monográfico de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação– Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^o. Donizete Daher – Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Flávia de Jesus Ribeiro Chagas
Universidade Federal Fluminense

Cynthia Braz Machado
Universidade Federal Fluminense

Niterói
2013

Agradecimentos

Primeiramente agradecer a Deus, pelas coisas boas que traçou em minha vida, por me encorajar a não desistir dos meus objetivos, e pela sabedoria de lidar com os problemas da vida sem me abalar.

Aos meus pais Lélia, Rejane e Gilson. Principalmente ao meu pai Gilson Breno de Lima, que tanto me incentivou aos estudos e me deu suporte durante todos esses anos para que eu pudesse conseguir chegar aonde cheguei. Pai o Senhor é minha inspiração, meu exemplo, minha referência. Te amo!

Às minhas mãs Shirlei e Alice simplesmente pelo fato de existirem em minha vida, minha caminhada não foi fácil, mas Deus colocou vocês ao meu lado para me dar alegria e mostrar que juntas faremos a diferença de um futuro melhor.

À minha avó Lúcia que tanto acreditou em mim e me apoiou em todas minhas decisões. Vó, obrigada pelos conselhos e pelo seu carinho. A senhora se mostrou presente mesmo com a distância e me deu suporte ao longo dessa caminhada.

Ao meu amigo William, pelo apoio, pelas broncas, pelo carinho, pelos incentivos, por me confortar e me trazer muita alegria nos momentos que eu mais precisei.

À todas as minhas queridas amigas, tanto da faculdade quanto as da minha vivência cotidiana. Obrigada pela amizade de vocês nos momentos bons e nos difíceis. Já rimos e choramos muitas vezes juntas. Ter vocês ao meu lado foi essencial para vencer os obstáculos.

À minha orientadora, professora Donizete, da qual me identifiquei desde o primeiro contato no início da faculdade. Quero lhe agradecer não só pelo seu trabalho como orientadora, como também pela pessoa que és. Excelente profissional, fonte de inspiração para muitos, inclusive para mim.

À instituição Universidade Federal Fluminense, por me acolher e me oferecer tantas coisas boas, e uma delas foi a prática dos esportes. Poder ter tido contato com o esporte durante minha graduação, foi de extrema importância para meu sucesso. Obrigada UFF por ser a faculdade que eu escolhi para me tornar Enfermeira.

Obrigada a todos que acreditaram em mim!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender o significado do exame preventivo Papanicolau e o papel que o acolhimento representa para as mulheres submetidas a realização do exame. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo realizado em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Itaboraí- RJ, com 10 usuárias durante o ano de 2013. A análise temática produziu quatro núcleos: O exame preventivo Papanicolau e forma de busca e detecção de doenças; O acolhimento dos profissionais de saúde como processo facilitador para o entendimento sobre o exame Papanicolau, frente as usuárias; Sobre o exame preventivo: saberes, dúvidas; Limitações para realizar as consultas periodicamente. Identificou-se que o acolhimento realizado pelos profissionais de saúde se configura como determinante para a compreensão da importância da realização do exame preventivo, bem como da sua periodicidade. As práticas educativas ofertadas na unidade de saúde pesquisada também foram identificadas como fator positivo, pois através dessas práticas as usuárias adquirem conhecimentos a respeito do exame preventivo favorecendo sua adesão e realização periódica. Conclui-se pelos achados que ao proporcionar um acolhimento resolutivo, as Unidades Básicas de Saúde, por meio de seus profissionais, favorecerá a realização periódica do exame preventivo Papanicolau.

Palavras Chave: Acolhimento; Exame preventivo Papanicolau; Atenção Primária em Saúde; Saúde da Mulher; Enfermagem

ABSTRACT

This present study had as your objective knows the meaning of Papanicolau preventive exam and the function that the reception represents for the woman submitted in the conducting of the exam. This is a qualitative descriptive study in conducted in a Health Family Unit in the city of Itaboraí-RJ, with ten users during the year of 2013. The thematic analysis had produce four cores: The Papanicolau preventive exam and your way of research e detection of diseases; the reception of health professionals as facilitator process for the understanding about de Papanicolau exam for the users. About the preventive exam: knowledge, questions; limitations to do periodic consults. It was found that the reception help by health professionals, is configured as determinant to the comprehension of significance of the preventive test, as your periodicity.

The educative practices in the Health Unit, were identified as positive point to, because through this practices the users acquire knowledge about the theme, favoring accession of a periodically realization.

Concludes that the good reception in the Basic Units of health favors the encouragement to the periodic achievements of the Papanicolau preventive test.

Palavras Chave: 1. Reception; 2. Preventive exam papanicolau; 3. Primary Health Attention; 4. Humanization; 5. Women health

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO; p. 12

OBJETO DE ESTUDO; p. 14

QUESTÃO NORTEADORA; p.14

OBJETIVOS; p. 15

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA; p. 15

CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA; p. 18

1.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH), p. 18

1.2 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA, p. 20

1.3 SAÚDE DA MULHER E A BUSCA INTEGRALIZADA DA ATENÇÃO, p. 22

1.4 SOBRE O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E O ACOLHIMENTO A MULHER,
p. 23

1.5 SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, p. 25

CAPÍTULO 2 . METODOLOGIA; p. 29

2.1 TIPO DE PESQUISA; p. 29

2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA; p. 30

2.3 CENÁRIO DA PESQUISA; p. 30

2.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS; p. 31

2.5 COLETA DE DADOS; p. 32

2.6 ANÁLISE DOS DADOS; p. 33

CAPÍTULO 3 ANÁLISE DOS DADOS; p. 35

3.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS; p. 35

3.2 DISCURSOS DOS SUJEITOS: CATEGORIAS; p. 36

3.2.1 O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E A FORMA DE BUSCA E DETECÇÃO
DE DOENÇAS; p. 37

3.2.2 O ACOLHIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO PROCESSO
FACILITADOR PARA O ENTENDIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAU; p. 38

3.2.3 SOBRE O EXAME PREVENTIVO: SABERES, DÚVIDAS E RECEIOS; p. 41

3.2.4 LIMITAÇÕES PARA REALIZAR AS CONSULTAS PERIODICAMENTE; p. 43

CONSIDERAÇÕES FINAIS; p. 47

REFERÊNCIAS; p. 49

OBRAS CITADAS; p. 49

APÊNDICE; p. 54

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO; p. 55

APÊNDICE II - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA; p. 57

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

A realização não periódica do exame preventivo de Papanicolau entre mulheres é uma realidade em muitos municípios do Brasil. Este é um dos maiores desafios de gestores e profissionais da saúde dos cenários de atenção básica.

Ao desenvolver o ensino teórico prático (ETP) na disciplina de Enfermagem no Gerenciamento da Assistência em Saúde I, no sexto período do curso de Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense na Policlínica Carlos Antônio da Silva, em Niterói, tive contato com o Serviço de Ginecologia que de acordo com minhas observações e informações obtidas dos profissionais que atuam neste setor, perdura uma grande preocupação em relação a não realização periódica do exame de Papanicolau entre mulheres cadastradas na referida Policlínica. Este é um fato que acontece também em outros cenários da atenção básica do município de Niterói-RJ.

O exame preventivo, segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2008), é capaz de detectar possíveis anormalidades que podem, num futuro, desenvolver o câncer de colo uterino de mulheres ainda jovens. O câncer do colo uterino é um importante problema de saúde pública no Brasil e sua identificação precoce aumenta consideravelmente a probabilidade de cura. O principal instrumento utilizado na detecção precoce deste câncer é o exame preventivo denominado Papanicolau.

