

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BENEDITA ALMEIDA DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO ÀS USUÁRIAS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

CURITIBA

2016

BENEDITA ALMEIDA DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO ÀS USUÁRIAS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2016

S237

Santos, Benedita Almeida dos

Estratégias de acolhimento às usuárias de uma unidade básica de saúde: contribuições da enfermagem / Benedita Almeida dos Santos. – Curitiba, 2016.

88 f.; il.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Orientador: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Bibliografia: p. 63-68.

1. Humanização na saúde. 2. Enfermagem em saúde pública. 3. Enfermagem - Controle de qualidade. I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

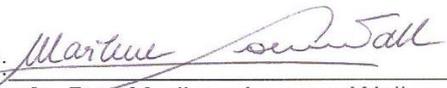
CDD: 610.7343

TERMO DE APROVAÇÃO

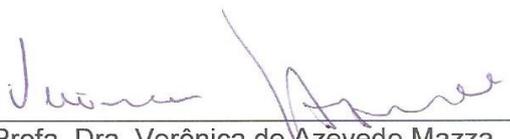
BENEDITA ALMEIDA DOS SANTOS

ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO ÀS USUÁRIAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

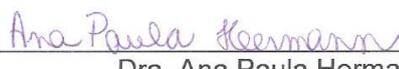
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): 

Profa. Dra. Marilene Loewen Wall
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná –
UFPR



Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná



Dra. Ana Paula Hermann
Membro Titular: Hospital de Clínicas da Universidade
Federal do Paraná

Curitiba, 11 de Março de 2016.

Dedico este trabalho à toda minha família, a família mais linda do mundo! À mamãe, papai, irmão, irmãs, sobrinhos, sobrinhas, cunhados, cunhada, tios, tias, primos, primas e a todos os agregados, que seria impossível nominá-los. Meu muito obrigada a cada um, pelo exemplo de persistência e constância de propósito.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, a Deus, nosso Pai Todo Poderoso, autor do dom da vida, que me sustentou em cada segundo, possibilitando vencer cada momento de dificuldade. A Ele, dedico e agradeço por mais esta vitória! A Ele toda honra e glória.

À minha mãe, Terezinha, que com suas orações e incentivo me fez enxergar que sou forte e posso transpor qualquer obstáculo, desde que com fé, amor e respeito ao próximo!

A meu pai, Antonio, que mesmo ausente, se fez presente em minha jornada, por meio de seus ensinamentos.

A meus irmãos, Savero, Sama, e Suzana, que foram sustento em meus dias, me apoiando nas ausências em casa.

À Marlene, que desde o início desta empreitada, me incentivou a prosseguir na luta por esta conquista.

À minha tia Anézia e minha amiga Solange, pelo suporte auxiliando minha mãe nas orações e torcida por este objetivo.

À equipe de Professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, por cada ensinamento recebido neste caminho.

Ao Everton pelo apoio sempre presente nos momentos em que a tecnologia pretendeu me abandonar.

A todos os componentes do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), por cada contribuição recebida durante nossos momentos.

À Professora Dra. Marilene Loewen Wall, minha orientadora, pela dedicação, paciência, incentivo, apoio e consideração. Obrigada por cada momento em que apostou na minha capacidade.

À banca examinadora, Professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza, Professora Doutora Marcia Helena de Souza Freire, Doutora Ana Paula Hermann e Professor Doutor Marcio Roberto Paes, pelo tempo e atenção a mim dispensados e pelas valiosas contribuições a esse trabalho.

A você Neusa, pelos inúmeros momentos em que partilhamos angústias, dúvidas e, mais que tudo, muitas risadas. Obrigada por sua amizade e companheirismo.

A você Marli, que com toda essa delicadeza, não me permitiu desanimar e tanto contribui neste trabalho!.

Às minhas colegas de turma pelos momentos partilhados e auxílio recebido.

À equipe de enfermagem da Unidade de Saúde Jardim Paranaense, sem a qual o objetivo jamais teria sido atingido!

Às colegas de trabalho Evelise e Bibiana, por todas os momentos em que, com costumeira boa vontade, me substituíram no trabalho.

À Doutora Cristina Figueiredo Vargas, pelo incentivo, companheirismo e colaboração e parceira em todos os momentos.

À professora Adriana Figueredo Vargas, pela imprescindível colaboração com os idiomas estrangeiros.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pela parceira com a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, proporcionado mais uma jornada de aprendizado.

Aos funcionários da Universidade Federal do Paraná, na pessoa da Ingrid Marilse Proença, pela indispensável colaboração.

À Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba pela preciosa oportunidade a mim concedida.

À toda equipe da Unidade de Saúde Jardim Paranaense, principalmente à equipe 13, que soube compreender meus momentos de ausência, com respeito e colaboração!

Às usuárias da Unidade de Saúde Jardim Paranaense, razão de ser deste trabalho.

Às amigas e amigos, impossíveis de nominá-los, pelos momentos de descontração tão necessários!

A todas aquelas pessoas que, de uma forma ou outra, contribuíram para que esse momento chegasse!

**"Deus dá a todos uma estrela.
Uns fazem da estrela um sol.
Outros nem conseguem vê-la."**

(Helena Kolody)

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, ancorada na Metodologia da Problematização. Teve como objetivo construir com a equipe de enfermagem, estratégias de aplicação das diretrizes de acolhimento às usuárias de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Foram sujeitos da pesquisa quinze profissionais da equipe de enfermagem que atuam nesse serviço, sendo três enfermeiras e doze auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu por meio de oficinas de práticas educativas, utilizando-se o método do Arco de Charles Maguerez, no período compreendido entre 03 de dezembro de 2014 a 30 de setembro de 2015. A interpretação dos dados teve por base os preceitos de John W. Creswell (2010), no qual “o processo de análise dos dados envolve extrair sentido dos dados do texto”. Desta análise, emergiram três categorias temáticas: apoio dos gestores às equipes, acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho e acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado. O apoio dos gestores à equipe facilita a análise do processo de trabalho e a construção de novos modelos de acolhimento. O atendimento com um acolhimento de qualidade exige organização e, muitas vezes reorganização do processo de trabalho pela equipe. O acolhimento visto como postura, atitude e tecnologia de cuidado resultará na criação ou no fortalecimento de vínculo entre usuário e trabalhador. Embora a Política Nacional de Humanização proponha modelos, estratégias e diretrizes para um acolhimento de qualidade, a elaboração, pelos funcionários, de sugestões de estratégias para melhoria do acolhimento praticado na Unidade de Saúde em questão, trouxe não apenas responsabilidade, mas também compromisso com os resultados do acolhimento ofertado à comunidade por cada um dos participantes desta pesquisa.

Palavras chave: Enfermagem. Acolhimento. Humanização da Assistência. Gestão.

ABSTRACT

This is a descriptive qualitative research, based on the Problematization Methodology. It aimed the building, along with the nursing staff, of the hosting application policies to the users of a Basic Health Unit within the Strategy of Family Health. The research targeted fifteen professionals of the nursing staff that work on this site: three nurses and twelve nursing auxiliaries. The data collection was made through educative practices workshops, by using the Charles Maguerez Arc method, from December, 3rd 2014 to September, 30th 2015. The interpretation of the data was based on the precepts of John W. Creswell (2010) to whom "the process of the analysis of the data involves extracting sense of the data on the text" From this analysis, three thematic categories arose: the managers support to the staff, hosting as a dispositive of (re)organization of the working process and hosting as a posture, attitude and caring technology. The managers support to the staff facilitates the working process analysis and the building of hosting new models. The service with a hosting quality requires the organization and, many times the (re)organization of the working process by the staff. The hosting, seen as posture, attitude and care technology is going to result on the creation of bond increasing between users and workers. Even though the National Policy of Humanization proposes models, strategies and directions for the hosting quality, the elaboration by the staff of strategies suggestions, to improve the hosting practiced in the Health Unit in question brought not only responsibility, but also the commitment with the results of the hosting given to the community by each one of the participants of this research.

Keywords: Nursing. Hosting. Humanization of the Assistance. Management.

LISTA DE SIGLAS

MS	- Ministério da Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
UBS	- Unidade Básica de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	- Política Nacional de Humanização
UBSESF	- Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	ACOLHIMENTO	17
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER	23
2.3	PAPEL DA ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO	29
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	TIPO DE PESQUISA	31
3.2	PARTICIPANTES	42
3.3	LOCAL.....	42
3.4	COLETA DE DADOS.....	44
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	44
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1	APOIO DOS GESTORES ÀS EQUIPES	47
4.2	ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE (RE)ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	51
4.3	ACOLHIMENTO COMO POSTURA, ATITUDE E TECNOLOGIA DE CUIDADO	53
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A - ESTUDO DE CASO UTILIZADO NA PRIMEIRA OFICINA EDUCATIVA.....	69
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA EM SERES HUMANOS	72
	APÊNDICE C - PERGUNTAS QUE NORTEARAM A DISCUSSÃO NA PRIMEIRA OFICINA	74
	APÊNDICE D - SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS FUNCIONÁRIOS.....	75
	APÊNDICE E - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 1	77
	APÊNDICE F - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 2.....	78

APÊNDICE G - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 3.....	79
APÊNDICE H - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 4.....	80
APÊNDICE I - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 5.....	81
APÊNDICE J - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 6.....	82
APÊNDICE K - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 7.....	83
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	84
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA	87

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento é um forte instrumento para o melhor atendimento dos usuários na atenção básica. Neste contexto, a enfermagem possui um papel fundamental no acolhimento aos usuários que buscam o serviço de saúde, uma vez que ao adentrar à Unidade de Saúde, é esse profissional que o usuário tem como referência no primeiro atendimento.

É necessário que a enfermagem compreenda o acolhimento como forma de fortalecer vínculo com o usuário, promovendo ações que resultem em confiança no serviço. Um acolhimento de qualidade se faz necessário para que o usuário sinta-se seguro e à vontade para relatar seu problema ao chegar à Unidade de Saúde.

É primordial que a mulher que procura a Unidade de Saúde para realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero e câncer de mama, encontre uma especial atenção e cuidado no acolhimento recebido.

O câncer de colo de útero é considerado um dos principais tipos de câncer encontrados na população feminina, ficando somente atrás do câncer de mama. No Brasil apesar de ser considerado um dos primeiros países a instituir a citologia e a colpocitologia em 1940, ainda apresenta alto índice da doença e é considerado um desafio a ser superado. (BRASIL, 2011).

Na busca dessa redução, alguns programas foram implantados, voltados à detecção precoce do câncer de mama e de colo de útero, entre eles o intitulado Programa Viva Mulher em 1995 e que teve sua consolidação proveniente do Programa de Saúde Materno Infantil. O Programa Viva Mulher em Curitiba foi implantado em 1997, como umas das 05 capitais eleitas pelo MS como piloto desse processo. (INCA, 2015).

Outro programa que mereceu destaque e que foi desenvolvido e implementado entre 1972-1975 pelo Ministério da Saúde (MS), foi o Programa Nacional de Controle do Câncer. Apesar desse programa estar estruturado de forma geral frente ao câncer, ele estabeleceu o rastreamento, que permeou as atividades profissionais na busca ativa. Da mesma forma, cita-se ainda o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 que aponta em uma de suas diretrizes, o atendimento na atenção primária, no desenvolvimento de atividades relacionadas no combate ao câncer de colo de útero, entre elas a coleta

de material para o exame citopatológico como parte da consulta ginecológica. (BRASIL, 2001).

Fato de extrema relevância sobre o câncer de colo de útero é a alta capacidade de cura, quando detectado e tratado de forma precoce, assim como as evidências frente ao rastreamento, convergem para a realização da busca ativa em mulheres de 25 a 64 anos. Frente a isso, o SUS disponibiliza em todas as Unidades Básicas de Saúde a realização do exame para essa detecção. Em Curitiba, no ano de 2012 a cobertura atingiu 87,5% das mulheres entre 25 a 64 anos que realizaram o exame preventivo nos últimos 03 anos. (MALTA; REIS; MERHY, 2000).

Com o objetivo de atingir o maior número possível de coletas de exames preventivos de câncer de colo de útero e realização de exames clínicos de mama em mulheres, a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, estabeleceu um pacto com os Distritos Sanitários e, como consequência, com as UBS, com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF). Faz parte deste pacto o alcance da meta de cada serviço de saúde, calculado com base em sua população alvo, que são as mulheres na faixa etária anteriormente citada de 25 a 64 anos. Para se obter a meta aplica-se 33% (trinta e três por cento) sobre o número da população alvo e o resultado será o número de exames a serem realizados durante cada ano. (MARTY; FAORO, 2013).

O interesse por desenvolver este trabalho, surgiu pela inquietação frente à situação vivida na UBSESF em que trabalho, onde há dificuldade de captação de mulheres para a realização dos exames preventivos de câncer de colo de útero e câncer de mama.

O que se observa atualmente é que, apesar de toda a informação existente acerca do tema, na criação de campanhas pelos profissionais e na busca ativa realizada pelas equipes de saúde, na prática o número de mulheres que realizam esses exames ainda é baixo e geralmente atinge as mesmas mulheres. Este fato nos leva a pensar que existe uma parcela de mulheres, que nunca, ou quase nunca, realizam o exame preventivo de câncer de colo de útero e de mama, corroborando com Jorge et al. (2011) ao concluírem um estudo sobre sentimentos ao realizar o exame, onde citam que geralmente a citologia oncótica é realizada nas mesmas mulheres que frequentam os serviços de saúde.

Embora todas as UBS's de Curitiba, com ou sem ESF, realizem os exames de citologia oncótica e exame clínico de mamas, o processo de trabalho pode sofrer

alterações de Unidade para Unidade, adequando-se da melhor maneira para cada local e equipe.

Na UBS local de realização deste estudo, os exames são realizados todos os dias da semana, sempre às 10 horas da manhã e pela enfermeira. Anteriormente, esses exames eram realizados além dos médicos, também pelo auxiliar de enfermagem, seguindo normativa própria da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Hoje, por decisão desta mesma Secretaria, cumprindo-se regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem, a coleta de citologia oncótica é prerrogativa médica e dos enfermeiros, exclusivamente. (COREN-PR, 2014).

A segunda situação diz respeito àquela mulher que já é bastante conhecida pela equipe da UBS e que não procurará espontaneamente o serviço para realização do exame. Assim, durante uma consulta ou atendimento com outro objetivo, existe uma abordagem da mulher por parte do profissional que está envolvido neste atendimento, quanto à importância da realização do exame de citologia oncótica e exame clínico de mamas, com a finalidade de não perder a oportunidade de coleta.

Também faz parte da rotina da UBS a abertura da mesma, aos sábados pela manhã, uma vez por mês, para uma campanha de realização de exame preventivo de câncer de colo de útero e exame clínico de mamas, com o objetivo de oferecer alternativas para as mulheres que trabalham ou que por outro motivo não possam realizá-los durante os dias de semana. No início de cada ano é confeccionada uma escala definindo a data da campanha e qual enfermeira ficará responsável.

Em minha prática diária, ao exercer atividades de coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero e realizar exame clínico de mamas, busco conversar com as mulheres, com o objetivo de deixá-las mais à vontade para a execução do procedimento. Em um determinado momento da anamnese, existe a pergunta *quando realizou seu último exame de citologia oncótica?* Esse momento é a oportunidade que tenho para abordar de forma tranquila as razões na demora da busca ao serviço de saúde para realização do exame, ou o motivo da não realização anteriormente.

Foi possível, com esta rotina no processo de trabalho, perceber que muitas mulheres deixam de realizar os exames preventivos por medo, vergonha ou por terem experienciado momentos desagradáveis ao procurar o serviço de saúde para realizar o exame, seja no momento da recepção ou durante a realização do

procedimento. Tal situação vai ao encontro do que nos diz Jorge et al. (2011), ao declarar que a demora das mulheres ou sua ausência ao serviço para realizar ou tomar conhecimento do resultado do exame preventivo, pode estar associada ao modo como o profissional acolhe a usuária, e como esta percebe o exame preventivo.

Durante a observação quanto a esse atendimento, principalmente na chegada dessas mulheres na UBS, na recepção, constatei a dificuldade nesse acolhimento. Esse atendimento era realizado, em muitas situações, de forma a causar constrangimento a essa mulher, sem dar a devida valorização e importância ao procedimento. Rodrigues, Fernandes e Silva (2001), relataram em seu estudo que os sentimentos constrangedores relatados pelas mulheres no momento da realização do exame de citologia oncológica, se relacionam ao receio da descoberta de uma doença grave e à exposição da intimidade de seu corpo.

Para Pinho e França (2003), o profissional ao realizar o exame preventivo sem a devida explicação do procedimento, da sua importância, e ainda de forma fria e descuidada, pode potencializar tais sentimentos negativos, além de promover desconforto físico e psicológico.

Frente a isso e no intuito de proporcionar um atendimento humanizado e com qualidade a todo usuário, o Programa Nacional de Humanização do SUS no Brasil implantado em 2004, tem o acolhimento como uma de suas principais diretrizes, sendo este, compreendido como um atendimento de forma a levar ao usuário, a resolutividade e os devidos encaminhamentos às suas necessidades. (GARUZI, 2014).

Esse programa veio a corroborar com o preconizado pelo PAISM, onde a mulher deve ser tratada em suas peculiaridades enquanto gênero e seu atendimento voltado às suas especificidades, com o estabelecimento de um vínculo de confiança e interação entre a equipe e essa mulher, por meio de uma qualificação profissional na assistência à saúde.

