ARTIGO ORIGINAL

ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA PARA ADESÃO AO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO UTERINO

Carla de Oliveira da Costa[a]
Cesar Francisco Silva da Costa[b]
Helena Heidtmann Vaaghetti[c]

Resumo

Estudo de natureza exploratório-descritiva, comparando o número de mulheres atendidas em consultas de enfermagem com a realização de exame citopatológico de colo uterino, entre os anos de 2002 e 2007, para averiguar se houve alterações numéricas após a implantação da assistência com a ação técnico-assistencial de acolhimento. Foi utilizado método quantitativo para análise dos dados coletados do livro de registro dos exames citopatológicos realizados em uma Unidade Básica de Saúde, no município do Rio Grande (RS). Como resultado, identificou-se a ocorrência, entre 2005 e 2006, de uma elevação no quantitativo de consultas, passando de 240 para 373 (64,3%). Este fato repetiu-se entre 2006 e 2007, passando de 373 para 442 (84,4%). Houve também um aumento no número de novas mulheres atendidas, passando de 159, em 2005, para 260, em 2006, e 320, em 2007, correspondendo a um aumento de 49,7% de 2005 para 2007. É possível verificar o êxito alcançado, ficando como expectativa que medidas como as adotadas e relatadas neste estudo possam servir de incentivo ou subsídio para tomada de decisão quanto à assistência com a ação técnico-assistencial de acolhimento.

Palavras-chave: Acolhimento. Centros de Saúde. Prevenção de câncer de colo uterino. Enfermagem.

---

[a] *Enfermeira. Especialista em Equipes Gestoras de Serviços e Sistema de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande (RS).*

[b] *Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (FURG). Professor Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES).*

[c] *Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES). vaghetti@vetorial.net*

Endereço para correspondência*: Rua Barão de Cotegipe, nº. 492, aptº 201, Rio Grande, Rio Grande do Sul. CEP: 96200-290 hspcesar@furg.br*

SERVICE HOSTING IN NURSERY WORKING PROCESS: A STRATEGY TO ENHANCE ADHERENCE TO CERVICAL CANCER CONTROL

Abstract

Descriptive study, comparing the number of women taken care of in nursing consultations, with the accomplishment of cytopathologic cervix examination, between the years of 2002 and 2007, to inquire if there was a numerical alteration after the implantation of the technical-assistance action of embracement. A quantitative method was used for analysis of the data collected from the registry book of the cytopathologic examinations carried through in the Basic Unit of Health, located in the city of Rio Grande/RS. As result, it was identified that, between 2005 and 2006, there was a quantitative rise of consultations, rising from 240 to 373 (64.3%). Happening again between 2006 and 2007, turning from 373 to 442 (84.4%). It also had an increase in the number of new women who had been taken care of, passing from 159, in 2005, to 260, in 2006, and 320, in 2007, corresponding to an increase of 49.7% from 2005 to 2007. It's possible to verify the reached success, still expecting that measures as the ones followed and mentioned in this study can be used as incitement or subsidy to make a decision about the assistance with technical-assistance action of embracement.

Key words: User embracement. Health centers. Cervix neoplasms prevention. Nursing.

ACOGIDA EN EL PROCESO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA: ESTRATEGIA PARA LA ADHESIÓN AL CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Resumen

Estudio de naturaleza exploratorio-descriptivo, comparando el número de mujeres atendidas en consultas de enfermería con examen citopatológico de cuello de útero, entre los años 2002 y 2007, para determinar si hubo cambios numéricos después de la implementación de la asistencia con acción técnica de cuidado de acogida. Se utilizó un método cuantitativo para analizar los datos recogidos en el libro de registro exámenes citopatológicos realizados en una Unidad Básica de Salud en el municipio de Rio Grande (RS). Como resultado, se constató que entre 2005 y 2006, hubo un aumento en la cantidad de consultas, de 240 para 373 (64,3%). Este hecho se repitió entre 2006 y 2007, de 373 para 442 (84,4%). También hubo un aumento en el número de nuevas mujeres atendidas, de 159 en 2005 para 260 en 2006 y 320 en 2007, lo que representa un aumento de 49,7% entre 2005 y 2007. Fue posible comprobar el éxito alcanzado, queda la expectativa que las medidas adoptadas en este estudio pueda servir como un incentivo o una ayuda para tomar una decisión sobre las medidas de acciones de técnicas de cuidado para la acogida.