A não realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino pode estar associada a vários fatores, tais fatores devem ser identificados pelos profissionais de saúde através do acolhimento para que a realização do exame preventivo passa a ser um ato efetivo na vida de determinadas mulheres.

Lima, Palmeira, et al (2006) em estudo realizado em Propriá, Estado de Sergipe, detectou, também a relação entre o grau de instrução, renda e tipo de profissão com a realização do exame preventivo. Mas não os caracterizou como

fatores de risco para o câncer do colo do útero, já que, nesse estudo, a diferença entre casos e controles não foi significativa.

As principais causas de resistência ou de não adesão para realização do exame preventivo podem estar relacionadas a questões culturais como medo, o receio da dor, vergonha, desconhecimento do procedimento, local de realização e a não permissão do parceiro para que a mulher realize o exame.

Neste sentido, o Acolhimento realizado pelos profissionais da atenção básica junto a essas mulheres poderia representar uma estratégia eficiente para que passassem a conhecer o exame e não o subvalorizasse, passando a realizar, periodicamente como preconizado, o mesmo.

O Acolhimento está contido na Política Nacional de Humanização (PNH) elaborada em 2004, para ser realizado, juntamente com outras estratégias, em toda a rede do SUS. Seu marco teórico-político configura-se no processo de humanização das práticas de atenção e gestão como uma dimensão fundamental do sistema de saúde.

De acordo com Silva Jr. & Mascarenhas (2004), o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas. Assim, de acordo com o Ministério da Saúde o acolhimento,

“É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde”. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Conforme preconiza o MS e com base em minhas observações, o acolhimento não deve se limitar somente à recepção da população à porta dos serviços de saúde, mas deve buscar a resolução das demandas apresentadas ou trazidas por cada um dos usuário e por cada família que acessa o sistema de saúde local.

Para Lima et. al (2003, p. 13) o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Sendo assim o acolhimento deve ser uma ação que deve ser praticada por toda a equipe de saúde, respeitando sempre todos os sujeitos implicados nesse processo e a sua integralidade.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, foi firmado que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Sendo assim todo ser humano tem direito de atendimento em unidades de Saúde garantidos por lei. O SUS constitui um projeto que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Visto as diretrizes do SUS, entendo que todas as mulheres brasileiras tem direito ao atendimento ginecológico e ter profissionais qualificados para atendê-las e prestar esclarecimento e orientação em torno de possíveis dúvidas e receios em relação a realização do exame preventivo de Papanicolau.

Desta forma, proponho-me a analisar a percepção de mulheres adultas entre 20 e 59 anos sobre o acolhimento com vistas a realização do exame preventivo na rede básica de saúde.

1.1 OBJETO DE ESTUDO

O exame preventivo Papanicolau e o papel do acolhimento nos cenários de atenção básica.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS:

- Qual o significado do acolhimento frente ao exame preventivo Papanicolau para mulheres que acessam a unidade básica de saúde?
- O acolhimento para estas usuárias contribui para manter-se aderida a consulta ginecológica?
- Quais as estratégias de educação em saúde são adotadas pela equipe para que estas mulheres realizem periodicamente o exame preventivo?

- Quais os fatores que levam a não realização do exame preventivo?

1.3 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o significado do acolhimento frente ao exame preventivo Papanicolau para mulheres que acessam a unidade básica de saúde

ESPECIFICOS

- Identificar o papel do Acolhimento para a realização do exame preventivo entre mulheres adultas de 20 a 59 anos;
- Analisar se o acolhimento contribui para a sanar dúvidas e manter as mulheres aderidas às consultas ginecológicas;
- Levantar as estratégias de educação em saúde utilizadas pelos profissionais da atenção básica com vistas minimizar dúvidas e mitos em relação ao exame preventivo Papanicolau.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O câncer de colo de útero é considerado um dos grandes problemas de saúde pública do Brasil, atingindo todas as camadas sociais e regiões geoeconômicas do país. É a terceira causa de morte em mulheres de países do terceiro mundo, entre eles o Brasil, mesmo apresentando um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, representando 10% de todos os tumores malignos incidentes de acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA – 2000).

O câncer cérvico-uterino é um importante problema de saúde pública no Brasil, como destacado anteriormente, e também em outros países em desenvolvimento. É o terceiro tipo de câncer mais prevalente no mundo e estima-se o diagnóstico de 471 mil novos casos anuais, dos quais 80% ocorrem em países em desenvolvimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), o câncer cérvico-uterino tem incidência anual de 18 casos para cada 100 mil mulheres. Excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer cérvico-uterino é o mais incidente na Região Norte, o segundo mais incidente nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste e corresponde ao terceiro câncer com maior incidência nas Regiões Sul e Sudeste.

Neste sentido as medidas de prevenção tem se configurado como as mais eficazes para o não surgimento do câncer cérvico-uterino. De acordo com INCA (1996) a possibilidade de prevenção primária e secundária do câncer tem crescido nas últimas décadas, à medida que tem aumentado o conhecimento acerca dos fatores de riscos que envolvem a doença. Esses fatores podem ser externos e internos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. Os externos são ditos ambientais e os internos, são, em sua maioria, geneticamente predeterminados.

Com esta informação pode-se afirmar que o Acolhimento deve ser utilizado como uma das táticas ou estratégias primordiais para que as mulheres adultas entre 20 e 59 anos deem continuidade a realização do exame preventivo e, conseqüentemente, com a realização do exame periódico, prevenir o aparecimento do câncer de colo uterino.

O processo de acolhimento tem o intuito de compreender os usuários na sua integralidade, levantando suas necessidades de saúde, ou seja, levando em consideração os problemas de saúde que os afligem e acometem. De acordo com Jorge José (2005), o acolhimento visa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta sensível de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema.

Com base no exposto busca-se com este estudo compreender, o papel do acolhimento na realização do exame preventivo, identificando as formas utilizadas pelos profissionais para redirecionar as estratégias de educação em saúde, que possam manter aderidas ao exame ginecológico as mulheres de modo que, com a realização do mesmo, possam ocasionar a prevenção ou detecção precoce do câncer do colo uterino.

REVISÃO
DE
LITERATURA

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

1.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (MS, 2006).

Segundo MS (2011) o SUS instituiu uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

O MS (2006) diz que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos:

Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; Fortalecer iniciativas de humanização existentes; Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (PASCHE et al 2011).

A humanização do SUS indica mudanças nas práticas de atenção e gestão, em que a aposta é nos sujeitos concretos. "É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas." (Benevides, Passos, 2005, p.392).

Para alcançar os objetivos planejados, o Humaniza SUS desenvolve e oferece cursos, capacitações, oficinas e seminários, certifica e divulga experiências bem-sucedidas de humanização através da rede Humaniza SUS. Além disso, produz materiais educativos e de divulgação de diversos dispositivos e estratégias já desenvolvidos para implementação da humanização em vários municípios (BRASIL, 2008).

A PNH defende como metas a serem atingidas, um atendimento de forma resolutiva e acolhedora, combatendo a despersonalização que os usuários dos serviços de saúde são submetidos, garantindo assim seus direitos instituídos em “códigos dos usuários”, além disso, garante a educação permanente aos profissionais de saúde, bem como a participação nos modos de gestão (DESLANTES, 2005).

De acordo com Barbosa et al (2013,p. 124) a humanização possui inúmeras vertentes, sendo assim:

Ela se configura como uma aposta ética, estética e política. Ética, pois implica que usuários, gestores trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, estética porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonista de um processo coletivo. Político refere-se a organização social e institucional, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão.