Como enfermeira que percebe na educação permanente uma força transformadora, acredito que com práticas educativas direcionadas aos profissionais da enfermagem, que estão em contato direto com as mulheres, seja possível melhorar a adesão aos exames preventivos de câncer de colo de útero e exame clínico de mamas. Para tanto se faz necessária a capacitação, conscientização e sensibilização da equipe para que a realidade possa ser modificada.

Assim, tendo por base a situação exposta esse estudo apresenta como questão norteadora: **Como aplicar as diretrizes de acolhimento às usuárias de uma Unidade Básica de Saúde com ESF?**

Para responder esta questão traçou-se o seguinte objetivo:

Construir com a equipe de enfermagem, estratégias de aplicação das diretrizes de acolhimento às usuárias de uma Unidade Básica de Saúde com ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura narrativa foi a de escolha para a realização deste estudo, onde a busca para a fundamentação teórica deu-se por meio de artigos atualizados, teses, dissertações e programas nacionais, permitindo uma relação entre a literatura encontrada, pela interpretação do pesquisador, de forma a promover o desenvolvimento de uma breve retrospectiva quanto ao acolhimento com relação às políticas nacionais.

2.1 ACOLHIMENTO

Segundo Ferreira (1975, p. 27) acolher é dar “acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. (BRASIL, 2010, p. 6).

Em 2004, o MS iniciou uma discussão para a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). A motivação para esta discussão foi a contrariedade existente entre os avanços na área da saúde pública brasileira e problemas de outras ordens. A descentralização e regionalização da atenção à saúde e da gestão da saúde, observando os princípios do SUS, equidade, integralidade e universalidade foram avanços reconhecidos por toda a população, porém a fragmentação do processo de trabalho conduziu a um desgaste nas relações entre as diversas categorias profissionais e destas com os usuários, enfraquecendo o trabalho em equipe. A humanização deveria ser vista como uma construção coletiva e permanente de diretrizes que se traduziriam em ações para a formação de laços de cidadania. (BRASIL, 2004a).

Na PNH é atribuído ao termo humanização diferentes aspectos, incluindo valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia, do protagonismo, de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. (SOUZA; MOREIRA, 2008).

É no sentido de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que o Manual de Acolhimento do MS refere-se ao acolhimento como uma das diretrizes de maior

relevância ética, estética e política da PNH do SUS. (BRASIL, 2010, p. 6). A dimensão ética refere-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. A dimensão estética compreende as relações e os encontros do dia a dia, a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. Enquanto a dimensão política envolve o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2010).

O compromisso ético, estético e político da humanização assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade nos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. Essa é a base sobre a qual toda atenção realizada pela enfermagem deveria estar assentada. Humanização dos serviços de saúde implica transformar o próprio modo como se concebe o usuário do serviço de objeto passivo a sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e éticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. O enfoque à saúde apresenta-se numa dimensão ampliada, relacionada às condições de vida de uma população, inserida em um contexto sóciopolítico e econômico. (ARRUDA; SILVA, 2012).

O acolhimento é considerado por Lima, Moreira e Jorge (2013) um processo, resultado das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, ensejando posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as necessidades do usuário e resgatando a humanização e o respeito com o outro.

Lopes et al. (2015), ainda alerta para a importância da valorização dos sujeitos e do processo contínuo de construção e fortalecimento de vínculos, a partir da escuta qualificada e interessada sobre as demandas apresentadas pelos usuários. Trata-se, neste sentido, de reduzir os mecanismos que produzem relações automatizadas e pontuais, para estimular encontros promotores de maiores graus de autonomia e cuidado ampliado.

Segundo o MS (BRASIL, 2010), os serviços de atenção básica à saúde, devem servir como porta de entrada para o Sistema de Saúde e, uma vez bem organizada, a atenção básica à saúde terá potencial para atender e resolver a

maioria dos problemas e necessidades de saúde da população, filtrando o acesso a níveis de maior complexidade de assistência através da realização de encaminhamentos para a atenção especializada. Para o MS (BRASIL, 2011), o objetivo da PNH não é burocratizar o acolhimento e sim ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. É o conhecimento levando segurança e proteção ao usuário.

O acolhimento tem papel fundamental na assistência à saúde, pois visa o atendimento ético, humanizado e cidadão, como forma de receber e atender usuários no âmbito dos serviços de saúde, favorecendo a interação entre equipe e população.

A integralidade pressupõe um conjunto de ações contínuas e de serviços, que visam garantir promoção, proteção, cura, reabilitação dos usuários, além de ações intersectoriais de promoção da saúde. Entretanto requer que a equipe reconheça a variedade de necessidades individuais e disponibilize recursos para atendê-las, quando necessário e em todos os momentos do ciclo de vida do usuário. (ESCOREL et al., 2007).

Assim, o acolhimento deveria ser marcado pela disponibilidade em receber, escutar e tratar humanizadamente, considerando suas necessidades e potencialidades, estabelecendo, desta maneira, uma relação de interesse, confiança e apoio mútuo.

O acolhimento traduz-se na atenção dada aos problemas de saúde do usuário, de maneira qualificada, disponibilizando um feedback que proporcione a solução do seu problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução. (LOPES et al., 2015).

Para Damasceno et al. (2012), existem dois modos de acolhimento, denominados "formal" e "informal", e que são praticados na Atenção Primária à Saúde (APS). O primeiro consiste no atendimento programado e individual dos usuários, com ações, metodologias e espaço definidos. Já o acolhimento denominado informal é o que não predispõe horário e nem local específico, sendo o usuário atendido pelo profissional que no momento apresentar-se disponível.

Para Brehmer e Verdi (2010), o acolhimento compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao

problema de saúde apresentado pelo usuário, além de ser considerado uma forma de consolidação do SUS. Desta forma, de acordo com as autoras, o acolhimento pode ser compreendido também como uma diretriz e uma estratégia, simultaneamente.

Luz et al. (2013, p. 37) diz que o termo acolhimento é comumente concebido na prática como espaço para "recepção" ou "triagem". Tal divergência exige a necessidade de um debate sobre as formas de abordagem do acolhimento sob a ótica de cada profissional de saúde e a relação deles com os usuários que buscam a unidade e a influência do mesmo na produção do cuidado em saúde, sendo necessário destacar que a resolutividade do serviço dialoga com as práticas de acolhimento adotadas, ao contribuir para a constatação de efetividade do atendimento perante a demanda do usuário.

Conceitualmente o acolher relaciona-se à implementação de atitudes humanizadas, como o saber ouvir, demonstrando interesse em resolver os problemas apresentados, esgotando as possibilidades de solucionar as necessidades apresentadas pelos usuários. (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Acredito que acolhimento tem a ver com vínculo entre profissional e usuário. Uma relação de confiança é construída e o profissional é visto pelo usuário como uma pessoa resolutiva, comprometida e sensível às suas necessidades. Esta relação é resultado de um processo de convivência e relacionamento em permanente construção.

O acolhimento tem início com a chegada do usuário no serviço de saúde e a postura do trabalhador ao receber o usuário, determina o tipo de acolhimento que será ofertado. Este poderá demonstrar cordialidade, atenção e respeito, chamando-o pelo nome, cumprimentando-o e fornecendo-lhe orientações que possam conduzir à solução do problema apresentado ou demonstrar indiferença, indisponibilidade e desinteresse na situação apresentada pelo usuário.

Corrêa et al. (2011) considera que não é possível negar que influências externas são determinantes na organização da forma de acolhimento de um serviço de saúde, tomando por referência o contexto local. A equipe possui uma identidade própria que pode ou não estar voltada à concretização de um novo modelo assistencial, e sofre influência direta da organização da rede municipal de saúde e de fatores que determinam fortemente a forma de agir dos profissionais envolvidos na assistência ao usuário.

Em sua prática diária o trabalhador se depara com inúmeros obstáculos em seu ambiente de trabalho, os quais se caracterizam como aspectos que dificultam a aplicação de um cuidado mais humanizado e que refletem fortemente na qualidade da assistência prestada. (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Entendo que isso se deve ao fato do acolhimento ser realizado por pessoas, que carregam consigo sensações como angústia, impotência, conflito e ansiedade. Sentimento que podem ou não estar relacionados ao trabalho. São limitações do serviço ou do trabalhador e que podem interferir diretamente no acolhimento ao usuário. Neste caso, é necessária a superação dos fatores limitantes, tanto pelo serviço quanto pelo profissional. Assim, percebo o acolhimento como um ato também individual e não apenas coletivo.

Reconhecendo, portanto, que existem barreiras de acesso e resolutividade, e considerando o acolhimento um conjunto formado por atividades de escuta ativa e identificação de problemas e intervenções para seu enfrentamento, acredito que faz-se necessário trabalhar as habilidades e o potencial que cada profissional tem para superar as limitações e ser capaz de praticar um bom acolhimento à população atendida. O acolhimento individual e de qualidade, terá como consequência natural a corresponsabilidade de todos os envolvidos no modelo de acolhimento praticado na coletividade.

Esse modelo vem ao encontro do que dizem Assis e Jesus (2012), ao discutirem sobre o acesso e acessibilidade, onde apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde e como consequência a forma como esse acolhimento é realizado, para oportunizar esse acesso.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. (SOUZA et al., 2008).

Uma boa organização do processo de trabalho é o primeiro passo para um acolhimento satisfatório, o que passa, entre outros fatores, pelo tamanho da

demanda do serviço. Porém, um serviço com pouco volume de demanda nem sempre terá um bom acolhimento. Assim como uma grande demanda não significa necessariamente um péssimo acolhimento. Dependendo da forma como o trabalho está organizado e de como é executado pelo trabalhador, podem ser gerados efeitos positivos ou negativos. (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

Para Brehmer e Verdi (2010), gestores e trabalhadores percebem o acolhimento como ação de ouvir as necessidades do usuário, de modo a oferecer respostas. Porém, as autoras alertam para o fato de que é possível atribuir ao ato de ouvir um caráter especial, tornando-o de um ato mecânico para uma ação humana sensível, a ação de escutar, estando atento ao outro, ou seja, uma escuta qualificada.

Os gerentes de serviços de saúde, em muito tem a favorecer e contribuir para a sensibilização de seus funcionários em prol de um melhor acolhimento à comunidade. Porém é importante que os profissionais também tenham vontade e compromisso para essa sensibilização.

Segundo Oliveira (2008), esta relação poderia se chamar de responsabilidade coletiva, a qual pode ser promovida por meio de processos comunicacionais eficientes, construindo uma rede de influência que provoque um movimento de formação de determinada harmonia nos níveis de envolvimento e comprometimento de todos os interessados. Cabe aos gestores promover condições de trabalho apropriadas e estímulo à formação continuada, de modo a permitir a atenção integral e qualificada à sua população.

Para Côrrea et al. (2011), o exercício cotidiano do acolhimento possibilita a captação das necessidades de saúde manifestas pelo usuário, refletindo-se em um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades levantadas, favorecendo a acessibilidade aos serviços de saúde. A efetivação do acolhimento possibilita a criação de vínculos, favorecendo as reações dos usuários acerca das informações recebidas, seu entendimento e observâncias sobre suas necessidades, determinando ou não a satisfação com a atenção recebida.

Arruda e Silva (2012) percebem a humanização como a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, acarretando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades.

Acredito ainda, que o diálogo seja um importante fator para um acolhimento satisfatório. Por meio dele, é possível identificar as necessidades do usuário que,

muitas vezes, por desconhecimento da forma de funcionamento e fluxos de encaminhamentos do serviço, pode sentir-se desassistido pelo profissional e até mesmo acreditar ter suas solicitações negligenciadas.

Escuta e atenção são ações e até mesmo atitudes que considero fundamentais para que profissionais de saúde possam estabelecer um vínculo com os usuários e para que o serviço de saúde possa ofertar uma resposta sempre positiva às necessidades apresentadas pelo usuário. Ao perceber que ofertando ao usuário um acolhimento que proporcione um bem estar, conforto e qualidade, o vínculo será fortalecido entre as duas partes, o profissional experimentará um sentimento de estar realmente cumprindo com sua função de bem atender sua população e colaborar para uma melhoria da qualidade de vida desta mesma população.

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em publicações científicas. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade.

No entanto o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Partindo dessa perspectiva, neste estudo o termo acolhimento significa uma prática da assistência ofertada aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde com ESF e também uma ferramenta, um recurso tecnológico indispensável e indissociável do processo de trabalho de cada profissional e de toda uma equipe.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER

Até os anos 70, não existiam grandes preocupações com as questões relacionadas à saúde da mulher. Só a partir deste período iniciou-se um movimento em direção às políticas nacionais de saúde e, a partir daí a mulher em idade fértil, o adolescente e a criança, tornaram-se foco dentro do grupo materno infantil, que direcionava ações a este grupo prioritariamente. A criação do Programa Materno Infantil foi um grande marco na história das políticas públicas de saúde. (MANDU, 1997).

Até então a visão que prevalecia era a da atenção materno-infantil, cujos princípios norteadores de política de saúde para as mulheres eram baseados em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe. Historicamente, as políticas de saúde da mulher são vinculadas à maternidade e à infância. (RATTNER, 2014).

Movimentos feministas, resultados de um crescimento da consciência das mulheres sobre seu papel social historicamente construído e o reconhecimento da importância política da luta das mulheres resultou na criação de diversos órgãos, na formulação de programas governamentais e demais iniciativas tendo a mulher como foco, o que culminou com o surgimento do PAISM em 1984. (BRASIL, 1984).

De acordo com o PAISM, as atividades básicas de atenção integral à saúde da mulher constituíam um conjunto de ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanente e racionalmente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina. O PAISM constituiu a base dos esforços governamentais relacionados ao campo das políticas estratégicas e programas do sistema de saúde na área da saúde da mulher. (RATTNER, 2014).

Ao ser proposto o nosso modelo de atenção atual, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das diretrizes da Constituição Brasileira foi o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (PAIM, 2004). Diretrizes estas que foram reafirmadas e normatizadas na consolidação do SUS. As conferências de saúde, voltadas para a discussão do tema recomendaram a adoção de protocolos assistenciais para o desenvolvimento de melhores práticas no processo de trabalho em saúde. (PAIM, 2004).

Em 2004, quando esse programa tomou a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a definição das prioridades baseou-se em um diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil elaborado em conjunto com diversos atores sociais. (BRASIL, 2004b). O PNAISM trouxe uma contribuição para a melhoria das condições de vida das mulheres, garantia de direitos, ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Trouxe também uma qualificação da gestão e superou a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços. Além disso, estabeleceu interfaces com as demais políticas públicas que possibilitaram a

melhoria da qualidade de vida das mulheres. O PNAISM foi uma estratégia que teve por objetivo permitir definir linhas de cuidado à saúde da mulher, garantindo a integralidade na atenção.

Incorporando a integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores, o PNAISM veio preencher lacunas, introduzindo ações de atenção ao climatério, às queixas ginecológicas, à reprodução humana assistida, atenção ao abortamento inseguro e a segmentos da população feminina historicamente excluídos das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, tais como: mulheres em situação de prisão, mulheres negras, índias, lésbicas e bissexuais, trabalhadoras rurais e com deficiência.

Atualmente, a Saúde da Mulher no Brasil atua em três grandes áreas prioritárias, além da atenção obstétrica: planejamento reprodutivo, câncer ginecológico e atenção às mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência. (RATTNER, 2014).

A prevenção do câncer ginecológico é contemplada por diretrizes que objetivam a detecção precoce da doença. O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, instituído em 1998, pela portaria GMS 3048/98 do MS, enfatiza que todas as unidades e equipes de atenção primária à saúde devem realizar a identificação da população alvo e a coleta do exame preventivo em todas as mulheres com vida sexual ativa, atual ou pregressa, na faixa etária de 25 a 64 anos e, com periodicidade trienal, após dois resultados anuais consecutivos normais ou com alterações não neoplásicas. (INCA, 2014).

Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical. Após a coleta procede-se ao preparo e fixação do esfregaço. As lâminas, adequadamente identificadas e acondicionadas são posteriormente encaminhadas ao laboratório de referência.

A portaria do MS GM/MS 816, de 31.05.2005 constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação em Saúde. Um ano após, em 2006, o Pacto Pela Saúde propôs que o atendimento à saúde esteja amparado por protocolos. (BRASIL, 2005).

De acordo com MS, protocolos são rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do

conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área. (BRASIL, 2005)

Diante da expansão e consolidação da atenção básica à saúde e da ESF, os protocolos passaram a ser muito utilizados na maioria das cidades brasileiras. Grande número de municípios adotam e utilizam os protocolos elaborados pelo MS. Entretanto muitos municípios decidiram elaborar seus próprios protocolos, tendo em vista a realidade de cada localidade e a necessidade de obtenção de uma melhor qualidade dos serviços de saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba implantou em 1997 o Programa Viva Mulher em Curitiba - Controle do Câncer de Mama e Colo de Útero, como parte de um projeto piloto do MS, em que foram selecionadas cinco capitais. O objetivo do programa foi a redução da mortalidade por esses cânceres. Foi promovido um amplo processo para aumentar a captação de mulheres para a realização dos exames preventivos de câncer de colo de útero e de câncer de mama. Foi estabelecido um fluxo de atenção em todos os níveis, o que garantiu o sucesso do programa. (CURITIBA, 2002).