Na área de enfermagem, o processo de humanização tem proporções tanto no nível micro, relacionada à assistência, quanto no nível macro, que se relaciona com à gestão e as políticas públicas, tendo em vista que, para modificar a realidade, é necessário identificar obstáculos, presentes na área da saúde, que impeçam uma assistência digna e humana, cabendo a todos os partícipes a idealização e implementação de estratégias eficazes, tendo como objetivo uma assistência eficaz, resolutiva, de qualidade e humanizada (CHERNICHARO et al; 2013,p.565).

Chernicharo ainda diz que só é possível falar sobre humanização quando se tem o entendimento de que este conceito é amplo, podendo variar desde a escuta atenta, uma relação boa entre o profissional de saúde e os usuários, a reorganização dos processos de trabalho, a criação dos chamados “balcões de acolhimento” e finalmente, a melhoria das estruturas do serviço.

1.2 O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento relaciona-se com o acesso aos serviços de saúde que vai ser a primeira etapa que o usuário deve vencer para satisfazer a sua necessidade de saúde. O acesso envolve um conjunto de informações ofertadas aos usuários pelos serviços, incluindo-se os tipos de serviços, os horários previstos e a qualidade do atendimento (LIMA et al; 2007, p.13). Sendo assim, o acolhimento é considerado como uma estratégia que busca a partir de uma escuta qualificada, identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário (SCHOLZE et al; 2006, p. 8).

Ainda segundo Farias (2007, p.16), o acolhimento é uma estratégia cuja proposta é ultrapassar as fronteiras técnicas e dentre seus objetivos, os principais são a garantia de acesso e a promoção do vínculo dos usuários com o Sistema de Saúde, sua prática pode ser implementada com inúmeros revezes, atribuídos, principalmente a determinantes organizacionais.

O acolhimento pode ser compreendido, simultaneamente, como uma diretriz e uma estratégia. Esta prática nos serviços de saúde denota a reorganização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários. A articulação dessas perspectivas traduz as intenções de um atendimento que garante o direito de acessar os serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições. Embora se tenha o entendimento que o acolhimento de ser realizado em todos os níveis da atenção em saúde, é importante entender que o primeiro nível dessa atenção é a atenção primária (TAKEMOTO; SILVA,2007).

Acolher é ouvir as necessidades, de modo a oferecer respostas. Entretanto, é importante ressaltar que ao ato de ouvir é atribuído um caráter especial, pois envolve muito além do sentido de ouvir, tornando um ato mecânico uma ação humana sensível. É imprimir ao simples ato de ouvir a capacidade humana de escutar, de estar atento ao outro (BREHMER E VERDI, 2010).

Atualmente, observa-se através dos meios de comunicação que a maioria das pessoas que utilizam os serviços públicos não tem recebido assistência gratuita de qualidade e de forma resolutiva. Há, portanto, a necessidade de uma revisão sobre

os princípios e diretrizes do atual sistema de saúde, direitos da população e sobre o foco do modelo técnico-assistencial vigente. Com a implantação do SUS, visou-se uniformizar a assistência e permitir a todos o direito à saúde (SILVA E ALVES; 2008, p.76).

De acordo com Franco et al; (1999, p. 347) o acolhimento é importante na relação com o usuário pois propõe:

Inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) atender à todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população; 2) Reorganizar o processo de trabalho, afim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional- equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo- se a resolver seu problema de saúde; 3) Qualificar a relação trabalhador- usuário que deve dar- se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O acolhimento é considerado atualmente um importante dispositivo da PNH para promoção da humanização na assistência à saúde. Sabe-se que as primeiras experiências de implantação do acolhimento foram descritas ainda na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde que buscavam introduzir mudanças técnico-assistenciais com base no modelo “em defesa da vida” (SOUZA et. al., 2008).

Souza et. al. (2008) ressaltam, ainda, que o acolhimento deve ser visto como um potente dispositivo para atender a exigência de acesso, favorecer o vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Através de seus estudos, confirmaram a importância do acesso e do acolhimento como dispositivos potentes e estratégicos para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde.

É importante destacar também, que são encontrados diversos significados para o termo acolhimento entre os autores e, ainda, nos diferentes serviços de saúde. Em uma visão mais restrita do tema, o acolhimento é descrito numa dimensão

exclusivamente espacial, traduzindo-se em recepção administrativa e ambiente confortável, ou ainda, como uma ação de triagem administrativa e realização de encaminhamentos para serviços especializados. (BRASIL, 2008a).

Entretanto o acolhimento vai além e seria, então, uma estratégia para promover reorganização do serviço de saúde, mudança do foco de trabalho da doença para a pessoa, valorização do potencial da equipe multiprofissional, garantia do acesso universal e equânime aos serviços de saúde, alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da Humanização na assistência e estímulo à capacitação dos profissionais, fazendo com que estes assumam uma postura acolhedora. (SILVA; ALVES, 2008).

O ato de acolher uma pessoa não está relacionado ao local, nem a um espaço, mas sim a uma postura ética, não exige hora ou profissional, envolve saberes, escutar as angústias procurando solucioná-las, tomando para si a responsabilidade de “abraçar” o usuário ou a comunidade com resolutividade. Acolher se torna diferente de realizar uma triagem, pois não se constitui como uma etapa de um processo e sim como uma ação que deve ocorrer e se tornar real em todos os momentos em uma unidade básica de saúde (TRINDADE, 2010).

Sendo assim, a proposta do acolhimento tem como significado colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o setor da rede de saúde que seja capaz de responder àquelas demandas.

1.3 SAÚDE DA MULHER E A BUSCA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

Segundo Ministério da Saúde (2011) as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas sobretudo acompanhando crianças e outros familiares. Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher.

De acordo com Coelho (2003) a saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica.

Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero.

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 campo (BRASIL, 1984).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) o programa do PAISM inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando ainda a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Para o Ministério da Saúde (2006) a Atenção Básica é caracterizada por:

Desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (território – geográfico), considerando a dinamicidade existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

1.4 SOBRE O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E O ACOLHIMENTO À MULHER

O exame preventivo do câncer do colo do útero, popularmente conhecido como exame de Papanicolau, é, segundo Cézar J.A et. al (2003) um exame indolor, eficaz e, em virtude de sua simplicidade, eficácia, relativo baixo custo, validade e aceitação tem merecido grande apoio não só dos profissionais da área médica, mas também da própria população.

Sua realização periódica contribui para reduzir em até 70% a mortalidade por câncer de colo do útero na população de risco (RAMOS et al 2006). O mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais. Mesmo sendo um procedimento de baixo custo, não está incorporado a

todos os serviços de saúde, tendo utilização reduzida e não disponível a toda população feminina (LOPES, 1998)

Estimativas mostram que um grande percentual das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo de Papanicolau (BRASIL 2001). Revelam ainda, segundo estudos do Ministério da Saúde, que apenas cerca de 7,7% das mulheres brasileiras são cobertas por programas governamentais de prevenção e controle do câncer da cérvix pela realização do exame colpocitológico (FERNANDES E NARCHI, 2002).