De acordo com o Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, em 1998 a mortalidade por câncer de colo de útero, na capital, foi de 12,9 mortes para cada 100.000 mulheres que foram acometidas pela doença, enquanto que em 2001, reduziu-se para 6,7 mortes em cada 100.000 mulheres e, em 2012, chegou a 4,7 em cada 100.000 mulheres. Enquanto no Paraná a taxa de incidência estimada para o ano de 2014 é de 17,64 para cada 100 mil mulheres, confirmando a declaração de Albuquerque (2009), de que o exame citológico do colo do útero, também conhecido como exame de Papanicolaou, tem sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer. (CURITIBA, 2012).

Nas orientações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e Colo de Útero, fica claro que aos serviços de atenção básica, compete recrutar as mulheres, sensibilizando-as para a realização do exame, em todas as oportunidades de contato com a população feminina da área de abrangência em todo comparecimento da mulher à UBS, seja para consulta própria ou acompanhando familiares, durante visitas domiciliares, em especial no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, em reuniões com a comunidade como grupos de mulheres,

Conselho Local de Saúde, entre outros, estimulando o trabalho de voluntários na comunidade na captação de vizinhas, amigas e parentes.

Compete ainda, sensibilizar as mulheres sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce e orientar medidas de promoção à saúde e prevenção do câncer de colo uterino, coletar material para o exame citológico das mulheres de acordo com a técnica preconizada, preencher requisição específica de exame citológico do colo uterino e enviar o material coletado para o Laboratório Municipal.

Assim como, repetir a coleta em mulheres com amostras inadequadas para o exame, o mais breve possível. Repetir a coleta em pacientes com laudo citológico de ASCUS (Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas), AGUS (Atipias de Significado Indeterminado em Células Glandulares), Papilomavírus Humano (HPV) e/ou Neoplasia Intraepitelial Cervical grau I (NIC I) em seis meses, encaminhar as mulheres com laudo citológico de NIC I persistente, NIC II, NIC III e Carcinoma Invasivo para o atendimento secundário. Entregar às mulheres os laudos negativos, com as recomendações necessárias, orientando o retorno para coleta de exames a cada 3 anos se a mesma apresentar 2 exames negativos com intervalo de 1 ano.

Monitorar as mulheres com exames alterados, realizando busca de faltosas através de visitas domiciliares, enviar à Coordenação Municipal do Programa Viva Mulher a relação das mulheres faltosas, que abandonaram o tratamento e que foram a óbito, também são funções do serviço de atenção básica à saúde.

Na contra mão de todos os esforços, percebemos que muitas mulheres não realizam o exame. Amorim et al. (2006) apontam como fatores para não realização do exame de citologia oncológica a idade avançada das mulheres, a ausência de vida sexual ativa, situações embaraçosas vivenciadas anteriormente e as limitações de acesso aos serviços de saúde. As razões para a não realização são diversas, indo desde medo ou vergonha a uma dificuldade de acolhida nos serviços de saúde. (JORGE et al., 2011).

O referenciado Programa Viva Mulher implantado em Curitiba visando a redução da mortalidade pela doença no município, definiu além da ampliação ao acesso, a capacitação profissional para a realização de uma coleta adequada e um sistema integrado de atenção, o que garantiu a redução no índice de mortalidade por câncer de colo de útero, passando de 12,9 óbitos por 100 mil mulheres em 1998

para 6,7 óbitos por 100 mil mulheres em 2001 e chegando em 2012 a 4,7 para 100 mil mulheres. (CURITIBA, 2012).

Sabe-se que o câncer de colo de útero, apesar de ser a terceira neoplasia maligna mais comum, apenas superado pelos cânceres de pele não melanoma e da mama, e também ser a quarta causa de morte por câncer na população feminina, tem cura, desde que seja diagnosticado e tratado precocemente. (INCA, 2014).

Para qualquer indivíduo, a qualidade de vida e saúde envolve diversos aspectos da vida, como relacionamento social, lazer, condições de habitação, alimentação, renda e trabalho. Mas para as mulheres, as dificuldades são agravadas pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico. Raça, etnia e situação econômica realçam ainda mais as desigualdades.

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. (BRASIL, 2011a).

Mulheres vivem mais do que homens, porém adoecem com maior frequência. Na grande maioria das famílias, a mulher é quem traz o equilíbrio, é o centro da família, capaz de unir a todos em torno de um objetivo. No dia a dia, ocupando o papel de mãe e esposa é ela quem dá o equilíbrio às relações familiares. (WERNECK VIANA, 2005).

Acredito ser de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham consciência de seu papel na captação das mulheres para a realização dos exames preventivos de câncer de colo de útero e exame clínico de mamas. O acolhimento, dentre algumas estratégias, constitui-se em um importante instrumento nesta busca.

Diversas políticas de atenção à saúde da mulher foram colocadas em prática, porém ainda há muito que avançar para que a mulher possa ter garantido seu direito às ações de saúde, não apenas cuidando de doenças ou prevenção, mas principalmente na promoção da saúde, incluindo-se as questões envolvendo educação, moradia e trabalho. Enfim, ações que considerem a mulher como um ser singular e reforcem sua cidadania. (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Para tanto é necessário que haja uma movimentação da equipe de saúde, no intuito de trabalhar com essa mulher, na busca de sua valorização e autonomia. Essa forma de cuidado transforma o usuário em sujeito ativo e detentor dos saberes sobre sua saúde, de forma a vivenciar sua valorização como indivíduo atendido na coletividade, mas de forma individual por esse profissional.

2.3 PAPEL DA ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO

O acolhimento na atenção básica à saúde é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, no ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Ele não é, a princípio, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, ao invés de perguntar se, em determinado serviço há ou não acolhimento, seja apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas.

Nery et al (2009), afirma que os profissionais da enfermagem tem uma predisposição para praticar o acolhimento em seu cotidiano, porém para que isso se concretize são necessárias reflexões e modificações no processo de trabalho.

Os profissionais da enfermagem representam o elo entre comunidade e serviço de saúde. O objetivo da enfermagem no acolhimento é atender a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde. O papel da enfermagem não é apenas o de escutar. A escuta no acolhimento não deve desprezar nenhum aspecto das queixas, pois escutar é ajudar o usuário a refazer os motivos que ocasionaram o adoecimento, bem como correlações que são estabelecidas entre os sentimentos e sua vida. É uma relação de responsabilização e acolhimento, incorporada pela enfermagem a cada atendimento. (MARQUES-FERREIRA; BARREIRA-PENQUES; SANCHES-MARIN, 2014).

Sendo o profissional da enfermagem, o contato inicial com o usuário na Unidade de Saúde, é importante que o mesmo pratique a escuta ativa, interessando-se pelo demanda apresentada pelo usuário. A enfermagem tem condições de encaminhar e resolver seu problema, desde que tenha disposição e capacidade para identificar e compreender as várias necessidades de saúde do usuário, intervindo de forma resolutiva. Para tanto se faz necessário conhecer os meios de encaminhamento e recursos disponíveis, sejam eles internos ou externos à Unidade

de Saúde. Importante também envolver-se na situação apresentada, colocar-se no lugar do usuário.

Assim, espera-se que a educação permanente em saúde, realizada junto à equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde com ESF venha, após sensibilização dos funcionários, contribuir para a transformação da realidade local, aumentando não apenas o número de exames, mas principalmente, a qualidade da saúde das mulheres da comunidade.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa descritiva, ancorada na Metodologia da Problematização, utilizando-se o esquema de trabalho construído por Charles Maguerez denominado Método do Arco. (BERBEL, 1998),.

Optou-se pela pesquisa qualitativa, por esta utilizar uma abordagem que permite ao pesquisador aprofundar-se na compreensão do objeto do estudo, nas ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social. É um método que possibilita identificar e explorar os significados do fenômeno estudado e as interações estabelecidas, assim como estimular o desenvolvimento de novas compreensões sobre o mesmo. (MINAYO, 2010).

O pesquisador qualitativo é considerado um instrumento fundamental, pois coleta pessoalmente os dados por meio da observação do comportamento ou entrevistas com os participantes, tendendo a coletar os dados no local onde os participantes vivenciam a questão estudada. Cria seus próprios padrões, categorias e temas de baixo para cima, organizando os dados em unidades de informação cada vez mais abstratas. (CRESWELL, 2010).

A Metodologia da Problematização conduz o grupo a exercitar a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, partindo da realidade onde o sujeito encontra-se inserido, considerando seus saberes e valores culturais. Assim, o conhecimento é construído progressivamente e o indivíduo é o protagonista de seu aprendizado. (FREIRE, 1980).

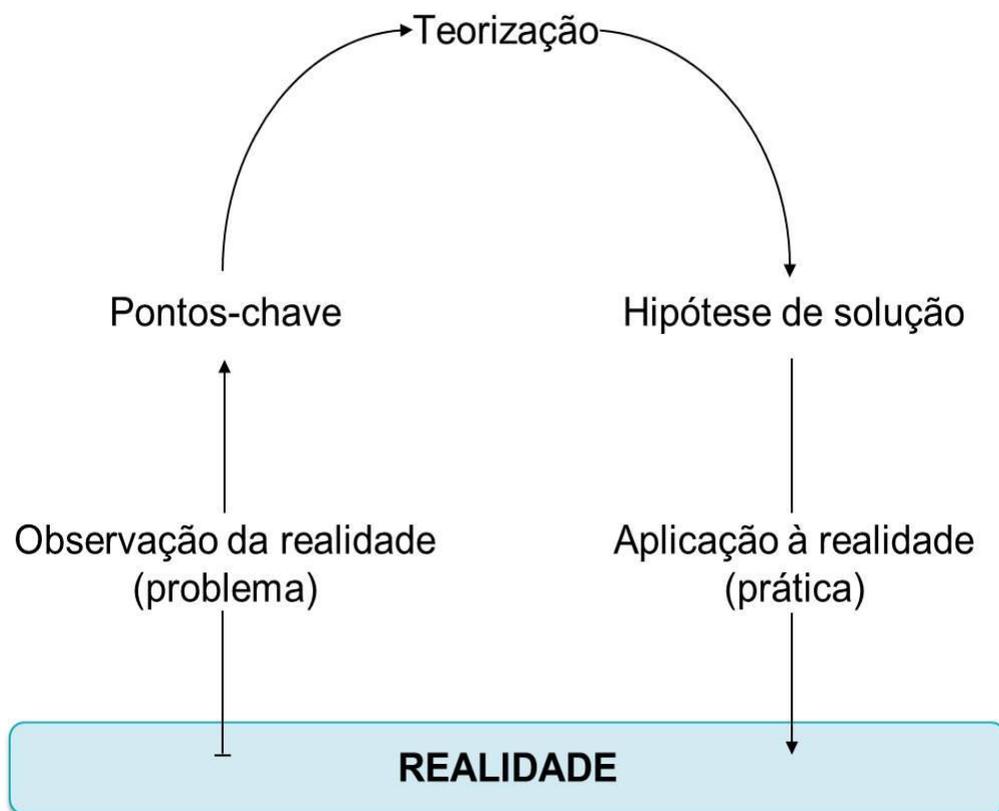
Referindo-se à metodologia problematizadora, Sobral e Campos (2012), enfatizam que o modelo tradicional do processo de aprendizagem vem sendo substituído gradativamente por um modelo de ensino que não considera o aluno como um ser sem saberes prévios.

A proposta deste estudo parte da realidade onde os sujeitos encontram-se inseridos. E é desta realidade, vivida no dia a dia de uma UBSESF, que surge a observação de como o processo de trabalho acontece e como poderia ser melhor estruturado. De acordo com Freire (1980), isso permite ao indivíduo envolvido perceber e identificar não apenas a problemática em questão, como também as possibilidades de transformação desta realidade. Por meio da metodologia

problematizadora, o indivíduo é estimulado a participar ativamente da transformação do meio, da realidade, desenvolvendo habilidades de observação da realidade e detecção de recursos disponíveis para uma transformação consciente. (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

A metodologia problematizadora, por ser uma trajetória pedagógica, pode ser representada pelo desenho do Arco de Charles Maguerez, a fim de facilitar a visualização e esquematização do caminho a ser percorrido para se atingir o objetivo proposto. (BERBEL, 1999).

FIGURA 1 – ARCO DE MAGUEREZ



FONTE: BORDENAVE; PEREIRA (2002).

De acordo com Berbel (2012), o Arco de Maguerez é composto por cinco etapas: observação da realidade, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade.

O Arco de Maguerez é um método bastante utilizado quando se deseja levar em consideração o conhecimento anteriormente adquirido pelo indivíduo e conduzi-lo a uma reflexão sobre a sua realidade. A utilização de oficinas de práticas

educativas e o método do Arco de Maguerez proporcionam ao grupo momentos de reflexão a respeito de suas práticas de cuidado. (NUNES, 2013).

A operacionalização de cada etapa é a seguinte: a primeira etapa, observação da realidade, articula-se a partir de um tema ou unidade de estudo. Os sujeitos são orientados a olhar atentamente e registrar de forma sistematizada o que perceberem sobre a realidade em que aquele tema está sendo vivido ou acontecendo.

O objetivo desta fase é que os sujeitos envolvidos vejam a realidade de modo diferente que o habitual, pois a proposta da metodologia é identificar as questões que podem ser transformadas. Para que esta etapa seja vencida com sucesso é importante que todos estejam envolvidos com o tema. Neste primeiro momento, houve uma aproximação dos funcionários com o tema, por meio da leitura e discussão de um estudo de caso (Apêndice A), com o objetivo de uma aproximação da realidade vivenciada no ambiente de trabalho.

Na segunda etapa, levantamento dos pontos chave, procura-se levantar as causas dos problemas elencados na fase anterior. O grupo deve procurar estabelecer a relação entre o problema e suas causas. É um momento fundamental, de reflexão sobre as observações realizadas na primeiro momento. Segundo Berbel (2012) é o espaço para refletir sobre fatores determinantes do problema localizado a fim de se definir aspectos que necessitam ser aprofundados para um melhor conhecimento da situação vivenciada e definição do que se precisa conhecer melhor para encontrar soluções ao problema encontrado.

Na terceira etapa, teorização, o grupo é estimulado a pesquisar teórica e empiricamente sobre o tema, a fim de que se produza uma consciência maior sobre o problema levantado. (BERBEL, 2012).

Para uma maior aproximação com o tema acolhimento foi utilizados o artigo científico sobre o tema: Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. (SANTIAGO et al., 2013) e o Caderno de Atenção Básica n. 28, volume 1, elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do MS, que tem como objetivo auxiliar as equipes de saúde no fortalecimento do acolhimento ofertado à população. (BRASIL, 2011).

Na quarta etapa, hipóteses de solução, o grupo deve apontar as possibilidades para a eliminação dos problemas. A partir da melhor compreensão da realidade, deve procurar formas para transformar essa realidade. (BERBEL, 2012).

Nesta etapa o grupo apresentou sugestões de estratégias para a melhoria do acolhimento praticado em nossa UBS.

A quinta etapa, aplicação à realidade, determina uma ação concreta de aplicação das sugestões apresentadas pelo grupo, na mesma realidade de onde o problema foi extraído, a fim da promoção da transformação desta realidade e eliminação do problema ali identificado. (BERBEL, 2012). Essa aplicação à realidade é um processo contínuo, que iniciou paulatinamente, por requerer tempo e articulação para isto, e que poderá ser avaliada a médio prazo.

As oficinas educativas foram cuidadosamente planejadas uma a uma. Não foram todas planejadas de uma única vez, até mesmo porque não seria possível, pois ao utilizar o método do Arco de Charles Maguerez dentro da metodologia da problematização, não é possível saber ou prever quantas oficinas serão realizadas até que se atinja o objetivo proposto.

Cada oficina é planejada após o encerramento da anterior, pois de acordo com o desenvolvimento da oficina concluída é que se consegue planejar o próximo momento. Assim, a oficina subsequente, por sua vez, foi iniciada a partir do ponto de encerramento da oficina antecedente. Neste estudo foram realizadas sete oficinas educativas, cujos planejamentos encontram-se como apêndices.

Houve um espaço de tempo maior que o pretendido entre a realização de uma oficina educativa e outra, distanciamento este ocasionado por motivos relacionados ao processo de trabalho, que independiam de nossa vontade ou decisão. Porém, não houve prejuízo ao desenvolvimento das oficinas, uma vez que sempre iniciávamos as oficinas com um breve resgate da oficina anterior.

A primeira oficina (Apêndice E) foi um momento de aproximação dos profissionais com o tema, por meio da leitura do estudo de caso citado anteriormente e o objetivo desta etapa que é a observação da realidade, foi sensibilizar a equipe para as dificuldades encontradas por uma usuária ao procurar a UBS para solução de suas necessidades (Apêndice A).

Nesta etapa, os participantes foram conduzidos a observar como o processo de trabalho e o acolhimento acontecem em nossa UBSESF, cada um pela sua ótica. Foi possível comparar o acolhimento ofertado à protagonista da estória apresentada com o acolhimento praticado em nossa UBSESF e ainda o acolhimento que cada um pratica. Cada funcionário demonstrou saber identificar as falhas.

A primeira etapa do Arco de Charles Maguerez, denominada observação da realidade, possibilita ao indivíduo, afastar-se do contexto onde as relações se estabelecem para, na condição de observador, identificar como o acolhimento se dá e, se é adequado ou não e, desta forma, introduzindo-o à segunda etapa, o levantamento dos pontos chave.

Foram destacadas palavras chaves, escritas em papel cartaz, fixado em um flip chart para fácil visualização de todos. As palavras destacadas desencadearam a oficina seguinte. Estas palavras conduziram a uma reflexão de que alguns pontos são frágeis em nosso processo de trabalho.

Como exemplo dessa fragilidade é possível citar a comunicação deficiente, dificuldades na recepção, refletindo diretamente no acolhimento. A conclusão a que se chegou foi de que o acolhimento é uma importante estratégia para a melhoria da qualidade de atendimento ofertado nesta UBSESF.

Ao final de cada oficina, como fechamento, resgatávamos as questões trabalhadas, sempre procurando criar uma expectativa positiva em relação à próxima oficina e, em seguida, todos confraternizávamos com um pequeno lanche. Momento este, que oportunizava-se uma interação informal entre os funcionários e no qual era possível observar os comentários sobre o que havia acontecido e o que havíamos falado sobre a nossa realidade.

Concluída a observação da realidade, inicia-se a segunda etapa do Arco de Maguerez, denominada levantamento dos problemas. Trata-se de questões vivenciadas, mas não observadas devido o indivíduo estar envolvido no contexto. São identificados os motivos que levam ao surgimento destes problemas previamente identificados. Afinal, ao se tratar a causa, a consequência é eliminada. É uma etapa de extrema importância, pois esta relação de problemas levantados é que determinará que assuntos devem ser discutidos, tratados pelo grupo.

A segunda oficina educativa (Apêndice F) teve como principal objetivo, identificar os tópicos para a teorização, após descrever o acolhimento praticado em nossa UBS. Para isto, iniciou-se com o resgate da primeira oficina, destacando os pontos mais importantes citados pelos próprios funcionários, na oficina anterior. Em seguida, o grande grupo foi dividido em grupos menores com o intuito de debaterem o acolhimento praticado em nossa UBSESF, pontuando suas fragilidades e potencialidades.

Os grupos escreveram sobre o que conversaram e elegeram um relator para trazer ao grupo maior o resultado do debate. Foi um momento em que todos participaram ativamente do debate, razão pela qual foi utilizado um tempo um pouco maior que o previsto para esta etapa. Devido o adiantado da hora, a fim de garantir a qualidade das discussões, ficou combinado que cada relator guardaria suas anotações, para darmos continuidade na próxima oficina.

Na terceira oficina educativa (Apêndice G), cada relator apresentou ao grupo maior, o conteúdo debatido sobre a percepção do acolhimento praticado em nossa Unidade. Foram pontuadas suas fragilidades e potencialidades. Dentre as fragilidades o que mais se destacou foram a falta de comprometimento e vínculo no acolhimento e a falta de recursos ou de conhecimento dos recursos existentes para encaminhamento das solicitações dos usuários. Dentre as potencialidades apontadas, destacam-se o bom atendimento de uma parte dos funcionários, alguns elogios dos usuários e, o item com maior destaque foi a intenção de que cada funcionário tem em oferecer um acolhimento adequado ao usuário por ele atendido. Aqui é possível destacar a fala do AE 7:

Quando nós atendemos uma pessoa que chega na nossa UBS, pensamos que estamos fazendo um acolhimento de qualidade, mas quando falamos sobre os detalhes do atendimento, todos concordam que podia ser um pouco melhor, um pouco diferente. Muitos de nós, conseguimos identificar falhas no atendimento do usuário que nos procura, embora no momento do atendimento passe despercebido, talvez porque nos acostumamos à rotina. Mas uma coisa bacana é que todos acreditamos que podemos oferecer um atendimento de qualidade aos usuários, ao menos naquilo que está ao nosso alcance, pois tem coisas que não dependem da nossa vontade. Concluindo, achamos que nosso acolhimento não é ruim, mas que poderia ser melhor. (AE 7).

Cada grupo assumiu o seu posicionamento sobre o conteúdo discutido e as conclusões obtidas sobre o assunto. O grupo maior chegou à conclusão de que o acolhimento praticado não é ruim, mas pode ser melhorado.

A grande maioria dos funcionários desconhecia a existência de diretrizes do MS para um acolhimento adequado. Assim, foi consenso entre os participantes de que o tópico para teorização deveriam ser as diretrizes para acolhimento aos usuários na atenção básica à saúde. Decidido o tema a ser trabalhado na próxima

etapa do Arco de Maguerez, a teorização, houve uma conversa sobre quem traria o material a ser trabalhado. Os participantes sugeriram, de uma forma sutil que, quem deveria providenciar o material seria a entrevistadora, uma vez que saberia direcionar melhor essa seleção. Assim, assumi o compromisso de levar o material.

O levantamento dos pontos chave ou levantamento de problemas, é um momento fundamental, pois a partir da reflexão sobre as causas dos problemas elencados, é que se torna possível chegar a eliminação do problema. Segundo Berbel (2012) possibilita um maior e melhor conhecimento da situação experienciada e a decisão do que se precisa construir de conhecimento para encontrar soluções ao problema. Esse debate introduz o grupo na próxima etapa do Arco de Maguerez, que é a teorização.

A quarta oficina educativa (Apêndice H) foi um momento para uma maior aproximação com artigos científicos sobre a PNH. Os doze participantes foram divididos em duplas. Cada uma das seis duplas recebeu uma cópia do artigo intitulado "Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários". (SANTIAGO, 2013, p. 35-44). Trata-se de um artigo com 10 páginas, que teve por objetivo avaliar a satisfação ou não dos usuários e os motivos da satisfação ou insatisfação, cujo resumo é o seguinte: Este estudo tem por objetivo avaliar a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família do Recife. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Recife, sendo entrevistados 939 usuários. Os usuários são predominantemente adultos jovens, do sexo feminino, casados, com baixo nível de escolaridade e donas de casa. Apresentam alto vínculo com as unidades, tendo-a como referência para o seu atendimento. Os resultados evidenciam a assistência à demanda programada. Os usuários apresentam maior satisfação com o trabalho dos profissionais e uma menor satisfação com as condições oferecidas pelas unidades. Quanto mais jovem e com mais escolaridade, maior a insatisfação com as condições oferecidas. Apresentaram grande insatisfação com o tempo de espera, com a acessibilidade e com a insuficiência de atividades educativas e comunitárias, sendo as duas últimas dimensões relacionadas aos princípios gerais desta estratégia. A grande satisfação com assistência clínica, confidencialidade e direito a informações, dimensões relacionadas à relação profissional-usuário são determinantes na qualidade da

assistência. Esta avaliação enfocando cada momento do atendimento contribuiu na sua apreensão crítica pelos usuários.

O objetivo do estudo deste artigo na oficina educativa foi o destaque por cada dupla de funcionários, dos pontos relevantes do acolhimento praticado naquela UBS. Após distribuição das cópias do artigo, papéis e canetas, cada dupla iniciou sua leitura. Procurei observar como essa leitura se dava e, foi possível verificar as expressões faciais de cada um, que à medida que a leitura ia sendo desenvolvida, parecia demonstrar que estavam entrando em contato com uma forma diferente de aprendizagem. Muitos declararam nunca antes terem lido um artigo científico.

Ao final dos quinze minutos que foram acrescidos aos quarenta minutos iniciais, as seis duplas haviam terminado a atividade. Porém, devido ao adiantado da hora e por julgar não ser produtivo a continuidade da oficina, devido à ansiedade pelo final do expediente, julguei ser a melhor opção a interrupção da oficina, para dar continuidade, oportunamente.

Na terceira etapa do Arco de Maguerez, a teorização, é possível perceber um envolvimento considerável do grupo. Não existe uma pessoa que domine o conhecimento e repasse para os demais indivíduos envolvidos. Trata-se realmente de uma construção desse conhecimento, com troca de saberes e experiências anteriores, unindo-se ao que é trazido de novo, de teoria. O resultado desse processo é um amadurecimento e aprofundamento das questões teóricas pelo grupo, além da apropriação do conteúdo trabalhado. Afinal, o indivíduo é o protagonista de seu aprendizado.

Na quinta oficina educativa (Apêndice I), dentro da etapa de teorização, pretendeu-se num primeiro momento, estimular o grupo a pesquisar e estudar sobre o tema acolhimento. Num segundo momento, que cada dupla apresentasse sugestões de estratégias, passíveis de serem colocadas em prática, para a melhoria do acolhimento praticado em nossa UBS.

Cada dupla apresentou ao grupo maior as suas percepções resultantes da leitura do artigo sobre acolhimento. Discorreram também sobre as semelhanças existentes entre o acolhimento lá praticado com o praticado em nossa UBS. Foram citados pontos em comum como a satisfação de parte dos usuários, principalmente com a boa vontade dos funcionários e a insatisfação com as condições oferecidas pela UBS.

Após a identificação pelos profissionais, do tipo de acolhimento realizado na cidade foco da pesquisa contida no artigo, foi introduzido o tema PNH enquanto protocolo, visando uma maior aproximação com o tema acolhimento. Ainda dentro da etapa de teorização, com a finalidade de contemplar o tema diretrizes de acolhimento, foi trabalhado o material intitulado "Acolhimento à demanda espontânea". (BRASIL, 2011), que traz diretrizes que visam organizar o acolhimento junto à atenção básica. Realizou-se leitura do material e após esse momento, as duplas voltaram a se reunir para dar início à quarta etapa do Arco de Maguerez, denominada hipótese de soluções.

Ao final do tempo previsto para o término da atividade, o AE 5 manifestou-se: "Será que seria possível entregarmos as sugestões por escrito na próxima semana? É que a gente teria um pouco mais de tempo para pensar melhor."

Entendi que existia uma certa preocupação em uma manifestação pública das sugestões de cada dupla. Ao utilizar a metodologia problematizadora o professor assume uma postura de facilitador e guia os alunos na trajetória pela busca das respostas. O objetivo final é muito importante e é construído ao longo de todo o processo. Assim, avaliando o momento e respeitando o comprometimento não apenas com a lisura o processo, mas com a responsabilidade que envolve o anonimato dos participantes, percebi que poderia existir algum constrangimento, levando mesmo a uma situação desconfortável e até a um atrito entre os funcionários, o que poderia inclusive, comprometer o resultado e a obtenção do objetivo das oficinas educativas, que estava tão próximo de ser alcançado.

Este passo exigiu uma breve reflexão sobre a flexibilidade na programação permitida pela metodologia da problematização, aceitando sugestões viáveis dos participantes. Refleti sobre o que diz Berbel (2012), sobre o uso das metodologias ativas que, quando acatadas e analisadas as contribuições e sugestões dos participantes do grupo, valorizando-as, estimulamos sentimentos de engajamento, competência e pertencimento. Diante disto, aceitei de imediato a sugestão, o que trouxe tranquilidade aos participantes, para que todos apresentassem suas sugestões, garantindo a qualidade do resultado, o que pode ser percebido na fala: "Eu acho ótimo. A gente entrega para você, e depois ficamos sabendo o que cada um sugeriu, só que forma anônima." (AE 9).

Ficou acordado que existiria a possibilidade, inclusive, de que os funcionários poderiam se manifestar, dando suas sugestões, de forma anônima, uma vez que as

sugestões seriam do grupo. Firmamos um compromisso de após essa manifestação anônima, voltarmos a nos reunir em uma próxima oficina, para tornar público ao grupo as sugestões elencadas, ou seja, as propostas de cada um e de todo o grupo, também de forma anônima.

Naquela tarde, durante a confraternização, após cumprida a etapa da teorização, foi possível ouvir os funcionários comentando que era melhor se manifestar desta forma, anônima, por se sentirem mais à vontade, sustentado na fala de um funcionário à sua colega: "Parabéns, AE 9 (citando o nome) por falar pra entregarmos depois". (AE 3).

A sexta oficina (Apêndice J) educativa teve início com a recepção dos funcionários no Espaço Saúde, como habitualmente fazíamos. Porém desta vez, a expectativa pelas sugestões era grande, tanto da parte da pesquisadora, quanto da parte dos funcionários. O ambiente foi preparado um pouco diferente. Foi colocada uma pasta com elástico, vazia, sobre uma mesa e para cada funcionário que chegava, realizava-se uma pequena orientação individual. Solicitou-se que colocasse sua folha, sem identificação, com as sugestões dentro da pasta que encontrava-se sobre a mesa e a fechasse de volta. Em seguida, poderia escolher um lugar e sentar-se.

A mesma orientação foi dada a cada funcionário até que, ao entrar o último funcionário, a pasta estivesse com todas as folhas dentro da mesma e, de maneira tal que eu não fosse possível identificar a qual funcionário pertencia cada folha. Desta forma foi garantido o anonimato e privacidade de cada funcionário, sem prejuízo das suas sugestões.

O objetivo desta oficina, em sua etapa de levantamento de hipóteses de solução, foi estimular o grupo a apresentar sugestões de estratégia para a melhoria do acolhimento praticado na Unidade de Saúde. O conhecimento por parte dos funcionários das sugestões por eles apresentadas, por meio da leitura das mesmas foi uma etapa muito importante, uma vez que, a finalidade seria colocar em prática nossas estratégias para um acolhimento mais adequado.

Foram lidas 39 sugestões (apêndice D), envolvendo diversas áreas do processo de trabalho em nossa UBS. Ao final da leitura, todos concordaram com o conteúdo lido, não havendo questionamentos de quaisquer natureza. Foram então esclarecidos de que as sugestões seriam analisadas e agrupadas em categorias, a fim de organizá-las, por semelhança. Foi firmado novo compromisso de que após a

conclusão desta etapa, uma nova oficina seria agendada para que fossem apresentadas ao grupo as categorias e suas sugestões, respectivamente.

A instrumentalização dos participantes, por meio da etapa da teorização permitiu a apropriação do tema acolhimento na atenção básica e diretrizes de acolhimento da PNH, conduzindo-os a refletiram sobre as estratégias para a melhoria do acolhimento praticado em nossa UBS. Conferiu ainda um olhar mais analítico sobre o processo de trabalho estabelecido e desta forma, permitiu iniciar a quinta etapa do Arco de Charles Maguerez.

Prado (2012), conclui que a quarta etapa do Arco de Charles Maguerez consiste na elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e realidade.

Como a trajetória para alcance dos objetivos é construída por todos e por cada um dos participantes, a metodologia problematizadora permite um retorno ao grupo participante, para conhecimento por parte dos mesmos dos resultados obtidos e a ratificação ou retificação, se necessário. (FREIRE, 1980).

Assim, a **sétima oficina** educativa (apêndice K) teve por objetivo validar as sugestões apresentadas pelo grupo junto ao próprio grupo e o reconhecimento, por cada funcionário, de que suas sugestões foram consideradas. Foram entregues duas folhas para cada funcionário. Uma com todas as sugestões apresentadas e uma outra com o agrupamento, por semelhança de falas, das sugestões apresentadas. Houve uma concordância sobre o agrupamento realizado. Como resultados desta oficina educativa, obteve-se 14 sugestões para a melhoria do acolhimento praticado em nossa UBSESF

No encerramento das oficinas educativas houve um momento de agradecimento e rápida reflexão sobre a importância da participação de cada um e de todos não somente nas oficinas, como também nas decisões e sugestões sobre o acolhimento praticado na UBS. Todos foram esclarecidos sobre a conclusão das oficinas educativas, a sequência deste estudo, como os encaminhamentos a serem adotados em relação às estratégias sugeridas pelo grupo.

Durante esta confraternização especial, os funcionários falavam sobre como foi participar das oficinas educativas. Foi gratificante ouvir que deveriam haver mais momentos como este em nosso dia a dia.

É, essas oficinas servem para a gente refletir um pouco sobre nosso dia a dia. (AE 5).

Foi bom participar delas! (AE 9).

Não temos tempo para parar e falar sobre o que fazemos e como fazemos. (E 1).

A gente precisa ter mais momentos como esses. (AE 8).

3.2 PARTICIPANTES

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de enfermagem, entre eles, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam em uma UBSESF, na cidade de Curitiba - PR. Totalizaram quinze profissionais, sendo três enfermeiros e doze auxiliares de enfermagem, ou seja, 100% dos profissionais de enfermagem.

O convite para a participação neste estudo foi realizado em uma reunião administrativa e direcionado a todos os componentes da equipe de enfermagem, ocasião em que foram divulgados dia e horário da primeira oficina de prática educativa.

Os critérios de inclusão utilizados foram ser profissional da enfermagem, atuando na UBS durante o período da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estiveram afastados do trabalho.

A opção pelos profissionais de enfermagem deu-se devido ao acolhimento ser praticado em um primeiro momento por estes profissionais. O número destes profissionais adequa-se ao que nos orienta Afonso (2013), ao falar sobre o tamanho da população participante em uma oficina educativa, declarando que grupos menores, em média de doze pessoas, propiciam maior produtividade e cumplicidade.