Quando incorporado na rotina da vida adulta, o exame de Papanicolau tem forte influência na redução da incidência do câncer de colo de útero e da morbimortalidade de suas portadoras. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que toda mulher dos 25 aos 59 anos de idade, ou antes, se já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo de útero, este adquire periodicidade trianual. Segundo estudos realizados, após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subseqüentes (INCA 1996)

Os principais fatores de risco para o câncer de colo de útero são: HPV (papilomavírus humano), início precoce das relações sexuais, número de parceiros sexuais, multiparidade, antecedentes de doenças venéreas, baixa escolaridade, uso de anticoncepcional oral por mais de 10 anos e tabagismo. O uso do preservativo é considerado um fator de proteção (KLASSEN e ALEIXO, 1991).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 1994, 64% das mulheres com mais de 15 anos de idade haviam feito o exame pelo menos uma vez na vida. Ainda de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2003) em 2003, entre as maiores de 24 anos, este percentual passou para 79,1%.

Um dos fatores relacionados ao baixo impacto do preventivo é o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco (HERNÁNDEZ et al 1998). Segundo Ministério da Saúde outros motivos seriam a falta de seguimento, de tratamento adequado para todas as mulheres que foram rastreadas. No Brasil, outro fator

implicado é que grande parte dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos de idade, que buscam os serviços de saúde para atenção reprodutiva. Pouco conhecimento a respeito do preventivo e medo associado à sua realização têm sido outros fatores implicados (AGUILAR 1996 E DELL 2000).

Sendo assim um acolhimento resolutivo a mulheres usuárias da Rede Básica, seria um método valioso para validar a realização periódica do exame preventivo de Papanicolau, uma vez que, através desta estratégia ou ferramenta, essas mulheres receberiam orientações adequadas e informações necessária a respeito do exame afim de sanar dúvidas e medos associados a realização do preventivo.

1.5 SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao analisar a proposta da promoção da saúde, Buss (1999, p.19), destaca que esta representa

O conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos segundo Sutherland e Fulton (1992, p.92): No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das 'culturas' da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos, tal como o hábito de fumar, a dieta, o aleitamento materno, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito entre outros. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da

promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

O segundo grupo vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, indicando a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um conjunto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de saneamento, boas condições de trabalho, de habitação, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, apoio social para famílias e indivíduos, ambiente físico limpo, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

De acordo com Buss (2003, p. 18), o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 20 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter mais conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas nesta área. Assim, foi-se observando que as estratégias mais eficazes de prevenção das enfermidades e promoção da saúde baseiam-se em uma combinação de ações destinadas a abordar os determinantes tanto estruturais como individuais da saúde.

Deste modo, torna-se necessário verificar quais são as necessidades de cada população para que se possa introduzir a promoção da saúde e assim fazer uma aproximação com as condições de maior bem-estar nas diversas e adversas situações da vida. É mais eficiente identificar a carência das populações para que se possa introduzir projetos educativos preventivos que objetivem a melhoria da saúde de dada população (CAMPOS, 2004)

Para Silva et al (2010), o paradigma biomédico, hegemônico nas práticas de saúde, está sustentado em uma concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual que não permite acionar mecanismos orientados pelas múltiplas necessidades e demandas de saúde da população. A promoção à saúde se coloca de forma singular e subjetiva para cada indivíduo, no entanto, é de responsabilidade de profissional em saúde identificar os grupos e problemas que levam a um declínio da condição de qualidade de vida, para poder intervir com medidas que melhorem a

vida e a saúde deste indivíduo, promovendo assim saúde.

No mundo de hoje, com os hábitos de vida que nossa sociedade coloca em prática, torna-se complexo alguém ter satisfação em todos os níveis desejáveis de acordo com todos os pontos enfatizados pela soma das concepções sobre qualidade de vida. Entretanto é necessário buscar, sempre, novas maneiras de tentar atingir uma condição de maior bem estar nas diversas situações da vida. Situações, essas, que podem ser sanadas com informação, educação, prevenção e outros meios que estão dentro da promoção da saúde. Portanto, a qualidade de vida conceitualmente revela estar completamente ligada a ação de promoção à saúde, enfatizando que a promoção à saúde foi criada para melhorar as condições de vida e naturalmente a qualidade de vida.

METODOLOGIA

CAPÍTULO 2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa descritiva de abordagem exploratória a fim de atingir os objetivos traçados para o presente estudo. Para DYNIEWICZ (2007, p. 102) a pesquisa qualitativa baseia-se “na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores”.

A seleção desta abordagem ancora-se no fato da pesquisa qualitativa buscar entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, trabalha com descrições, comparações, interpretações, é mais participativa e, portanto, menos controlável. Segundo Leopardi (2001), ela acontece quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam.

Malinowski (1975 apud MINAYO, 2004, p. 63) reafirma que na pesquisa qualitativa a interação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado é essencial para se obter a percepção deste. Neste sentido salienta que:

É preciso estar atento ao corpo e sangue da vida real pois eles compõem o esqueleto das construções abstratas; compreender os imponderáveis da vida real; ouvir e buscar compreender o ponto de vista, as opiniões e as expressões dos nativos, isto é, ter em conta as maneiras típicas do pensar e sentir que correspondem às instituições e à cultura de uma comunidade.

Ainda sobre pesquisa descritiva, Figueiredo (2004, p. 104) define como aquela que realiza “a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário e a observação sistemática”.

Rudio (2001, p. 56) afirma que na pesquisa descritiva o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la e ainda explica que descrever é narrar o que acontece, conhecer o fenômeno, procurando interpretá-lo.

Esta abordagem estabelece métodos que permitem ao pesquisador expor as idéias da maneira que o entrevistado as coloca e ainda permite que haja uma troca de pensamentos entre os pesquisadores do assunto e os sujeitos da pesquisa.

2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa serão mulheres cadastrados na ESF da unidade Apolo III, de qualquer cor, pertencentes a qualquer classe ou grupo social, com idade entre 20 e 59 anos, que buscam a realização do exame preventivo de Papanicolau. Tem-se como critérios de inclusão dos sujeitos participantes da pesquisa: somente as mulheres que forem cadastradas na ESF do Apolo III, terem idade entre 20 e 59 anos e aceitarem a participar do estudo. E como critérios de exclusão, mulheres cadastradas que não realizam o exame preventivo no local e as que não aceitarem participar do estudo.

2.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Apolo III, pertencente ao Município de Itaboraí, no Estado do Rio de Janeiro. A Unidade atende a população cadastrada e pertencente à região adscrita.

Itaboraí é um município do estado do Rio de Janeiro que compõe a Região Metropolitana II. Apresenta uma população de aproximadamente 226.042 habitantes (IBGE, 2007), e desse total aproximadamente 74% recebe cobertura pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

A Unidade está localizada em um território caracterizado por uma população de baixa escolaridade e renda. Há predomínio de idosos com doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e o diabetes. A unidade possui uma

equipe, composta por: 1 Enfermeira; 1 Médica, 1 Técnico de Enfermagem; 6 Agentes Comunitários de Saúde – ACS; 01-Responsável pela limpeza; 01-Recepção. Funciona em uma escola alugada, possui energia elétrica, água encanada, há rede de esgoto, coleta de lixo e a rua é asfaltada. Possui uma varanda, que caracteriza um *hall* de entrada onde há cadeiras e bancos, funcionando como sala de espera. Uma sala, em que funciona a recepção, com alguns armários onde são dispostos armários com os prontuários, dentre outros materiais para se efetuar os registros.

Os consultórios são quatro, utilizados para a realização de atendimentos e consultas médicas e de enfermagem. Há ainda a sala de triagem, uma sala de curativo que possui um lavabo e uma pequena dispensa em que ficam armazenados materiais para a realização de curativos. Possui ainda a sala de imunização, além da copa e dois banheiros. Também são realizadas consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, pré-natal e puericultura, preventivos, educação em saúde, grupos educativos, reuniões de equipe, salas de espera, grupo Hiperdia e controle de usuários com tuberculose através do Programa DOTS.