3.3 LOCAL

A UBSESF, foco deste estudo, tem uma população de 10.380 habitantes e destes, 2.895 são mulheres que compõem a população alvo, ou seja, as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. Após a realização dos cálculos, a meta para a realização de exames preventivos de câncer de colo de útero nessa UBS é de 955 exames para estas mulheres. A cobertura da UBS, no ano de 2014, foi de 53% da

meta, ou seja, foram realizados 508 exames. Assim, 447 mulheres não tiveram seus preventivos realizados. Ao compararmos com os resultados obtidos em 2013, observamos uma queda no número de exames realizados. Naquele ano a cobertura foi de 67% da meta, ou seja, foram realizados 514 exames. (MARTY; FAORO, 2013).

Cada dia da semana, um enfermeiro é responsável pelo atendimento e realização dos exames de Papanicolau e exame clínico de mamas. As agendas para este horário permanecem abertas e a procura é direta. No entanto, alguns profissionais, de todas as categorias, acabam por agendar algumas mulheres para um determinado dia. Normalmente, isso acontece em duas situações. A primeira quando, durante uma consulta médica ou de enfermagem e da odontologia, existe uma conversa entre o profissional e a mulher e a mesma deseja realizar o exame em um determinado dia, seja por compromissos anteriormente assumidos ou qualquer outra razão pessoal.

As oficinas de práticas educativas foram realizadas no Salão "Espaço Saúde", que se localiza anexo à UBSESF. O Salão "Espaço Saúde" é um espaço físico destinado à realização de atividades educativas e reuniões com a comunidade, além de ser utilizado para reuniões administrativas com os servidores.

A UBSESF, cenário desta pesquisa, possui 47 funcionários e quatro equipes da ESF. Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um técnico em saúde bucal, um auxiliar em saúde bucal e três agentes comunitários de saúde. Além destes profissionais, a UBSESF conta com dois auxiliares administrativos e duas auxiliares de serviços gerais, contratadas por uma empresa terceirizada, além da Coordenadora da Unidade, que é a chefia da UBSESF.

Uma equipe composta por uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma farmacêutica, um educador físico e uma psicóloga fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e tem por objetivo apoiar, ampliar e qualificar as ações da Atenção Primária em Saúde, atuando junto ao trabalho junto às Equipes de Saúde da Família. (BARROS et al., 2015). Os NASF`s foram criados pela portaria 154 do MS em 24 de janeiro do ano de 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. (BRASIL, 2008).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de sete oficinas de práticas educativas, realizadas periodicamente, em intervalos quinzenais, sempre às quartas feiras, com duração de aproximadamente duas horas. O período de coleta de dados foi de 03 de dezembro de 2014 a 30.09.2015.

A equipe da UBSESF, local deste estudo, reúne-se às quartas feiras, com sua coordenadora para repasses administrativos e esta liberou os profissionais de enfermagem para participar das oficinas.

Oficina é uma metodologia de trabalho que prevê a formação coletiva. Prevê também momentos de interação e troca de saberes a partir de uma horizontalidade na construção do saber inacabado. Sua dinâmica toma como base o pensamento de Paulo Freire no que diz respeito à dialética na relação educador e educando. O conceito de oficina aplicado à educação refere-se ao lugar onde se aprende fazendo junto com os outros (OMISTE; LÓPEZ; RAMIREZ, 2000). Wall (2000, p. 36), cita que "é típico do ser humano reunir-se em pequenos grupos e trocar experiências com seus pares".

Nas oficinas foi aplicado o Método do Arco de Magueres, com foco em educação permanente à equipe de saúde para a construção coletiva de estratégias para a aplicação das diretrizes de acolhimento às usuárias das ações direcionadas à Saúde da Mulher. As reuniões foram gravadas para posterior transcrição e análise e foram efetuados registros em diário de campo. As oficinas educativas, espaço para reflexão e discussão, foram realizadas até que os objetivos foram alcançados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A interpretação dos dados teve por base os preceitos de John W. Creswell (2010, p. 216), no qual "o processo de análise dos dados envolve extrair sentido dos dados do texto".

A análise de dados qualitativos corresponde a uma ação constante durante todo o estudo, e o processo de extrair sentido dos dados pode ser comparado às "camadas de uma cebola" a ser descascada. (CRESWELL, 2010, p. 217).

Para analisar os dados deste estudo foram seguidos os seis passos para análise de dados na pesquisa qualitativa propostos por Creswell (2010, p. 218).

- Passo 1: Organizar e preparar os dados para a análise;
- Passo 2: Ler todos os dados;
- Passo 3: Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação;
- Passo 4: Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise;
- Passo 5: Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa;
- Passo 6: Extrair significado dos dados.

Neste estudo, no passo 1, as falas durante as oficinas foram fielmente transcritas. As observações da comunicação não verbal, anotadas em diário de campo foram registradas, dando-se início à organização dos dados para a leitura. Na etapa seguinte foi procedida leitura extremamente minuciosa de todo o material, destacando-se as idéias principais de cada fala de cada funcionário. Todos os dados foram lidos novamente por diversas vezes, a fim de consolidar que, as ideias destacadas a princípio realmente expressavam a ideia desenvolvida durante a oficina. Assim, a etapa dois foi contemplada.

No passo 3 foram codificadas as falas, por meio da classificação das frases destacadas, nominado-se cada categoria. Em seguida, a fim de contemplar o passo 4, foram descritas as categorias de análise, por meio de nova escuta das oficinas transcritas, imprimindo-se maior fidedignidade aos dados, confirmando os significados das falas. Ao iniciar-se o passo 5 foram citados os destaques das falas, sendo sustentadas com a literatura consultada.

Enfim, no passo 6 os resultados encontrados foram apresentados a partir da interpretação pessoal da pesquisadora e comparados com informações encontradas na literatura.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Visto que a discussão de como se consegue o local da coleta dos dados e a permissão para estudar determinada situação ou indivíduos que estão envolvidos nessa, constitui um importante passo na pesquisa (CRESWELL, 2010), atendeu-se a esse aspecto, mediante aprovação da presente pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba quanto a sua viabilidade, por meio do Parecer Consubstanciado 895836, de 15 de outubro de 2014 e a aprovação

do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, por meio do Parecer 737578, de 28 de julho de 2014 (Anexos 1 e 2).

Os participantes foram devidamente informados a respeito da pesquisa, seu objetivo e a proposta das oficinas, sendo-lhes facultada a desistência a qualquer momento que desejassem. Para garantir sigilo e anonimato os nomes verdadeiros foram omitidos e atribuídos códigos para identificação. Sendo o grupo composto por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, optou-se por utilizar as iniciais E para enfermeira e AE para auxiliar de enfermagem, para identificar a função e números para a identificação dentro da mesma função. Assim a primeira enfermeira que manifestou-se nas oficinas foi nominada como E1, a segunda E2, a terceira E3. Os auxiliares de enfermagem, por sua vez, foram nominados como AE 1, o segundo AE 2 e assim consecutivamente.

As oficinas foram gravadas, conforme permissão e autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a interpretação dos dados, surgiram três categorias, que foram chamadas de **apoio dos gestores às equipes, acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho e acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado**. Tal denominação se deu com base no Caderno de Atenção Básica n. 28, volume 1, elaborado e lançado em 2011, pelo Departamento de Atenção Básica do MS, e que tem como objetivo tratar do acolhimento na gestão do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Este Caderno pretendeu auxiliar as equipes de profissionais envolvidos na atenção básica à saúde como uma importante ferramenta na construção e fortalecimento do acolhimento praticado no dia a dia de uma UBS. (BRASIL, 2011).

A proposta apresentada pelo Caderno de Atenção Básica n. 28, volume envolve alguns aspectos para este fortalecimento, que são as dimensões constitutivas do acolhimento cuja denominação foi utilizada no nosso estudo. Como elemento essencial para facilitar a implantação do acolhimento na atenção básica surge o apoio dos gestores às equipes de saúde.

Muitas pessoas já viveram e vivem, na pele, situações em que o trabalhador não consegue se colocar no lugar do outro que sofre, e o trata de forma burocrática. Este é talvez um dos principais problema vividos no SUS, a banalização do sofrimento alheio. Isso nos permite perceber que, em processos de implantação ou reestruturação das práticas de acolhimento da demanda espontânea, é recomendável considerar diferentes sentidos relacionados ao acolhimento, entre os quais destacamos alguns: o acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado e o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso. (BRASIL, 2011, p. 21).

4.1 APOIO DOS GESTORES ÀS EQUIPES

As propostas de estratégias que dizem respeito a esta categoria nos remetem ao que preconiza o MS (BRASIL, 2011), quando afirma ser fundamental que as equipes tenham momentos para discussão dos problemas e dificuldades, para redefinição de ações e responsabilidades. Nestes momentos as peculiaridades do processo de trabalho devem ser pautadas e abordadas. Faz parte das atribuições do gestor a garantia deste tempo e espaço adequado para que a equipe possa pensar

sobre o que se faz, como se faz, para construir e pactuar novas ações, novos arranjos.

Situação que foi vivenciada durante a realização das oficinas educativas, quanto à necessidade dos profissionais em ter o apoio constante do gestor, conforme as falas que seguem:

Reconhecimento das metas. (AE 7).

Busca ativa dos faltosos em diversos programas ou atividades ofertadas pela Unidade de Saúde, como nas coletas de exames citopatológicos, com base nos relatórios e prontuários. (AE 2).

Solicitar à chefia imediata que ofereça/promova momentos/encontros, em horários de reunião, para trabalhar dinâmicas sobre acolhimento. (AE 8).

Criação de grupos de convivência, para aumentar vínculo entre equipe e usuários. Trataríamos também da atenção primária, que é um dos nossos focos. (AE 5).

Procurar cumprir o Estatuto do Servidor. (AE 15).

Utilização de crachá por todos os funcionários, facilitando sua identificação pela comunidade. (E 2).

Procurar se capacitar através de cursos, oficinas e treinamentos para oferecer um acolhimento de qualidade. (AE 9).

Ter e oferecer mais segurança no atendimento. (E 1).

Conhecer todos os recursos disponíveis para o atendimento das solicitações dos usuários. (AE 6).

Embora o gestor possa ser visto como alguém que não presta assistência direta ao usuário, ele faz parte intrínseca da equipe e é peça fundamental para que o acolhimento seja estruturado de maneira sólida. O gestor é um líder do serviço e sua presença faz toda a diferença para a equipe. Para que o funcionário possa praticar a escuta ativa com o usuário ele necessita que o gestor o ouça ativamente. É no gestor que o mesmo busca respaldo, atitude e direção. A relação do gestor e sua equipe se estabelecida de forma sólida, irá favorecer a prática do acolhimento, visto que, a equipe que conta com um gestor no qual pode confiar é uma equipe segura e pode oferecer um acolhimento mais seguro. É o gestor legitimando o acolhimento praticado pela equipe à população.

Para tanto é relevante que os trabalhadores tenham conhecimento do planejamento, metas e objetivos do seu local de trabalho. O conhecimento das metas deve iniciar a partir de informações vindas pelo gestor local do serviço. A

pactuação de metas entre a chefia e o gestor municipal não terá a mesma condução, sem o conhecimento do trabalhador que irá executá-las. Reuniões periódicas com a equipe para planejamento, definição de estratégias, avaliação e redefinição são fundamentais para que o trabalhador sinta-se motivado e ciente de seu papel na obtenção das metas.

É possível perceber, ainda, que existem sugestões interligadas, de trabalhadores que sentem a necessidade da participação do gestor local, não apenas na rotina de seu trabalho, mas na liderança desse processo. A presença não apenas física do gestor local, traduz-se em segurança para o trabalhador e, muitas vezes em motivo de orgulho, pois existe um sentimento de parceria, respaldo e cumplicidade no trabalho.

Corrêa et al. (2011) dizem que a equipe possui uma identidade própria que sofre influência da organização da rede municipal e local, interferindo no modelo assistencial do serviço, determinando fortemente a maneira de atuação dos profissionais envolvidos na assistência ao usuário. Oliveira (2008), fala sobre a relação de cumplicidade entre o gestor e sua equipe, chamando esta de relação de responsabilidade coletiva, que pode ser construída por meio de processos comunicacionais eficientes, resultando numa rede de influência que provoque uma determinada harmonia nos níveis de envolvimento e comprometimento de todos os interessados.

Pode-se concluir ainda que os trabalhadores sentem necessidade de atualização profissional, dentro do próprio serviço. Cabe à chefia não apenas incentivar, mas promover e propiciar condições para essa capacitação, que pode até mesmo ser realizada no espaço da UBS, inclusive tendo com instrutores os profissionais com qualificação para tal, dentro da equipe multiprofissional da UBS. A vantagem da utilização destes profissionais é que essa atualização pode ser direcionada para as diversas situações encontradas no dia a dia da equipe. Tal sugestão encontra sustentação na afirmação de Souza et al. (2008) que diz que é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, dialogar, tomar decisão, amparar, negociar e orientar.

Casimiro (2012) afirma que o conhecimento técnico, o saber dos promotores do cuidado é fundamental para uma assistência humanizada, pois ao aplicar o saber científico, a possibilidade de obter benefícios é significativa, o que repercute diretamente em seu atendimento. Declara ainda, que os gestores dos serviços de

saúde devem atuar como elo no processo de humanização, ou seja, transformando esse conhecimento em objetivos a serem atingidos pelo serviço e, por meio do envolvimento dos diferentes atores que fazem parte da equipe a ser um componente necessário a esse alcance.

Silva, Chernicharo e Ferreira (2011) cita ser imprescindível que o gestor saiba lidar com conflitos no ambiente de trabalho, negociando, buscando por transformações, atuando estrategicamente para aproximar a equipe e o cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado.

As estratégias construídas coletivamente com a equipe de enfermagem para que o objetivo deste estudo seja atingido, dentro da categoria apoio dos gestores às equipes, foram:

1. Compartilhamento, pelo gestor, com os trabalhadores das metas pactuadas pela UBS, com demonstração dos dados e resultados obtidos, por meio de relatórios de produtividade da UBS;
2. Procurar promover espaços e oportunidades para qualificação e atualização profissional, principalmente frente às situações clínicas comumente encontradas em saúde coletiva, visando um melhor acolhimento. Proporcionar momentos nas reuniões de equipe para trabalhar dinâmicas sobre acolhimento, garantindo esse espaço e a participação de todos;
3. Garantir apoio para a criação de grupos de convivência, a fim de aumentar o vínculo entre comunidade e equipe;
4. Favorecer a todos os funcionários oportunidades para o conhecimento de todos os recursos existentes para o atendimento das solicitações dos usuários. Desta maneira, será possível ao funcionário ter e oferecer maior segurança no atendimento;
5. Exercer o papel de gestor local, cumprindo e fazendo cumprir o Estatuto do Servidor, inclusive orientando e fiscalizando a utilização de crachá por todos os servidores, facilitando sua identificação pelo usuário.

4.2 ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE (RE)ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

As diretrizes de acolhimento tratam esta categoria como a necessidade de mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

Em muitas falas dos funcionários, durante as oficinas, foi possível observar a preocupação existente com a transformação da forma de trabalho.

Procurar a aprender a trabalhar com a equipe multidisciplinar. (AE 2).

Melhorar o fluxo de atendimento/encaminhamento na recepção. (AE 10).

Realizar sala de espera com frequência para orientações sobre o fluxo da Unidade de Saúde. (AE 3).

Uma maior organização no sistema de atendimento por senhas, para evitar que o usuário fique perdido, sem saber que senha pegar. (AE 13).

Acolhimento direcionado por área, a fim de aumentar o vínculo entre usuário e equipe. Além de respeitar um dos princípios do ESF, o usuário não precisaria expor seu problema, a sua história, a cada ingresso na Unidade de Saúde. (E 4).

Praticar o acolhimento por equipe, auxiliando o enfermeiro a atender os pacientes de sua área. (AE 8).

Realizar a simples distribuição de senhas não é a garantia de um atendimento com igualdade e qualidade. Isto não caracteriza acolhimento, uma vez que os próprios usuários formam fila para retirarem essas senhas e, ao final da distribuição destas senhas, é possível que muitos não tenham seus problemas resolvidos. O acolhimento não deve ser limitado a um número de pessoas. O atendimento com um acolhimento de qualidade exige organização e, muitas vezes reorganização do processo de trabalho pela equipe, por toda a equipe.

Damasceno et al. (2012), corrobora com as sugestões apresentadas pelos trabalhadores, ao dizer que o acolhimento não necessita, necessariamente, de horário ou local específico. Brehmer e Verdi (2010) dizem ainda que, o acolhimento compreende desde a recepção do usuário no serviço de saúde até a atenção resolutiva de seus problemas.

A reorganização do atendimento na recepção da UBS, passa pelo melhor preparo do trabalhador responsável por este setor, uma vez que a recepção é a porta de entrada do serviço e o trabalhador que ali se encontra deve conhecer e

dominar todos os fluxos de serviços ali ofertados e, em caso de não conhecer ou dominar algum destes serviços, saiba onde procurar e encontrar a resposta e, jamais deixar que o usuário fique perdido, sem direção dentro do próprio serviço.

A sugestão de que o acolhimento seja realizado direcionando os usuários para serem atendidos pelos profissionais que compõem a equipe responsável pela área de moradia deste usuário, vem ao encontro do que diz Oliver, Perez e Behr (2011) que declaram que a maneira pela qual o trabalho é organizado pelo serviço e executado pelo trabalhador gera efeitos. Esses efeitos podem ser positivos ou negativos. Esta reorganização do processo de trabalho, em especial, o acolhimento aos usuários, traria realmente muitos benefícios, tanto aos trabalhadores da UBS, para os trabalhadores que compõem a equipe e principalmente ao usuário.

No primeiro caso, à medida em que a carga de trabalho seria dividida, pois atualmente todos os usuários dirigem-se à uma ou duas pessoas na recepção da UBS. Trabalhando-se o acolhimento por área de abrangência da equipe, o número de usuários a serem atendidos por trabalhador, seria bem menor. Aos trabalhadores que compõem a equipe, o acolhimento seria facilitado, pelos conhecimentos dos profissionais da equipe sobre aquele usuário, suas condições de vida e saúde, eliminando a necessidade de todo o contexto de sua história clínica a cada atendimento. Os maiores beneficiados por essa estratégia são os usuários, por meio de um acolhimento realizado de forma direcionada e sem a necessidade de repetir suas histórias a cada membro da equipe, além do médico ou enfermeiro e principalmente com um atendimento mais ágil, sigiloso e prático.

As estratégias construídas coletivamente com a equipe de enfermagem para que o objetivo deste estudo seja atingido, dentro da categoria **o acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho foram:**

1. Realizar sala de espera, orientando a população sobre os serviços ofertados pela UBS e o fluxo de atendimento, bem como sobre qual senha deverá ser retirada para cada tipo de necessidade de atendimento;
2. Praticar o acolhimento por área de abrangência de cada equipe ESF, a fim de agilizar o atendimento do usuário;
3. Fortalecer o trabalho com equipe multidisciplinar, visando melhores resultados no atendimento.

4.3 ACOLHIMENTO COMO POSTURA, ATITUDE E TECNOLOGIA DE CUIDADO

Nesta categoria, o acolhimento é visto no aspecto das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, a construção de vínculos entre equipe e usuários. Traduz-se em atitudes individuais. Este viés esteve fortemente presente nas falas dos funcionários:

Procurar ouvir o usuário sempre em um local privativo. (AE 9).

Usar de sensibilidade para atender o usuário. (E4).

Perceber as peculiaridades de cada situação trazida pelo usuário. (AE 5).

Melhorar a capacidade de escuta ativa da queixa do usuário. (E 6).

Oferecer um acolhimento mais humanizado. (AE11).

Diminuir o isolamento/afastamento da necessidade apresentada pelo usuário. (AE 3).

Procurar se colocar no lugar do outro e não banalizar o sofrimento alheio. (AE10).

Sensibilidade e visão ampliada ao conhecimento, fazendo com que o usuário sinta-se à vontade podendo falar sobre seu problema. (E 4).

Ter consciência da importância do seu papel, diante do problema apresentado pelo usuário. (AE 9).

Lembrar de sua vocação. (AE 8.).

Ter e oferecer mais segurança no atendimento. (AE 2).

Ter compromisso com o paciente. (E 6).

Utilizar todos os recursos existentes para o encaminhamento e solução do problema apresentado pelo usuário. (E 4).

Criar um vínculo tal com o usuário que o sensibilize de que a Unidade de Saúde é o primeiro e principal meio para o cuidado à sua saúde. (AE 8).

Empenho individual para criar um clima de harmonia no ambiente de trabalho, com reflexo direto nas relações profissionais. (AE 7).

Procurar sempre apoiar um colega de trabalho que não tenha tanto conhecimento. (AE 14).

Evitar discussões com colegas ou pacientes na recepção. (AE 5).

O vínculo entre equipe e usuários, se traduz em uma relação de confiança. Desta maneira a criação e fortalecimento deste vínculo traz uma sensação de segurança ao usuário. Ao necessitar de um atendimento, chegando ao serviço, sabe

que encontrará alguém que o escute e se interesse em buscar uma solução para seu problema. Para a equipe isto se traduz em formas de lidar com situações imprevistas, com segurança, com compromisso e com a certeza de que poderá sempre tomar a melhor decisão sobre a situação apresentada pelo usuário.

As sugestões apresentadas pelos trabalhadores confirmam o que nos trazem alguns autores. Para Nery et al. (2009), a compreensão da realidade vivida pelos usuários, fortalece o vínculo entre estes e a equipe de saúde, além de ampliar a possibilidade de resolução do problema apresentado pelo usuário. Brehmer e Verdi (2010) alertam para a necessidade de se imprimir ao ato de acolher, um caráter especial, tornando-o de uma ação mecânica para uma ação humana e sensível. A ação de escutar, estando atento ao outro, torna o simples fato de ouvir em uma escuta qualificada.

Ao procurar ser mais resolutivo, o trabalhador certamente deverá tender a adquirir maior conhecimento, seja técnico ou de fluxos de encaminhamentos ou de recursos disponíveis na UBS para concretizar seu atendimento. Como consequência seu atendimento será mais seguro, o que será transmitido ao usuário. Finalmente, esse conjunto de atitudes resultará na criação ou no fortalecimento de vínculo entre usuário e trabalhador.

As estratégias construídas coletivamente com a equipe de enfermagem para que o objetivo deste estudo seja atingido, dentro da categoria **o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado** foram:

1. Procurar acolher e ouvir o usuário sempre em um local privativo, praticando a escuta ativa, usando de sensibilidade para perceber as peculiaridades existentes no problema por ele apresentado;
2. Ofertar um acolhimento mais humanizado, valorizando a queixa do usuário, colocando-se em seu lugar e não banalizando seu problema. Diminuindo o isolamento da necessidade apresentada, demonstrando interesse pela situação, fazendo que o mesmo sintá-se à vontade para expor seu problema;
3. Praticar o acolhimento tendo a consciência da importância do seu papel como trabalhador diante do problema apresentado pelo usuário, oferecendo um atendimento com segurança e compromisso;

4. Procurar ser resolutivo, empenhando-se para conhecer e utilizar todos os recursos disponíveis para o encaminhamento ou solução dos problemas apresentados pelo usuário;
5. Criar e fortalecer vínculo com o usuário, por meio de um acolhimento de qualidade, seguro e de confiança, de tal forma que o mesmo tenha a certeza de que a UBS é o primeiro e principal meio para o cuidado à sua saúde;
6. Empenhar-se individualmente para criar um clima de harmonia no ambiente de trabalho, colocando-se no lugar do outro, evitando discutir com colegas ou pacientes na recepção ou na frente de outras pessoas. Oferecer apoio aos colegas de trabalho, aprendendo a trabalhar em equipe multidisciplinar.

Importante destacar que por meio da Metodologia da Problematização e aplicação do Método do Arco de Charles Maguerez, em sete oficinas de práticas educativas, foi traçado e percorrido um caminho que conduziu a todos os envolvidos neste processo à construção de diversas estratégias. Estas foram divididas em três categorias temáticas que vão ao encontro do que sugere o MS no Caderno de Atenção Básica, que teve por objetivo tratar do acolhimento na gestão do processo de trabalho na atenção básica à saúde.

Para a equipe de enfermagem, este processo trouxe um amadurecimento profissional e a clareza de que é possível discutirmos nosso processo de trabalho e suas fragilidades não com a intenção de uma crítica negativa, culpabilizando um ou outro funcionário, mas com a intenção de discussão e enfrentamento conjunto destas fragilidades pela equipe, objetivando sua eliminação e o fortalecimento de nosso processo de trabalho. Afinal, quão mais sólido for o processo de trabalho, mais sólida também será a qualidade do acolhimento ofertado não só às mulheres, mas à toda comunidade.

A metodologia participativa e coletiva utilizada para a construção deste estudo permitiu ainda que observássemos constantemente crescimento e envolvimento entre a equipe. Na primeira oficina foi possível perceber uma grande identificação da equipe com a situação exposta, vivenciada pela usuária do estudo de caso, o que demonstrou que a sensibilização já havia sido concretizada durante a leitura, o que pôde ser percebido nas falas:

Dava para ter conversado com a enfermeira... (AE 7).

Era moradora nova, não sabe como funciona direito... (AE 3).

Mas a enfermeira nem sabia o que tava acontecendo... (E 1).

Falhou a comunicação... (AE 2).

Se quem estivesse na recepção, tivesse se interessado, não tinha acontecido isso... (AE 8).

Acho que o problema foi no acolhimento... (AE 11).

Não foi feito o acolhimento como deveria. (E 2).

Eu acho que, como já falei da outra vez, o problema nosso é o acolhimento, que nem todo mundo se preocupa. (E 1).

O funcionário, às vezes tá na recepção e nem olha pro usuário, nem pra dar bom dia. (AE 5).

Foi possível conduzir o grupo a uma reflexão e avaliação sobre as potencialidades e fragilidades que envolvem o processo de trabalho, incluindo aí o acolhimento praticado, o que transparece na seguinte fala:

Quando nós atendemos uma pessoa que chega na nossa Unidade, pensamos que estamos fazendo um acolhimento de qualidade, mas quando falamos sobre os detalhes do atendimento, todos concordam que podia ser um pouco melhor, um pouco diferente. Muitos de nós, conseguimos identificar falhas no atendimento do usuário que nos procura, embora no momento do atendimento passe despercebido, talvez porque nos acostumamos à rotina. Mas uma coisa bacana é que todos acreditamos que podemos oferecer um atendimento de qualidade aos usuários, ao menos naquilo que está ao nosso alcance, pois tem coisas que não dependem da nossa vontade. Concluindo, achamos que nosso acolhimento não é ruim, mas que poderia ser melhor. (AE 7).

Os textos utilizados nas oficinas possibilitaram aos participantes a identificação de nosso processo de trabalho com o processo de trabalho praticado naquela UBS, que pode ser identificado nas falas:

Bem, a gente, nossa dupla, achou interessante que os usuários estavam satisfeitos com o trabalho oferecido pela equipe e insatisfeitos com as condições oferecidas pela Unidade de Saúde. (E1 e AE 3).

E o que eles, aqui na Unidade mais reclamam é sobre os encaminhamentos, exames e consultas que são feitos fora daqui. Demora muito pra agendar. Então o maior problema não é no acolhimento, embora seja também, mas na continuidade do tratamento. Igual ao da pesquisa de Recife. (E3 e AE11).

Eu acho mesmo que em todo lugar é mais ou menos do mesmo jeito. (AE 2).

Mas a gente sempre pode melhorar nosso atendimento, principalmente a partir do conhecimento do que o usuário pensa sobre esse atendimento. (E 8).

Afonso (2013) alerta para o fato de que a participação ativa dos envolvidos é de fundamental importância para que o objetivo de uma oficina seja atingido. As oficinas de práticas educativas contaram com forte participação dos funcionários, o que permitiu uma aproximação e apropriação do tema acolhimento pela equipe de enfermagem.

O produto deste estudo que utilizou o Arco de Maguerez nas oficinas educativas, permitiu a construção de 39 estratégias para a aplicação das diretrizes de acolhimento ofertado aos usuários de nossa Unidade de Saúde, que após agrupadas por semelhança resultaram em 14 sugestões de estratégias a serem utilizadas pelas equipes de saúde, conforme sua realidade e possibilidade.

1. Compartilhamento, pelo gestor, com os trabalhadores das metas pactuadas pela UBS, com demonstração dos dados e resultados obtidos, por meio de relatórios de produtividade da UBS;
2. Procurar promover espaços e oportunidades para qualificação e atualização profissional, principalmente frente às situações clínicas comumente encontradas em saúde coletiva, visando um melhor acolhimento. Proporcionar momentos nas reuniões de equipe para trabalhar dinâmicas sobre acolhimento, garantindo esse espaço e a participação de todos;
3. Garantir apoio para a criação de grupos de convivência, a fim de aumentar o vínculo entre comunidade e equipe;
4. Favorecer a todos os funcionários oportunidades para o conhecimento de todos os recursos existentes para o atendimento das solicitações dos usuários. Desta maneira, será possível ao funcionário ter e oferecer maior segurança no atendimento;
5. Exercer o papel de gestor local, cumprindo e fazendo cumprir o Estatuto do Servidor, inclusive orientando e fiscalizando a utilização de crachá por todos os servidores, facilitando sua identificação pelo usuário.
6. Realizar sala de espera, orientando a população sobre os serviços ofertados pela UBS e o fluxo de atendimento, bem como sobre qual senha deverá ser retirada para cada tipo de necessidade de atendimento;
7. Praticar o acolhimento por área de abrangência de cada equipe ESF, a fim de agilizar o atendimento do usuário;

8. Fortalecer o trabalho com equipe multidisciplinar, visando melhores resultados no atendimento.
9. Procurar acolher e ouvir o usuário sempre em um local privativo, praticando a escuta ativa, usando de sensibilidade para perceber as peculiaridades existentes no problema por ele apresentado;
10. Ofertar um acolhimento mais humanizado, valorizando a queixa do usuário, colocando-se em seu lugar e não banalizando seu problema. Diminuindo o isolamento da necessidade apresentada, demonstrando interesse pela situação, fazendo que o mesmo sintá-se à vontade para expor seu problema;
11. Praticar o acolhimento tendo a consciência da importância do seu papel como trabalhador diante do problema apresentado pelo usuário, oferecendo um atendimento com segurança e compromisso;
12. Procurar ser resolutivo, empenhando-se para conhecer e utilizar todos os recursos disponíveis para o encaminhamento ou solução dos problemas apresentados pelo usuário;
13. Criar e fortalecer vínculo com o usuário, por meio de um acolhimento de qualidade, seguro e de confiança, de tal forma que o mesmo tenha a certeza de que a UBS é o primeiro e principal meio para o cuidado à sua saúde;
14. Empenhar-se individualmente para criar um clima de harmonia no ambiente de trabalho, colocando-se no lugar do outro, evitando discutir com colegas ou pacientes na recepção ou na frente de outras pessoas. Oferecer apoio aos colegas de trabalho, aprendendo a trabalhar em equipe multidisciplinar

Importante destacar que por meio da Metodologia da Problematização e aplicação do Método do Arco de Charles Maguerez, em sete oficinas de práticas educativas, foi traçado e percorrido um caminho que conduziu a todos os envolvidos neste processo à construção de diversas estratégias. Estas foram divididas em três categorias temáticas que vão ao encontro do que sugere o MS no Caderno de Atenção Básica, que teve por objetivo tratar do acolhimento na gestão do processo de trabalho na atenção básica à saúde.

Para a equipe de enfermagem, este processo trouxe um amadurecimento profissional e a clareza de que é possível discutirmos nosso processo de trabalho e suas fragilidades não com a intenção de uma crítica negativa, culpabilizando um ou outro funcionário, mas com a intenção de discussão e enfrentamento conjunto

destas fragilidades pela equipe, objetivando sua eliminação e o fortalecimento de nosso processo de trabalho. Afinal, quão mais sólido for o processo de trabalho, mais sólida também será a qualidade do acolhimento ofertado não só às mulheres, mas à toda comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar a realização das oficinas de práticas educativas, utilizando a Metodologia da Problematização, com a aplicação do Arco Charles Maguerez, não sabia exatamente o que me esperava. Muitas questões me inquietavam. Como seria liderar este grupo e, o mais importante como conduzi-los, sem interferir em seu desenvolvimento. Seria bem recebida pelos meus próprios colegas de trabalho? A idéia seria "comprada", ou seja, aceita, pelos mesmos? Seria vista apenas como mais uma das muitas dinâmicas já aplicadas, nas quais os funcionários participavam porque fazia parte de suas atribuições?

Estes pensamentos povoavam minha mente, provavelmente, pela simples razão de sempre ouvir tais questionamentos e comentários de meus colegas e, muitas vezes até corroborava com os mesmos. Caso essa expectativa se confirmasse, meu estudo poderia não alcançar o êxito esperado. Além do que, para a aplicação do Arco de Maguerez, faz-se necessária a observação de alguns passos, os quais, sem a participação espontânea e ativa dos funcionários, seria também fator determinante para o insucesso da oficina.

No início da primeira oficina, o fato de eu estar do outro lado, com outro objetivo, que não aquele de participar de mais uma reunião administrativa como funcionária, me fazia uma pessoa diferente, com uma grande responsabilidade de conduzir o grupo por um trajeto bastante longo, que nem eu mesma sabia quanto tempo duraria, uma vez que o número de oficinas a serem realizadas dependeriam do desenvolvimento de cada uma delas.

Por outro lado, eu estava convicta de que daquela primeira oficina, que seria o primeiro contato, dependeria toda a sequência de oficinas que viriam pela frente. Esta primeira oficina seria o momento da conquista, do envolvimento e de ganhar a simpatia dos funcionários, meus colegas, para me acompanharem na minha jornada. Eu necessitava da companhia de cada um e, não de forma obrigatória, mas precisava da contribuição espontânea de cada um, para que os resultados das oficinas fossem o melhor possível.

Minha missão não seria tão simples e fácil como poderia parecer a princípio. Eu teria que além de contagiá-los com minhas idéias, criar uma expectativa sempre positiva em relação ao que viria, ou seja, em relação à oficina subsequente. Para isso, ao concluir cada oficina, instigava-os a participar da próxima, deixando sempre

algo de importante no ar. E, alguns minutos antes de encerrá-la, convidava-os a participar de uma pequena confraternização, onde oferecia um pequeno lanche, sempre preparado com muito carinho. Neste momento, era possível, ter um retorno bastante informal de como os funcionários vivenciaram a oficina encerrada. E era um momento muito rico.