Cabe destacar, também, que a população total do município de Itaboraí, encontra-se num momento de grande expansão motivada pela implantação do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (COMPERJ). Em 2010, segundo a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), seis mil novos empregos foram gerados pelo Complexo Petroquímico, sem a necessária infra-estrutura, aumentando com isso o número de famílias em situação de vulnerabilidade e os possíveis casos de tuberculose na região.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Antes de ser iniciada a coleta de dados, esta pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/ Hospital Universitário Antônio Pedro. A participação dos usuários vai ser efetuada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), do qual constarão o título do projeto, identificação dos responsáveis pelo projeto, o objetivo da pesquisa, os procedimentos necessários à realização e os benefícios que podem

ser obtidos. Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As informações e o anonimato dos sujeitos envolvidos serão mantidos em sigilo pelo pesquisador, sendo de sua única responsabilidade, ressaltando-se que em qualquer momento será garantida aos mesmos a possibilidade de se retirar do estudo.

2.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será constituída de levantamento de dados em fichas cadastrais e realização de entrevista semi-estruturada, individuais, sempre com a presença do pesquisador e autorizadas pelo participante através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde serão informados todos os passos da pesquisa.

A entrevista, segundo Minayo (2004), é o procedimento mais usual no trabalho de campo, onde o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos sujeitos. As entrevistas serão gravadas e transcritas, para que nenhuma informação seja perdida.

Triviños (1992, p.146) diz que:

A entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessem à pesquisa,... Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A realização das entrevistas foi orientada em um roteiro elaborado previamente pela pesquisadora, e composto por duas partes: a primeira contendo dados específicos de caracterização do sujeito – idade, estado civil, escolaridade, ocupação, entre outros – excetuando-se o nome verdadeiro, em virtude da necessidade de preservação de suas identidades. A segunda parte será composta por perguntas abertas.

Com base na técnica de análise de conteúdo, conforme preconizado por Bardin (2008), os depoimentos captados com o questionário estruturado vão ser

analisados separadamente, possibilitando identificar os pontos relevantes ou núcleos de sentido presentes nas comunicações dos sujeitos.

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nas fichas cadastrais e nas entrevistas serão minuciosamente analisados e confrontados. Com as aproximações surgirão categorias, norteadoras do pensamento dos usuários sobre o tema eleito para estudo. A análise dos dados se dará pela reunião das informações de acordo com características comuns, expostas ou que se relacionam entre si, e serão fundamentadas através do referencial teórico pertinente ao estudo.

Para desenvolvimento da análise dos dados das entrevistas utilizarei a análise de conteúdo proposta por (BARDIN, 2008 apud CAMARGO & SOUZA, 2003, p. 160) que pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação que, a partir de procedimentos objetivos, sistemáticos e de descrição de conteúdo das mensagens, obtém indicadores de conhecimento que se referem às condições de produção e recepção destas mensagens, permitindo interpretá-las

A análise de conteúdo nos permite “encontrar respostas para as questões formuladas [...] e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos” (MINAYO, 2004, p. 74).

As informações obtidas durante as entrevistas serão transcritas na íntegra a fim de se proceder a análise de seus conteúdos, tomando-se o cuidado de se identificar os participantes por codinomes, objetivando preservar suas identidades. A análise dos dados vai ser desenvolvida a partir da leitura do texto transcrito, objetivando a identificação e o agrupamento dos dados por categorias para posterior discussão à luz da literatura pertinente.

ANÁLISE
DOS
DADOS

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DOS DADOS

3.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS

| Sujeitos | Idade | Estado civil | Escolaridade | Nº filhos | Ocupação | Tempo de cadastro em anos |
|-----------------|---------|--------------|-------------------------------|-----------|--------------|---------------------------|
| E1 Priscila | 43 anos | viúva | Ensino Fundamental Incompleto | 3 | Gari | 10 anos |
| E2 Juliana | 21 anos | solteira | Ensino Fundamental Completo | 2 | Do Lar | 8 anos |
| E3 Michelle | 57 ano | solteira | Ensino Médio Incompleto | 2 | Diarista | 9 anos |
| E4 Laura | 38 anos | solteira | Ensino Médio Completo | 2 | Do Lar | 11 anos |
| E5 Maria | 43 anos | Casada | _____ | 2 | Babá | 10 anos |
| E6 Cleuza | 58 anos | solteira | Ensino Fundamental Incompleto | 4 | Doméstica | 8 anos |
| E7 Patrícia | 36 anos | Casada | Ensino Médio Incompleto | 3 | Do lar | 10 anos |
| E8 Francisca | 55 anos | solteira | _____ | 4 | Do lar | 10 anos |
| E9 Gleiciane | 21 anos | Casada | Ensino Médio Incompleto | 1 | Autônoma | 1 ano |
| E10 Andresa | 27 anos | Casada | Ensino Médio Incompleto | 1 | Cabeleireira | 7 anos |

LIMA J.T – característica dos sujeitos da entrevista

O quadro acima apresenta o levantamento das características sócio demográficas das 10 mulheres entrevistadas que realizam o exame preventivo e são cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Itaboraí em Apollo III. Segundo Ministério da Saúde (2004) a Estratégia Saúde da Família é um programa do sistema de saúde brasileiro que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial. Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gera um cenário favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer do colo do útero. De acordo com os preceitos éticos e legais no que diz respeito á pesquisa envolvendo seres humanos, os nomes dos quais são apresentados na tabela são fictícios.

Através do quadro com as características é possível observar que a maioria das mulheres são solteiras e apresentam baixo nível de escolaridade. Esse segundo fator pode ser caracterizado como um possível indicador para a não realização periódica do exame preventivo, bem como as patologias que podem ser detectadas precocemente com a realização do exame Papanicolaou.

Um estudo realizado em Campinas, Estado de São Paulo, do tipo transversal, de base populacional, detectou que a não realização do exame preventivo do câncer do colo uterino está associada à idade, etnia, grau de instrução e renda (CESAR, HORTA et al, 2003).

Em relação a idade das participantes da pesquisa, observa-se que a maioria das entrevistadas possuíam idade entre 35 a 55 anos, sendo assim essas mulheres se enquadram na faixa etária onde é mais incidente o número de casos de câncer de colo uterino, pois de acordo com o Ministério da Saúde (2003) a neoplasia de colo uterino atinge, principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência.

3.2 O DISCURSO DOS SUJEITOS: Categorias

Após serem realizadas leituras e análises de dados que foram coletados durante do trabalho de campo, será colocado aqui as análises obtidas através de dados extraídos dos discursos das participantes que foram obtidas através de entrevistas e leitura de fixas cadastrais, e que geram as seguintes categorias: O exame preventivo Papanicolau e forma de busca e detecção de doenças; O acolhimento dos profissionais de saúde como processo facilitador para o entendimento sobre o exame Papanicolau, frente as usuárias; Sobre o exame preventivo: saberes, dúvidas; Limitações para realizar as consultas periodicamente.

3.2.1 O exame preventivo Papanicolau e forma de busca e detecção de doenças

Ao serem questionadas sobre a finalidade do exame preventivo Papanicolau as participantes se expressaram de forma muito semelhante, uma vez que a grande maioria afirma se tratar de uma forma de observar ou de detecção precoce de possíveis anormalidades, como é visto nas seguintes falas:

“Para ver se tem alguma coisa e se tiver, prevenir, tipo câncer do útero e outros tipos de doença, pois se detectar logo já faz o tratamento. (Michelle)

“Para detectar alguma coisa no útero, pois algum tempo atrás eu tinha escutado a respeito. (Laura)

O exame de Papanicolau, é conhecido internacionalmente, e utilizado como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo de uterino, também denominado de colpocitologia e mais comumente referido pela clientela como exame preventivo.