Rico também foi meu aprendizado ao trabalhar com as oficinas. Jamais saí de uma oficina como entrei. Mesmo nos momentos de teorização, aprendi muito com meus colegas. Aquela sensação de ser uma estranha, que me acompanhou na primeira oficina, foi embora tão rápido quanto chegou e instalou-se em seu lugar uma forte sensação de pertencimento à equipe, mesmo com todo o cuidado para não interferir em sua evolução.

Trabalhar com a Metodologia da Problematização, com a aplicação do Arco de Maguerez, nos faz crescer. É diferente de participarmos de um treinamento ou assistirmos a uma palestra qualquer. É uma metodologia que nos leva a participar ativamente, pois necessitamos voltar o olhar para a nossa realidade, identificar os problemas, estudar sobre os mesmos, propor soluções e aplicá-las à nossa realidade. Isso conduz a equipe a um crescimento pessoal e profissional e quem mais tem a ganhar com este processo é a população, alvo de nosso trabalho.

A expectativa inicial de que o grupo poderia não aderir às oficinas, caiu por terra abaixo logo de início. A princípio, o grupo parecia um pouco tímido, mas em pouco tempo, mostrou-se participativo e interessado, envolveu-se nas discussões e demonstrou maturidade para avaliar a realidade do nosso processo de trabalho. Envolveu-se nas questões teóricas e propôs sugestões para a melhoria do acolhimento praticado. Enfim, acredito que o grupo tenha crescido profissionalmente e desenvolvido uma capacidade de análise e avaliação de seu próprio trabalho. E, mais que tudo, demonstrou interesse em oferecer cada vez mais um acolhimento de qualidade à população sob sua responsabilidade.

As estratégias para aplicação das diretrizes de acolhimento em nossa UBS, foram sugeridas por cada um dos funcionários participantes das oficinas. Foram construídas passo a passo, conferidas, reformuladas e validadas por cada um e por todos.

É importante ressaltar que, não chegamos e nem pretendemos chegar à perfeição. Muitos e novos estudos poderão e deverão ser realizados no sentido de se buscar cada vez mais um acolhimento que se aproxime do ideal, do perfeito, que

faça com que realmente o usuário acredite no SUS, acredite que a porta da UBS é realmente a porta de entrada para todo o sistema e, que acima de tudo, confie nesta porta de entrada e no profissional que o acolherá neste momento.

Acredito que o objetivo proposto para este trabalho foi atingido, pois construímos, coletivamente, quatorze estratégias para aplicação das diretrizes de acolhimento em nossa UBS.

O produto resultante deste estudo transcendeu a construção coletiva com a equipe, pois resultou em 14 estratégias para aplicação das diretrizes de acolhimento propostas pela equipe de enfermagem, que já trouxe, em algumas situações e ainda pretende trazer em outras situações, uma melhoria no acolhimento ofertado para a comunidade a diminuição de casos da doença, diminuição com custos de tratamento e uma melhoria na qualidade de vida e saúde.

Para a mulher, usuária da Unidade de Saúde, pretende oferecer maior segurança e certeza de bom atendimento. Para a Unidade de Saúde uma melhoria na cobertura da coleta de exames de citologia oncológica, mas com certeza outras metas que dizem respeito aos demais programas governamentais voltados aos usuários.

Para a equipe de enfermagem a certeza de ofertar à comunidade um acolhimento com qualidade, a consciência da importância de seu papel na prevenção do câncer de colo de útero e o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

Finalmente, para o enfermeiro a confirmação de que a educação permanente é realmente o caminho para a transformação de nossas realidades.

REFERÊNCIAS

- ACOLHER. In: FERRREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.
- AFONSO, M. L. M. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- ALBUQUERQUE, K. M. et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p. S301-S309, 2009.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, nov. 2006.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, set./out. 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez**: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL, 2012.
- BERBEL, N. A. N. A problematização baseada em problemas: são diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: EDUEL, 1999.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 27 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. **DOU**, Brasília, edição 104, 02 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. **Jusbrasil**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/60651311/dou-secao-1-22-10-2013-pg-51>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília : Ed. Ministério da Saúde, 2011a. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. **Controle do câncer do colo uterino**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_uterio.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3569-3578, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63017302032.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

CASIMIRO, C. F. **Política Nacional de Humanização**: concepções presentes nos discursos dos profissionais da saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2012.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, jun./ago. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (COREN-PR). Comissão de Legislação e Pareceres. **Parecer n.º 006/2014**. Assunto: Coleta de Citologia Oncótica pelo Técnico de Enfermagem. Aprovado na 539ª Reunião Ordinária de Plenário do Coren-PR de 21 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://pr.corens.portalcofen.gov.br/legislacao?busca=&tipo=29&ano=>>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

CORRÊA, Á. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto, 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Curitiba é primeira do país na redução de mortes por câncer de útero**. 30 nov. 2012. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-e-primeira-do-pais-na-reducao-de-mortes-por-cancer-de-uterio/28007>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Viva mulher**: preventivo de câncer. Curitiba, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mulher-curitibana-prog/viva-mulher.>>> Acesso em: 30 jul. 2014.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Journal of the Health Sciences Institute**, Mirandópolis, v. 30, n. 1, p.37-40, 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p37-40.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2014.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

FRANCO, F. A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 157-162, jan./mar. 2012.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática de libertação: uma introdução ao pensamento de Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144–149, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014, incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/recursos/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, Atualizado em 30-12-2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio>. Acesso em: 28 dez. 2015.

JORGE, R. J. B. et al. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2443-2451, 2011.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, jul./ago. 2013.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2015.

LOPES, G. V. D. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140014>>. Acesso em: 28 nov. 2014

LUZ, A. R. et al. Acolhimento: uma reflexão sobre o conceito e a realidade. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 353-365, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/426/pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

MALTA, D. C.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 21-34, 2000.

MANDÚ, E. N. T. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 10, n. 1/2, p. 57-70, abr./out. 1997.

MARQUES-FERREIRA, M. L.; BARREIRA-PENQUES, R. M.; SANCHES-MARIN, M. J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 216-225, 2014.

MARTY, I. K.; FAORO, N. T. Gestão por Resultados em Curitiba: POA, IDQ e Contrato de Gestão. In: MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção as condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da

Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013. p. 116-123. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/wpcontent/uploads/2013/11/Modelo_Atencao_Curitiba.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

NERY, S. R. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1411-1419, 2009.

NUNES, R. C. T. **Contribuições da equipe de enfermagem na construção do vínculo familiar com o recém-nascido**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n. 2, p. 749-762, 2008.

OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. C. F. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2014.

OMISTE, A. S.; LÓPEZ, M. D. C.; RAMIREZ, J. Formação de grupos populares: uma proposta educativa. In: CANDAU, V. M.; SACAVINO, S. (Org.). **Educar em direitos humanos: construir democracia**. Rio de Janeiro : DP&A, 2000.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 14-40.

PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PRADO, M. L. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, jan./mar. 2012.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. S.; SILVA, R. M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame de Papanicolaou. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 113-118, 2001.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 306-313, abr./jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a13>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

SOUZA, E. C. F. 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, Sup. 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

WALL, M. L. **Metodologia da assistência**: um elo entre a enfermeira e a mulher. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

WERNECK VIANA, M. L. T. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, A. L.; ELIAS, P.; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 5.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

APÊNDICE A - ESTUDO DE CASO UTILIZADO NA PRIMEIRA OFICINA EDUCATIVA

L. E. V. 27 anos, casada, costureira, mãe de três filhos, um filho com 8 anos, outro com 5 e uma menina com 2 anos. Nasceu em uma cidade típica do interior paranaense, vinda de uma família humilde. Devido à sua atividade profissional, sentia dores nas costas, mas também havia presença de sangramento vaginal em pequena quantidade, principalmente após as relações sexuais. Procurou a Unidade de Saúde próxima da sua casa para atendimento médico. Porém, disseram a ela que era necessário chegar bem cedo, antes das seis horas da manhã para talvez conseguir consulta, uma vez que também não era certeza da consulta. Naquele horário, 17h, não conseguiria de maneira alguma o atendimento. Ela tentou explicar que não teve condições de chegar mais cedo por conta do trabalho, e se não teria como deixar marcada uma consulta, mas não houve jeito. Voltou para casa, mas antes passou pela farmácia e tentou comprar um medicamento para ao menos, aliviar suas dores. Sem sucesso. O rapaz que a atendeu até falou que tinha um relaxante muscular, porém ao saber do preço, desistiu. Melhor suportar a dor, pois, caso comprasse o medicamento, faltaria dinheiro para as despesas de casa.

Voltou à Unidade de Saúde dois dias depois, às 5h15 da manhã. A Unidade abriu às 7h e ela foi a quinta pessoa a pegar a senha para atendimento naquele dia. A funcionária que estava na recepção informou que ela passaria primeiro por uma avaliação da enfermagem para só então saber se seria atendida por um médico naquele dia. Aguardou mais cinquenta minutos e ouvir seu nome sendo chamado por uma funcionária que estava numa sala em cuja porta estava escrito "Avaliação de Enfermagem". Entrou, a auxiliar de enfermagem perguntou o que ela queria. Ao iniciar seu relato, foi interrompida pela mesma que perguntou se ela sabia sua altura, ao que ela respondeu que era 1,65 cm. A funcionária quis saber sobre seu peso e ela disse não ter certeza, pois fazia um certo tempo que não se pesava. Como havia uma balança num canto da sala, acreditou que a funcionária iria pesá-la. Mas ao contrário, a auxiliar de enfermagem insistiu em saber o seu peso aproximado. Como o que ela precisava de fato era a consulta, disse um peso que pensava estar próximo do seu. A funcionária registrou no prontuário e em seguida perguntou o que ela tinha. Reiniciou seu relato, ao mesmo tempo em que a funcionária puxou seu

braço e verificou sua pressão. Ao término deste procedimento, foi informada pela funcionária que não poderia ser atendida naquele dia porque haviam muitos outros pacientes esperando e, com certeza em situação pior do que ela, pois ela já estava há uma semana sentindo dores nas costas e o sangramento vaginal devia ser de restos menstruais, e que se em todo esse tempo ela resistiu, poderia bem aguentar mais uns dias. Perguntou à funcionária se seria possível deixar agendada uma consulta, ao que a mesma respondeu que não. Disse mais, que ela tinha duas opções. A primeira seria ficar tentando todas as manhãs, até que não houvessem muitos pacientes e ela pudesse ser atendida, ou a segunda, dirigir-se à uma Unidade de Pronto Atendimento (vinte e quatro horas). A mulher saiu da Unidade e foi trabalhar. Explicou a situação à sua chefe, que orientou-a a procurar essa Unidade de Pronto Atendimento. Fez isso, mas após o horário de trabalho, pois já chegara atrasada naquela manhã. Chegando lá, foi atendida na recepção e encaminhada à avaliação de enfermagem. Após duas horas e vinte minutos foi chamada pelo funcionário do setor, que ao avaliá-la e saber de sua queixa, disse que a mesma deveria procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, pois não era uma situação de urgência. Tentou explicar que já tinha feito isso, mas o máximo que conseguiu foi ouvir que o problema deveria ser resolvido junto à Unidade de Saúde e que ele não poderia fazer nada. Novamente, foi para casa com seu problema sem solução.

Cinco dias depois, recebeu a visita de uma Agente Comunitário de Saúde, que veio falar sobre a atualização de seu cadastro e de sua família na Unidade de Saúde, explicou que precisava manter os cadastros de moradores atualizados. L. E. V. perguntou, então, para que servia manter o cadastro atualizado e ela explicou que era importante para o caso de necessidade de consulta na Unidade. Contou então, à Agente Comunitária todo o seu problema e a longa trajetória, sem conseguir resolver seu problema. Recebeu como resposta da funcionária, a garantia de que a mesma levaria a situação à enfermeira e que, em seguida traria uma resposta. Em quatro dias lá estava a funcionária de volta à residência. Após conversar com a enfermeira, a mesma orientou que era importante realizar uma coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero e que todos os dias no final da manhã, eram realizadas as coletas. Como era em um horário complicado para L. E. V., a Agente Comunitária disse que a mesma poderia coletar no sábado. Explicou que, apesar de ter coleta todos os dias, como muitas mulheres trabalham durante a semana, uma vez por

mês era realizada uma campanha de coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero na Unidade de Saúde, e que a próxima aconteceria dali a três sábados e que nem seria necessário agendar. L. E. V. esperou até chegar o dia da coleta. Seus sintomas continuavam, mas não tinha muito o que fazer, além de esperar.

No sábado, bem cedo, dirigiu-se à Unidade de Saúde e não demorou muito para ser atendida pela enfermeira que, após a coleta informou-lhe que o resultado chegaria em até quarenta dias. Disse que tinha um pequeno sangramento, mas que não se preocupasse, pois deveria ser por causa da coleta que machucou um pouquinho. L. E. V. foi para casa e, dez dias após foi chamada pela enfermeira para comparecer em consulta médica na Unidade de Saúde. Quem trouxe a notícia foi a mesma Agente Comunitário de Saúde que viera anteriormente atualizar os cadastros. Mas ela disse para que não se preocupasse, que não deveria ser nada sério.

Desta vez, não precisou chegar de madrugada e nem passar pela avaliação de enfermagem. Sua consulta estava agendada. O médico a chamou quinze minutos após chegar na Unidade de Saúde e, como um golpe, informou-a de que estava com um tumor no útero e em estado bastante avançado. O médico imediatamente a encaminhou a um serviço de referência para os devidos procedimentos no tratamento de sua doença.

L. E.V., em segundos que pareceram horas, viu passar em sua mente, como se fosse um filme, cada investida feita na tentativa de ser atendida e ter seu problema resolvido e, agora que estava confirmada sua doença, seu atendimento era muito rápido.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA EM SERES HUMANOS

Você que é Profissional de Saúde, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado "Acolhimento às usuárias de uma Unidade Básica de Saúde: contribuições da enfermagem", que tem como objetivo construir coletivamente com a equipe de enfermagem estratégias de aplicação das diretrizes de acolhimento às usuárias das ações direcionadas à Saúde da Mulher de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família, ou seja participar de oficinas educativas.

Estas oficinas serão realizadas a cada quinze dias, conforme possibilidade da equipe de profissionais de saúde, e necessidade para que os objetivos deste estudo sejam alcançados. Estas oficinas acontecerão em datas pré-definidas, durante o horário de trabalho, com liberação previa da chefia e nas instalações da própria Instituição, com duração de aproximadamente duas horas.

O possível risco e prejuízo poderá ser o constrangimento ao participar de dinâmicas e atividades, não havendo necessidade de ressarcimento. Porém se alguma atividade trazer qualquer sentimento de mal estar, você poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessária somente manifestação verbal de sua desistência à pesquisadora, sem que isso lhe cause qualquer penalidade. A sua participação não interromperá em nada a forma de seu vínculo profissional com esta Instituição

As pesquisadoras Benedita Almeida dos Santos e Marilene Loewen Wall, Prof^a. Dr^a. da Universidade Federal do Paraná – email: wall@ufpr.br; tel: (41) 96157260, responsável por este estudo poderão ser contatadas para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Para obter informações de aspecto legal você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HC, pelo telefone 3360-1041.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo. As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minha profissão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa)

Curitiba, ____/____/____

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Responsável

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

APÊNDICE C - PERGUNTAS QUE NORTEARAM A DISCUSSÃO NA PRIMEIRA OFICINA

1. Em sua opinião, que fatores competiram para que a história de L. E. V. tivesse esse final?
2. Você acha que algo poderia ter sido diferente? O que? Por que?
3. Você conhece outras histórias e mulheres que terminaram de forma semelhante?
4. Quais as consequências desta história na vida pessoal, familiar e profissional de L. E.V?
5. Você acredita que essa história pode ter se passado em nossa Unidade de Saúde?

APÊNDICE D - SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS FUNCIONÁRIOS

1. Reconhecimento das metas (apropriação das metas e fluxos da US);
2. procurar qualificação e atualização;
3. procurar ouvir o usuário sempre em um local privativo;
4. ter consciência da importância do seu papel, diante do problema apresentado pelo usuário;
5. procurar estar sempre atualizado em relação às diversas patologias;
6. usar de sensibilidade para atender o usuário;
7. lembrar de sua vocação;
8. comprometimento com o paciente;
9. ter e oferecer mais segurança no atendimento;
10. oferecer um acolhimento mais humanizado;
11. procurar formas de ser mais resolutivo;
12. perceber as peculiaridades de cada situação trazida pelo usuário;
13. conhecer todos os recursos disponíveis para o atendimento das solicitações dos usuários;
14. criar vínculos com os usuários;
15. utilizar todos os recursos para criar e fortalecer vínculos com o usuário;
15. utilizar todos os recursos existentes para o encaminhamento e solução do problema apresentado pelo usuário;
16. diminuir o isolamento/afastamento da necessidade apresentada pelo usuário;
17. melhorar a capacidade de escuta ativa da queixa do usuário;
18. procurar se colocar no lugar do outro e não banalizar o sofrimento alheio;
19. criar um vínculo tal com o usuário que o sensibilize de que a Unidade de Saúde é o primeiro e principal meio para o cuidado à sua saúde;
20. empenho individual para criar um clima de harmonia no ambiente de trabalho, com reflexo direto nas relações profissionais;
21. uma maior organização no sistema de chamamento por senhas, para evitar que o usuário fique perdido, sem saber que senha pegar;
22. acolhimento direcionado por área, a fim de aumentar o vínculo entre usuário e equipe. Além de respeitar um dos princípios do ESF, o paciente não precisaria expor seu problema, sua história a cada ingresso na Unidade de Saúde;

23. busca ativa dos faltosos em diversos programas ou atividades ofertadas pela Unidade de Saúde, como nas coletas de exames citopatológicos, com base nos relatórios e prontuários;
24. criação de grupos de convivência, para aumentar vínculo entre equipes e usuários. Trataríamos também da atenção primária que é um dos nossos focos;
25. procurar se capacitar através de cursos, oficinas e treinamentos para oferecer um acolhimento de qualidade;
26. sensibilidade e visão ampliada ao conhecimento, fazendo com que o usuário sinta-se à vontade podendo falar sobre seu problema;
27. procurar ser mais resolutivo para resolver satisfatoriamente à queixa do usuário;
28. Colocar-se no lugar do outro;
29. procurar sempre apoiar um colega de trabalho que não tenha tanto conhecimento;
30. praticar o acolhimento por equipe, auxiliando o enfermeiro a atender os pacientes de sua área;
31. procurar aprender a trabalhar com a equipe multidisciplinar;
32. melhorar o fluxo de atendimento/encaminhamento na recepção;
33. ter compromisso com o paciente;
34. procurar ser mais resolutivo;
35. procurar cumprir o Estatuto do Servidor;
36. evitar discussões com colegas ou pacientes na recepção;
37. realizar sala de espera com frequência para orientações sobre o fluxo da Unidade de Saúde;
38. utilização de crachá por todos os servidores, facilitando sua identificação pela comunidade;
39. solicitar à chefia imediata que ofereça/promova momentos/encontros, em horários de reunião, para trabalhar dinâmicas sobre acolhimento.