Segundo Lopes (1998) e Fernandes (1999) o mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais. Mesmo sendo um

procedimento de baixo custo, não está incorporado a todos os serviços de saúde, tendo utilização reduzida e não disponível a toda população feminina.

3.2.2 O acolhimento dos profissionais de saúde como processo facilitador para o entendimento sobre o exame Papanicolau

Na proposta do MS (2004) o acolhimento deve trabalhar com o objetivo de ouvir os pedidos e ou solicitações dos usuários e que esses devem assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2004, p.5).

A grade maioria das respondentes demonstraram saberes equivalentes frente a questão acolhimento, através de suas vivências as usuárias apontaram o acolhimento como um fator positivo para a realização do exame preventivo.

Ainda seguindo a lógica do acolhimento, BRASIL (2006), também destaca que um dos princípios fundamentais da Estratégia Saúde da Família é a construção de vínculo entre a equipe de Saúde e a comunidade adscrita, objetivando a manutenção do cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo mediante a uma postura pró-ativa em face aos problemas de saúde-doença. Esse vínculo pode ser evidenciado através do seguinte relato de uma das usuárias.

"Eu me sinto acolhida sim aqui, não tenho do que reclamar não, são atenciosos e eles sempre fazem eventos. E também a maioria das pessoas que trabalham aqui são moradores e a gente já se conhece, me chamam pelo nome." (Michelle)

De acordo com Camelo (2000) o acolhimento é um recurso tecnológico que possibilita acesso aos usuários objetivando uma escuta sensível, partindo dos problemas menos complexos para os mais complexos. Nesse sentido, é reformulador do processo de trabalho, de modo a rastrear os problemas de saúde,

dando-lhes direcionamento e respostas pela identificação da demanda dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Gleiciane, outra cadastrada na ESF que realiza o exame preventivo no local também expressa o que pensa sobre o acolhimento e suas contribuições visto a realização do exame.

"Me considero acolhida aqui, por que tem posto que a gente chega e eles nem dão atenção, agora aqui quando eu chego sou muito bem tratada e eu me sinto na minha casa. O acolhimento diminui bastante minha ansiedade, pois pra quem nunca fez acha que é horrível, então você chega aqui e eles vão conversando com você, aí quando chega na hora você tá súper tranquila e relaxada".

A fala da usuária acima demonstra o quanto é importante que acolhimento ocorra de forma efetiva nas unidades de saúde, visto que através desse ato, dúvidas e receios podem ser minimizados frente as pacientes. Segundo MERHY (1994) o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o trabalhador de saúde, seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa por parte do usuário, de que o trabalhador - individual ou coletivamente - responda com resolutividade como é visto no seguinte depoimento.

"Me sinto acolhida sim, eu conheço todo mundo e todo mundo aqui me conhece. Eu Converso bastante com elas e isso diminui minha ansiedade, porque eu me sinto mais segura com as coisas que eles nos passam. Aqui a maioria é mulher e a gente fica com mais liberdade pra conversar sobre esses assuntos".
(Francisca)

Apenas uma das respondentes afirmou não se sentir acolhida pelos profissionais, essa afirmativa é evidenciada na seguinte fala:

“No momento não me sinto acolhida, antes o acolhimento era melhor, desse ano pra cá está horrível. Você não consegue marcar consulta a gente pega o resultado do exame e não tem ninguém pra ler, então isso pra mim não é ser acolhida. Eu não consegui vir a nenhuma reunião, aliás nem sei se tem, porque não fico sabendo de nada, só quando o posto era no endereço antigo. Nesse ninguém vai na minha casa avisar como era no outro”. (Patrícia)

Quando questionadas sobre as práticas educativas que eram oferecidas pelos profissionais de Saúde da ESF e os benefícios que essas práticas proporcionavam, quase todas as usuárias afirmaram de alguma forma receber orientações dos profissionais, não somente sobre o exame preventivo Papanicolau como também sobre outros assuntos relacionados à Saúde, como podemos ver nos seguintes depoimentos:

“Recebo orientações sim, hoje por exemplo eu acabei de receber nessa reunião do Outubro rosa e isso me ajuda a entender sobre as coisas, sobre minha saúde”. (Juliana)

“Eu recebo orientações, as vezes eles fazem uma festinha, tipo a que teve hoje e também quando tem aniversário do posto eles comemoram e chamam todo mundo pra falar a respeito das coisas de saúde, de como fazer o exame. Na festa das crianças eles costumam estar comemorando alguma coisa. Eles avisam nas casas. As agentes de saúde vão nas casas e falam que tal dia vai ter uma festinha e tal e nós estamos convidados. Vão falar a respeito disso, daquilo, de hipertensão e essas coisas. As reuniões me ajudam por que me

esclarecem, tiram algumas dúvidas que você tem e você acaba aprendendo coisas que você não sabe”. (Laura)

Patrícia, a mesma cadastrada que respondeu negativamente sobre o acolhimento, também respondeu que só conseguia participar das práticas educativas quando a ESF era situada no endereço antigo. Para ela participar dos eventos que eram realizados eram importantes como vemos na seguinte frase:

“Receber orientações me ajudava a cuidar mais da minha saúde porque me passavam informações que eu não tinha nem conhecimento”. (Patrícia)

3.2.3 Sobre o exame preventivo: saberes, dúvidas e receios

Ao serem interrogadas sobre o que sabiam sobre o exame preventivo Papanicolau, em relação a sua finalidade, a maioria das entrevistadas disseram saber do que se tratava e todas as entrevistadas citaram patologias relacionadas ao colo do útero em suas respostas como mostram as falas abaixo:

“Para prevenir doenças como o câncer do útero e ver outras doenças”. (Cleuza)

“Pra prevenir doenças, caso esteja com alguma coisa a gente descobre com o exame. Pode ver se tem câncer e várias outras doenças também que eu não sei explicar”. (Gleiciane)

“Ele serve para prevenir o câncer de útero, as outras doenças eu não sei falar”. (Francisca)

Os discursos mostrados acima apontam os saberes relacionados à finalidade do exame. Uma pequena minoria das entrevistadas entende que o exame serve para prevenir o aparecimento do câncer do colo de útero.

Segundo Caetano (2006) o exame Papanicolau é um procedimento simples e de baixo custo, capaz de detectar as alterações em fases pré-malignas, quando são curáveis com medidas relativamente simples. Com isso entendemos que o exame preventivo Papanicolau, apesar do nome que recebe, não previne o surgimento do câncer de colo uterino, e sim é considerado como uma ferramenta para a detecção precoce dessa patologia.

A maioria das respondentes utilizam em seus depoimentos a palavra “detecção” e a frase, “serve para ver se tem” como vemos nos depoimentos abaixo:

“Serve para detectar algum tipo de doença, tipo câncer no útero e inflamação”. (Maria)

“Serve para ver se tem doença sexualmente transmissível ou câncer do colo de útero”. (Patrícia)

“Para detectar alguma coisa no útero, tipo câncer, pois algum tempo atrás eu tinha escutado a respeito”.
(Laura)

As falas a seguir apontam, na visão das respondentes, como é realizado o exame preventivo:

“Chego na sala, ela manda a gente deitar numa cama, fico com as pernas abertas pra cima, aí ela fala com você: relaxa! Eu até tento, mas é muito difícil. Eles pegam um negócio igual a uma seringa e bota lá dentro e puxa um líquido. Não machuca, só incomoda. O nome do negócio é o bico de pato”. (Juliana)

“É feito com um aparelho de plástico descartável que elas tiram um pouquinho do líquido, bota dentro do vidrinho e manda pro laboratório. Também usam uma

lupa que olham lá dentro pra ver se tem verruga, alguma feridinha, alguma coisa”. (Patrícia)

Através das falas, percebe-se o quanto é importante que a equipe de Saúde compreenda a percepção das pacientes sobre a forma de realização do exame, para que as mesmas possam compreender de fato as etapas que é composta a realização do exame, os materiais que são utilizado e o que é colhido para ser encaminhado a análise.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) a realização do exame preventivo ocorre da seguinte maneira: para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espécuro na vagina (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido ao seu formato). O médico faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero, a seguir, o profissional provoca uma pequena escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha. As células colhidas são colocadas numa lâmina para análise em laboratório especializado em citopatologia.

3.2.4 Limitações para realizar as consultas periodicamente.

Realizar o exame preventivo é uma forma comprovadamente eficaz para o rastreamento precoce do câncer de colo uterino, o que ocasiona na grande maioria dos casos, na cura da doença. Mas para que a eficácia do exame seja mantida é necessário, que este seja realizado periodicamente pelas mulheres, mas essa não foi à realidade observada na análise dos dados utilizados neste estudo. Algumas respondentes mostraram em seus depoimentos que não realizam periodicamente o exame preventivo Papanicolau como mostram as falas abaixo:

“Ah, nem sei, nem me lembro quando fiz o exame pela última vez”. (Priscila)

“A menina viu ali que foi em 2008. Eu fiz um monte de exames, mas o preventivo fiz em 2008”. (Laura)

“Fazem 3 anos, tinha sido a segunda vez”.

(Juliana)

“Tem uns 2 anos que fiz”. (Patrícia)

“Realizei há 3 anos atrás”. (Maria)

A falta de conhecimento sobre a importância de realizar o exame Papanicolau, o tipo de acolhimento recebido no sistema de saúde, vergonha, dificuldades financeiras, dificuldade de transporte e de com quem deixar os filhos são alguns dos fatores citados por Assis et al, (2007), que podem estar associados à não realização de exames preventivos pelas mulheres.

Com relação a escolaridade e condições financeiras, verificou-se uma forte associação destas, com a realização ou não do Papanicolau visto que as respondentes das frases acima possuem um baixo grau de escolaridade e são economicamente mal remuneradas.

Quando questionadas sobre os motivos que as levam a não realização periódica do exame preventivo as respostas variam entre medo, vergonha e falta de tempo. O que é apontada através das seguintes falas:

“O que me impede é falta de tempo por causa do trabalho. É muita correria no dia a dia, meu trabalho não me deixa ter tempo”. (Andressa)

“Eu só não fazia antes porque eu tinha medo. Minha primeira vez foi mês passado. Ai quando eu cheguei aqui eu conversei com a Enfermeira e ela disse que não era o que eu estava imaginando. Realmente quando eu fiz não era esse bicho que tomo mundo falava”. (Gleiciane)

“O que me impede é o medo, mas mesmo eu atrasando um pouco procuro sempre fazer”. (Francisca)

“A vergonha é o maior motivo. Até que agora eu melhorei um pouco, quando eu tive parto normal, por que quem passa por isso não tem vergonha mais de nada”.
(Maria)

Com isso entende-se que as principais causas de resistência para realização do exame preventivo podem estar relacionadas ao medo, receio da dor, vergonha, falta de tempo. Questões pessoais, como privação de relações sexuais nos dias que antecedem a realização do exame também foi relatado por uma das entrevistadas, como é evidenciado na seguinte fala:

“Ter que ficar 2 dias sem ter relação sexual, aí acaba que as vezes tô 2 dias, aí não tem jeito e acabo por conta disso deixando de fazer, mas meu marido não me impede não”. (Laura)

Segundo o Ministério da Saúde um dos cuidados que deve-se tomar para a realização do exame preventivo é não ter relação sexual, nem mesmo com camisinha, dois dias antes da realização do exame.

*CONSIDERAÇÕES
FINAIS*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos dados obtidos foi possível perceber, por meio dos depoimentos das participantes do estudo, a importância do papel do acolhimento e das práticas de educação em saúde para que as usuárias aumentem o nível de conhecimento e possam realizar periodicamente o exame preventivo Papanicolau.

Comprovaram-se, também pelas falas das entrevistadas, que o acolhimento e as práticas de educação em Saúde são ações presentes no cotidiano dessas mulheres. Elas nos mostraram que as informações são transmitidas a elas, que sempre que têm dúvidas, as enfermeiras tentam saná-las. Entretanto, foi observado que quando interrogadas sobre questões relacionadas ao preventivo algumas delas apresentam dificuldade de expressar-se e de assimilar alguns assuntos. Essa dificuldade de expressão e de assimilação pode estar associada tanto ao baixo grau de escolaridade como por constrangimento em discutir sobre o exame que ainda é entendido como uma questão íntima da mulher e uma ação ainda feita em sigilo por muitas mulheres brasileiras.

Nesse estudo pôde-se observar que o vínculo e a confiança construída entre os profissionais de saúde e as mulheres usuárias do serviço se configuram como fatores determinantes para o sucesso da realização do acolhimento e do exame preventivo pois essa proximidade “quebra” barreiras, diminuindo temores e ansiedades frente o tema abordado e favorece o contato humanizado e a adesão ao exame.

Também foi destacado pelas entrevistadas que a grande maioria identifica ou relaciona o exame preventivo como uma forma de detectar e ou observar o câncer de colo de útero. Para algumas delas ele detecta e trata somente o câncer do colo uterino. Como maneira de prevenir outras patologias pareceu pouco claro para elas. Esta questão fica apontada como necessidade a ser melhor trabalhada pelos profissionais da equipe.

Por fim, ficou evidenciado que mesmo estando ciente dos benefícios da realização periódica do exame, um grande número de entrevistada encontra-se em

atraso com a realização do exame e os motivos para essa não realização periódica vai de encontro com que é encontrado na literatura. Os principais fatores são medo, vergonha, falta de tempo e fatores relacionados ao baixo grau de escolaridade e condições financeiras desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

OBRAS CITADAS

AGUILAR P N, PONCE CLP, RUIZ PA, SÁNCHEZ TR, URIZA LC, ÁVILA MH. **Factores asociados com la familiaridad de mujeres mexicanas com la función del Papanicolaou.** *Bol Sanit Panam* 1996; 121: 536-41.

ALEIXO NETO A. **Aspectos epidemiológicos do câncer cervical.** *Rev. Saúde Pública* 1991; 25 p. 326-33.

ASSIS, A.P., AMARAL, M.F.,SAMPAIO, M.C., CAIXETA, R.C., SANTOS, S.H. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.4. n.2, p.11-14, 2007.

BARBOSA, et al, **Política Nacional de Humanização e formação do profissionais de saúde: revisão** . *Rev. bras. enferm.* vol.66 nº.1 Brasília Jan./Fev. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3ª ed. Rev. Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família.** Brasília; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional.** Rio de Janeiro (RJ): MS; 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2009

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero: 2ª. Fase de intensificação. Relatório Preliminar.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Inca; 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher:**

bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Conhecendo o Viva Mulher. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama.** Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo? Interface, Comunic., Saude, Educ.,** v. 9, n.17, p.389-94, 2005.