APÊNDICE E - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 1

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
Observação da realidade	<p>Introdução do tema;</p> <p>Identificar a percepção dos funcionários sobre fatores que contribuíram para que a estória tivesse o desfecho ocorrido;</p> <p>Identificar a percepção dos funcionários sobre o que poderia ter sido diferente;</p> <p>Identificar o conhecimento sobre outros casos semelhantes;</p> <p>Identificar a percepção sobre as consequências da doença para a mulher;</p> <p>Identificar a percepção dos funcionários sobre o tipo de acolhimento a mulher receberia em nossa Unidade de Saúde;</p> <p>Fechamento da primeira oficina.</p>	<p>Leitura de um estudo de caso, retratando a estória de uma mulher que encontrou muitas barreiras para o atendimento em uma Unidade de Saúde e acabou por desenvolver câncer de colo de útero;</p> <p>Perguntar à equipe: " Em sua opinião, que fatores competiram para que a estória tivesse esse final?"</p> <p>Perguntar à equipe: " Você acha que algo poderia ter sido diferente? O que? Por que?"</p> <p>Perguntar à equipe: " Você conhece outras histórias de mulheres que terminaram de forma semelhante?"</p> <p>Perguntar à equipe: " Quais as consequências desta história na vida pessoal, familiar e profissional desta mulher?"</p> <p>Perguntar à equipe: " Você acredita que essa estória pode ter se passado em nossa Unidade de Saúde?"</p> <p>Anotação das palavras destacadas em flip chart, para visualização pelos funcionários.</p> <p>Discurso resgatando pontos relevantes da estória vivenciada.</p>	<p>Sensibilização da equipe para as dificuldades encontradas pela usuária ao procurar a Unidade de Saúde para solução de suas necessidades;</p> <p>Conhecimento da percepção dos funcionários sobre o contexto em que a estória se deu e as atitudes que julgam corretas ou incorretas.</p> <p>Eleição de palavras chaves para desencadear a próxima oficina.</p> <p>Confraternizar criando uma expectativa positiva em relação à próxima oficina.</p>

APÊNDICE F - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 2

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p>Levantamento dos pontos chaves - qual é o acolhimento praticado</p> <p>Objetivo: identificação de tópicos para teorização</p>	<p>Resgatar a primeira oficina, destacando os pontos mais importantes citados pelos próprios funcionários naquela oficina;</p> <p>Ressaltar as dificuldades sofridas pela mulher afetada pela doença;</p> <p>Identificar pontos a serem trabalhados para melhorar o acolhimento.</p> <p>Fechamento da segunda oficina.</p>	<p>Solicitar que os participantes falem um pouco sobre a oficina anterior;</p> <p>Fixar aos poucos no painel, as observações dos próprios funcionários sobre as consequências sociais, profissionais e familiares;</p> <p>Dividir o grande grupo em grupos menores a fim de debaterem o acolhimento praticado na Unidade de Saúde, pontuando suas fragilidades e potencialidades.</p> <p>Resgatar as questões envolvidas nesta oficina.</p>	<p>Permitir uma retomada da oficina anterior e da estória trabalhada, além das conclusões obtidas.</p> <p>Conduzir à uma reflexão coletiva sobre o contexto vivenciado por esta mulher;</p> <p>Descrever o acolhimento realizado na Unidade de Saúde;</p> <p>Identificar os conteúdos para a teorização.</p> <p>Criar uma expectativa positiva em relação à próxima oficina;</p> <p>Confraternização.</p>

APÊNDICE G - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 3

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p>Levantamento dos pontos-chaves - qual é o acolhimento praticado?</p> <p>Objetivo: identificação de tópicos para teorização</p>	<p>Promover a apresentação das discussões em grupo, realizadas na segunda oficina;</p> <p>Resgatar a oficina anterior do ponto em que foi interrompida;</p> <p>Identificar pontos a serem trabalhados para melhorar o acolhimento.</p> <p>Fechamento da terceira oficina.</p>	<p>Solicitar que os participantes falem um pouco sobre a oficina anterior, focando nas discussões;</p> <p>Apresentar a discussão em grupo sobre o acolhimento praticado na Unidade de Saúde, pontuando suas fragilidades e potencialidades.</p> <p>Resgatar as questões envolvidas nesta oficina.</p>	<p>Posicionamento de cada grupo sobre o conteúdo discutido e conclusões obtidas na oficina anterior</p> <p>Descrição do acolhimento realizado na Unidade de Saúde;</p> <p>Conteúdos para a teorização.</p> <p>Confraternizar para uma expectativa positiva em relação à próxima oficina;</p>

APÊNDICE H - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 4

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p>Teorização</p> <p>Objetivo: Estimular o grupo a pesquisar/estudar sobre o tema acolhimento</p>	<p>Breve resgate da oficina anterior;</p> <p>Aproximação teórica com o tema acolhimento;</p> <p>Apresentação ao grupo dos resultados das discussões.</p> <p>Fechamento da quarta oficina.</p>	<p>Solicitar que os participantes falem um pouco sobre a oficina anterior, focando no resultado das discussões;</p> <p>Dividir o grupo em duplas e distribuir artigos sobre o tema acolhimento. Dois artigos para cada sub grupo;</p> <p>Solicitar que cada sub grupo destaque, por escrito, os pontos mais importantes trazidos pelo artigo.</p> <p>Entrega do material produzido, com fixação em cartaz de frases significativas.</p> <p>Resgatar as questões envolvidas nesta oficina, cujas atividades terão continuidade.</p>	<p>Condução dos participantes ao resultado obtido na oficina anterior, a fim de garantir os resultados da oficina atual;</p> <p>Aproximação dos profissionais ao tema acolhimento;</p> <p>Discussão pelos profissionais sobre os conteúdos de cada artigo;</p> <p>Aprofundamento do conteúdo estudado.</p> <p>Confraternizar para uma expectativa positiva em relação à próxima oficina.</p>

APÊNDICE I - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 5

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p>Teorização</p> <p>Objetivo: Estimular o grupo a pesquisar/estudar sobre o tema acolhimento</p>	<p>Breve resgate da oficina anterior;</p> <p>Apresentação de cada dupla ao grupo maior sobre as percepções resultantes da leitura do artigo sobre acolhimento;</p> <p>Introduzir o tema Política Nacional de Humanização, enquanto protocolo.</p> <p>Fechamento da quinta oficina.</p>	<p>Solicitar que os participantes falem um pouco sobre o desenvolvimento da oficina anterior;</p> <p>Solicitar que cada dupla discorra sobre os pontos mais importantes trazidos pelo artigo.</p> <p>Fixação em painel do material produzido, por meio de frases significativas para a dupla.</p> <p>Resgatar as questões envolvidas nesta oficina, cujas atividades terão continuidade.</p> <p>Introduzir o tema acolhimento como o protocolo.</p>	<p>Condução dos participantes aos momentos vivenciados na oficina anterior;</p> <p>Identificação pelos profissionais do tipo de acolhimento realizado na cidade foco da pesquisa contida no artigo;</p> <p>Apropriação do tema acolhimento pelos funcionários;</p> <p>Conhecimento por parte dos funcionários das normas para um acolhimento adequado.</p> <p>Confraternizar para uma expectativa positiva em relação à próxima oficina.</p>

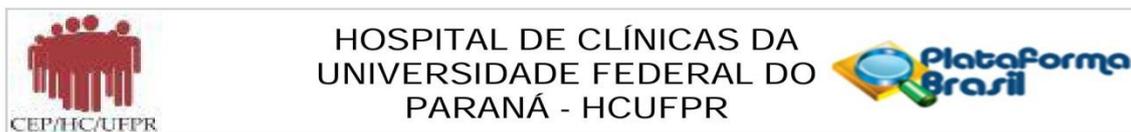
APÊNDICE J - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUEREZ - OFICINA 6

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p>Hipóteses de solução</p> <p>Objetivo: Estimular o grupo a apresentar sugestões de estratégia para a melhoria do acolhimento</p>	<p>Acolhimento dos funcionários no Espaço Saúde;</p>	<p>Solicitar que cada um, ao chegar, dirija-se à mesa onde encontra-se a pasta e coloque sua folha com os registros das sugestões dentro da mesma, sem que seja possível identificar o funcionário;</p>	<p>Garantia de anonimato e privacidade de cada funcionário, sem prejuízo das suas sugestões.</p>
	<p>Breve resgate da oficina anterior;</p>	<p>Solicitar que os participantes falem um pouco sobre o desenvolvimento da oficina anterior;</p>	<p>Condução dos participantes aos momentos vivenciados na oficina anterior;</p>
	<p>Tornar público os resultados obtidos a partir das sugestões apresentadas pelos funcionários;</p>	<p>Leitura, pela entrevistadora, de cada sugestão apresentada pelos funcionários, sem identificá-los;</p>	<p>Conhecimento por parte dos funcionários das sugestões por eles apresentadas para melhorias do acolhimento praticado na Unidade de Saúde;</p>
	<p>Esclarecer aos funcionários sobre a conclusão das oficinas;</p> <p>Fechamento da sexta oficina.</p>	<p>Explicar como será concluído este trabalho;</p> <p>Agradecer a presença, participação e colaboração de cada funcionário nas oficinas, convidando a todos para a confraternização.</p>	<p>Apropriação, por parte dos funcionários, da sequência e encaminhamento a ser dado às sugestões apresentadas;</p> <p>Conscientização da importância da participação de cada um e de todos não somente nas oficinas, como também nas decisões e sugestões sobre o acolhimento praticado na Unidade de Saúde.</p>

APÊNDICE K - OPERACIONALIZAÇÃO DAS OFICINAS UTILIZANDO O ARCO DE MAGUERZ - OFICINA 7

ETAPA	ATIVIDADE	TÉCNICA	PRODUTO ESPERADO
<p>Hipóteses de solução/Aplicação à realidade</p> <p>Objetivo: Validar as sugestões apresentadas pelo grupo junto ao próprio grupo</p>	<p>Acolhimento dos funcionários no Espaço Saúde;</p> <p>Breve resgate dos objetivos da sequência das oficinas;</p> <p>Tornar públicas as categorias e o processo por meio do qual chegou-se a elas;</p> <p>Abrir espaço para que os funcionários se manifestem sobre os resultados apresentados.</p> <p>Propor aplicação à realidade das estratégias elencadas dentro de cada categoria.</p> <p>Fechamento da sétima oficina.</p>	<p>Entregar a cada funcionário, ao adentrar ao Espaço Saúde, duas folhas. Uma com todas as sugestões apresentadas e uma outra com o agrupamento (por semelhança de falas) das sugestões apresentadas.</p> <p>Expor brevemente, com a ajuda dos funcionários, os objetivos iniciais.</p> <p>Leitura, pela entrevistadora, de cada categoria e as falas dos funcionários, que culminaram na categorização, sem identificá-los;</p> <p>Solicitar que os funcionários perguntem ou comentem sobre os resultados.</p> <p>Solicitar aos funcionários que ajudem a selecionar quais estratégias seriam passíveis de execução neste momento.</p> <p>Agradecer a presença, participação e colaboração de cada funcionário nas oficinas, convidando a todos para a confraternização.</p>	<p>Reconhecimento, por cada funcionário, de suas sugestões foram consideradas.</p> <p>Condução dos participantes aos momentos vivenciados nas oficinas anterior.</p> <p>Conhecimento por parte dos funcionários das categorias resultantes das falas.</p> <p>Validação pelos funcionários dos resultados;</p> <p>Estimular a aplicação das estratégias para aplicação das diretrizes de acolhimento ao usuários da Unidade de Saúde.</p> <p>Confraternizar criando uma boa expectativa em relação à aplicação da realidade.</p>

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM EM PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33623514.8.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 784.675

Data da Relatoria: 18/08/2014

Apresentação do Projeto:

Ver parecer substanciado CEP/HC/UFPR nº 737578 de 28/07/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Ver parecer substanciado CEP/HC/UFPR nº 737578 de 28/07/2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer substanciado CEP/HC/UFPR nº 737578 de 28/07/2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer substanciado CEP/HC/UFPR nº 737578 de 28/07/2014. Pendências do projeto de pesquisa solucionadas pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver parecer substanciado CEP/HC/UFPR nº 737578. Devido à impossibilidade de apresentação de carta de concordância das unidades uma vez que os contatos ainda serão feitos, este CEP aceita a carta de de autorização do diretor do HC. O pesquisador fica responsável em anexar as autorizações conforme a execução do projeto.

Recomendações:

TCLE deve ser único, uma vez que os procedimentos (oficinas e entrevistas) fazem parte do mesmo projeto de pesquisa. Compilar os dados da coleta completa e apresentá-los em apenas um

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

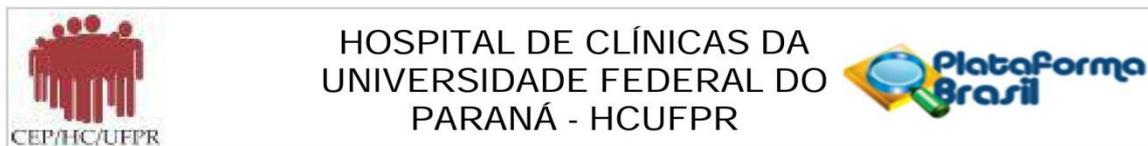
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR

Continuação do Parecer: 784.675

documento.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas adequadamente, projeto considerado aprovado. Recomenda-se ao pesquisador rever o item acima.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

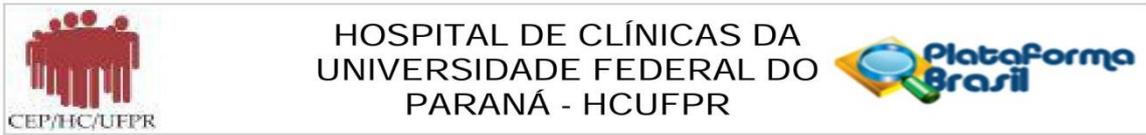
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 784.675

CURITIBA, 09 de Setembro de 2014

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Prot. 69/2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



PARECER DO COLEGIADO

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM EM PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33623514.8.3001.0101

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 895.833

Data da Relatoria: 15/10/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme Projeto e Parecer de Ética do HC/UFPR.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme Projeto de Pesquisa o HC/UFPR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme Projeto e Parecer de Ética o HC/UFPR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto ampliado composto por 9 objetivos específicos em que a pesquisadora esclarece que serão desenvolvidos em diferentes momentos.

Para fins deste parecer, a pesquisadora mantém o mesmo título do projeto ampliado e solicita análise de viabilidade apenas para realizar o objetivo 9 – “Construir coletivamente com a equipe de enfermagem, estratégias de aplicação das diretrizes de acolhimento às usuárias das ações direcionadas a Saúde da Mulher de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família”.

Para tanto, propõe realizar pesquisa de campo, do tipo qualitativo, descritivo, ancorada no Método do Arco de Charles Maguerez. Para atingir o objetivo proposto serão realizadas em torno de cinco oficinas com profissionais de enfermagem da Unidade de Saúde Jardim Paranaense, com duração

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 895.833

de 2 horas, sempre as quartas-feiras com intervalos quinzenais. Será ocupado um espaço da reunião de equipe que já ocorre normalmente. Participarão da pesquisa servidores da equipe de enfermagem que concordarem em participar da pesquisa.

Este projeto de pesquisa tem parecer de viabilidade positivo na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, entretanto recomenda-se realizar estas considerações para o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – HCUFPR - instituição de ensino que emitiu o parecer de Ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem considerações.

Recomendações:

Recomenda-se realizar as considerações acima para o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – HCUFPR - instituição de ensino que emitiu o parecer de Ética, bem como enviar os demais subprojetos para apreciação do Comitê de Ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem considerações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:

SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br