BREHMER L.C.F, VERDI M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.** Ciênc. saúde coletiva vol.15 suppl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010

BUSS , P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde** . Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003.

CAETANO R, VIANNA CMM, THULER LCS, GIRIANELLI VL. **Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil.** Physis (Rio J.) 2006; 16:99-118.

CAMELO S.H.H, ANGERAMI ELS, SILVA EM, MISHIMA SM. **Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.** Rev. Latino Am. Enfermagem. 2000; 8:30-7

CAMPOS G. W; BARROS, R.B.C, MIRANDA A. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde.** v.9, n.3, p. 745-749, 2004.

CESAR J.A, HORTA B.L, GOMES G, HOULTHAUSEN R.S, WILLRICH R.M, KAERCHER A, et al. **Fatores associados a não realização do exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil.** Cad. Saúde Publica. 2003 set-out;19(5):1365-72.

CHERNICHARO et al, **Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização**. Rev. bras. enferm. vol.66 no.4 Brasília July/Aug. 2013

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.

CRUZ L.M.B, LOUREIRO R.P. **A Comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas**. Saúde Soc. 2008 abr-jun;17(2):120-31. Doi.org/10.1590/S0104-12902008000200012

DELL D.L, CHEN H, AHMAD F, STEWART D.E. **Knowledge about human papillomavirus among adolescents**. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 653-6.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.401-3, 2005.

DYNIEWICZ A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão, nov. 2007.

FERNANDES R.A.Q, NARCHI N.Z. **Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama**. Rev. Bras. Câncer 2002; 48(2):223-30

FRANCO, T. B. et. al. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde : o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Caderno Saúde Pública. 1999; 15(2): 345-53.

HERNÁNDEZ A.M; LAZCANO P.E.C; RUÍZ P.A, ROMIEU I. **Evaluation of the cervical cancer screening programme in México: a population-based case-control study**. Int. J. Epidemiol 1998; 27: 370-6.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde; 2003

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000**. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA;

1996.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Câncer – PRO-ONCO. **Ações de enfermagem para controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 1995.

JORGE. J. **Rev. Bras. Saúde Materno. Infantil**, Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez., 2005

KLASSEN AC, CELENTANO DD, BROOKMEYER R. **Variation in the duration of protection given by screening using the Pap test for cervical cancer**. *J Clin Epidemiol* 1991; 42:1003-11.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasof, 2001.

LIMA C.A, PALMEIRA J.A.V, CIPOLOTTI R. **Fatores associados ao câncer do colo do uterino em Propriá, Sergipe, Brasil**. *Cad. Saúde Publica*. 2006 out;22(10):2151-6.

LIMA, M.A.D.S. et. al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. *Acta Paul Enfermagem*, 2007

LOPES R.M.L. **A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino**. *Rev. Enf. UERJ* 1998; 2(2):165-70.

MENDONÇA V.G, LORENZATO F.R.B, MENDONÇA J.G, MENEZES T.C, GUIMARÃES M.J.B. **Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na Cidade de Recife, Pernambuco**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008 maio;30(5):248-55. Doi.org/10.1590/S010072032008000500007

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*.

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

PASCHE D.F; PASSOS E; HENNINGTON E.A. **Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 no.11 Rio de Janeiro. Nov. 2011

RAMOS, A.S et al. **Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto a realização do exame preventivo de Papanicolau.** Revista Latino-Americana de Enfermagem Local, v.14, n.2, p. 170-174, 2006.

RUDIO, FRANZ VITOR. **Introdução do projeto de pesquisa científica.** 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SCHOLZE, A. S. et. al. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família.** Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v. 8, n.1, p. 7- 12, dezembro 2006.

SILVA J.R.A.G, MASCARENHAS M.T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.

SILVA; L. G. ALVES; M. S. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** *Revista APS*, v. 11, n. 1, p. 74- 84. 2008.

SILVA K.L, SENA, R. R., GRILLO, M.J.C, HORTA, N.C. **Formação do Enfermeiro: desafios para a promoção da saúde.** Esc. Anna Nery [online], v. 14, n.2, p. 368-376, 2010.

SOLLA P.S.J.J, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Rua Basília da Gama, s. n. Campus Universitário. Canela. Salvador, BA, Brasil. CEP: 40.110-040

SOUZA E.C.F.S. et. al. **Acesso e Acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008. Suplemento 1.

SUTHERLAND R.W & FULTON M.J. **Health promotion**, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*.CPHA, Ottawa, 1992.

TAKEMOTO M.L.S, SILVA E.M. **Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** *Cad Saude Publica*, 2007

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.* São Paulo: Editora Atlas S.A., 1992.

TRINDADE C.S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Monografia, Belo Horizonte, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU E O PAPEL DO
ACOLHIMENTO NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador Responsável: Donizete Vago Daher

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21) 98059017 (21) 27146008

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso): _____ R.G.

A Sr.(ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “O ACOLHIMENTO A MULHERES QUE REALIZAM O EXAME PREVENTIVO PAPANICOLAU NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA”, de responsabilidade da pesquisadora Profª Drª. Donizete Vago Daher e Jaqueline Teixeira de Lima, que tem como objetivos: Conhecer o significado do acolhimento frente ao exame preventivo papanicolau para mulheres que acessam a unidade básica de saúde, identificar o papel do Acolhimento para a realização do exame preventivo entre mulheres adultas de 20 a 59 anos; e analisar se o Acolhimento contribui para a retirar as dúvidas e orientar sobre a importância de seguir realizando o exame e as consultas ginecológicas. A senhora está sendo convidada para participar de uma entrevista para qual deve concordar assinando abaixo o termo de concordância. Qualquer dúvida que ocorra sinta-se a vontade para fazer perguntas a fim de esclarecê-las. A senhora poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para seu atendimento. A pesquisa não oferece riscos e os benefícios da sua participação serão de nos ajudar a entender se o acolhimento está sendo eficaz ou não para que as mulheres continuem fazendo periodicamente o exame preventivo papanicolau. Após os esclarecimentos dados pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo voluntariamente em participar assinando o termo abaixo, tendo sido esclarecida de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante da realização da mesma.

Eu, _____, R.G.º _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. _____

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

Itaboraí, _____ de _____ de _____

Informo por fim, que será mantido o caráter confidencial de todas as informações e a privacidade da pessoa pela qual sou responsável. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Testemunha

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

APÊNDICE II - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Telefone Contato: _____ Data: _____
Nome: _____
Idade: _____
Escolaridade _____
Profissão _____
Estado civil _____
Número de filhos _____
Tempo de cadastro na Unidade do PSF: _____

SABERES SOBRE O ACOLHIMENTO DIANTE DO EXAME PAPANICOLAU

- Você sabe qual a finalidade do exame preventivo Papanicolau?
- Como se realiza este exame?
- Você se sente acolhida pelos profissionais quando realiza este exame no PSF?
- O acolhimento realizado pelas profissionais diminui sua preocupação ou ansiedade na realização do exame?
- Todas as mulheres devem realizar este exame?
- Há quanto tempo realizou o último exame preventivo Papanicolau?
- De quanto em quanto tempo a mulher deve realizar este exame?
- Quais os motivos que te impedem de realizar periodicamente o exame preventivo Papanicolau?
- Você recebe ou já recebeu orientações dos profissionais de sua unidade sobre o exame preventivo? E isto ajudou em que?

ANEXO