Palabras-clave: Acogida. Centros de Salud. Prevención del cáncer de cuello uterino. Enfermera.

INTRODUÇÃO

O trabalho da enfermagem organiza-se em três dimensões complementares, que se configuram em ações voltadas ao cuidado, à educação em saúde e ao gerenciamento da equipe de enfermagem ou dos serviços de saúde. Neste processo está incluída a Consulta de Enfermagem (CE), em que o enfermeiro, utilizando método científico, identifica situações de saúde/doença, prescreve e implementa medidas de Enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. Para tal, o profissional utiliza como instrumentos de trabalho o Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), o Exame Físico e o Diagnóstico de Enfermagem. Na operacionalização da CE também são levados em conta os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde.[1]

Assim sendo, observa-se que a resolutividade, enquanto parte do acolhimento, é também parte da CE, o que a aproxima fortemente da Política Nacional de Humanização (PNH). Isto se torna mais importante e mais contundente, quando se trata da CE destinada ao controle do câncer de útero, uma vez que os enfermeiros devem desenvolver mecanismos para auxiliar as mulheres que procuram os serviços de prevenção a superar o preconceito e o medo na realização dos exames e a dificuldade de acesso aos serviços.

É sobre o acolhimento nestas CE que trata este estudo, o qual tem por objetivo averiguar a incidência do aumento da procura de mulheres a um serviço de prevenção, após a introdução da CE, nos moldes daquilo que preconiza o Ministério da Saúde (MS) sobre o acolhimento e a humanização.

CONSULTA DE ENFERMAGEM E AÇÕES GOVERNAMENTAIS QUANTO À SAÚDE DA MULHER: BREVE RELATO RETROSPECTIVO

A CE vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública desde a década de 60 do século XX. Entretanto, somente foi regulamentada e legitimada como privativa do enfermeiro pela Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406/87. A Resolução COFEN-159/93 tornou obrigatório o desenvolvimento da CE na Assistência de Enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada.[1]

Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas doenças sexualmente transmissíveis (DST), no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas com base no perfil populacional das mulheres.[2]

No ano de 1998, o MS também lançou o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher, objetivando reduzir a mortalidade e as consequências psicossociais dessas doenças para as mulheres brasileiras. Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, baseada no quadro sobre a situação de saúde das mulheres no Brasil e em consonância com a nova política de saúde sobre a atenção integral à saúde do SUS.[2]

Em 2008, o MS, considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, instituem nova orientação para o processo de gestão do SUS, estabeleceu prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, tendo 11 prioridades quanto ao monitoramento e à avaliação do Pacto pela Saúde. Entre elas está o controle do câncer de colo de útero e de mama, que tem como meta a cobertura de 80% das mulheres por meio do exame preventivo do câncer do colo de útero.[3]

A principal estratégia utilizada para detecção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino é a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, mas embora já seja realizado há várias décadas, no Brasil, a doença ainda é um problema de saúde pública, sendo estimada uma incidência de 19 mil casos novos a cada 100.000 mulheres no ano de 2008.[4]

Desta maneira, é vital que os serviços de saúde, por meio dos profissionais de saúde, tracem estratégias de orientação sobre a importância do exame preventivo, pois é sabido que sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco.

A Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta, como uma de suas diretrizes, o acolhimento.[5] Este é o ato ou efeito de acolher e expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão. Para que o acolhimento seja concretizado, é imperioso que haja um atendimento com resolutividade e responsabilização, que inclua ações voltadas à orientação do paciente e da família quanto à disponibilidade de serviços de saúde para a continuidade da assistência e às articulações com esses serviços. No entanto, é possível perceber que existem lacunas nos modelos de atenção e gestão, no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.[6]

Assim, a PNH é a proposta para enfrentar os desafios do SUS referentes às mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde,[5] fato que, para alguns autores, impõe a necessidade de revisar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas.[7] Desta forma, a humanização depende da ênfase em valores ligados à defesa da vida, como a reforma da atenção, facilitando e construindo os vínculos entre equipes e usuários.[8]

A Consulta de Enfermagem pode ser um canal por meio do qual se processa o acolhimento, pois o desempenho profissional é avaliado pelo usuário mediante o interesse

demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e nas orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas.[9]

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi conduzido na Unidade Básica de Saúde (UBS) situada no Bairro Getúlio Vargas, no município do Rio Grande (RS), e conta, em sua equipe de enfermagem, com duas enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem, proporcionando consultas de enfermagem a aproximadamente 400 mulheres entre 20 e 49 anos de sua região adstrita, com a realização de coletas para exame citopatológico de colo uterino.

No decorrer dos anos 2002, 2003 e 2004, foi identificado um decréscimo no número de consultas de enfermagem com exames citopatológicos nesta unidade de saúde. Em 2005, foram instaladas ações para reverter este quadro, com intensificação de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde e maior divulgação dos serviços oferecidos por aquela unidade de saúde; a partir de janeiro de 2006, a equipe de enfermagem deu início à assistência com acolhimento às mulheres que fizeram exame citopatológico de colo uterino.

Neste sentido, visando a uma avaliação deste processo, foi realizado um estudo de natureza exploratório-descritiva, utilizando como fonte de dados o livro de registro dos exames citopatológicos realizados entre os anos de 2002 a 2007, na Unidade Básica de Saúde Artur Baldez Schmidt, localizada no Bairro Getúlio Vargas, no município do Rio Grande (RS).

Foi comparado o número de mulheres atendidas no ano de 2005 com os dos anos de 2006 e 2007, no intuito de averiguar se houve alterações numéricas após a implantação da assistência às usuárias, com acolhimento, bem como o retorno dessas mulheres como uma forma de adesão, sendo esta definida como um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado.

Foram levados em consideração os fatores sociais, terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, adaptando essas condições à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida, bem como ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.[10]

Nos anos de 2002 a 2005, fez-se uma comparação entre o quantitativo de consultas de enfermagem e a realização de exames citopatológicos em mulheres usuárias dos serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde Artur Baldez Schimidt.

Logo após, foi feita uma análise referente ao quantitativo, verificando se houve aumento no número de consultas em relação aos anos de 2005, 2006 e 2007, sendo os últimos

dois anos já com o acolhimento como forma assistencial. Da mesma forma, verificou-se a ocorrência de retorno da cliente após ter feito sua consulta de enfermagem com realização de exame citopatológico (CP), no ano de 2006, primeiro ano de implantação do acolhimento, retornando no segundo ano, em 2007. O resultado serviu como um indicador utilizado para avaliar a adesão das usuárias ao serviço.

O levantamento dos dados foi feito no mês de outubro de 2008 e, logo após, foram inseridos em planilhas do aplicativo Microsoft Excel®. Posteriormente, foram realizadas as análises de tipo descritivo com frequências absolutas e relativas.

O início do processo baseou-se no pressuposto de que o acesso geográfico e o acolhimento estão relacionados, pois, a despeito de existirem serviços de saúde próximos da casa do usuário, a escolha dele é influenciada pela forma como é recebido na unidade, pela confiança na experiência dos trabalhadores, no tipo de atendimento ofertado, na capacidade e competência dos membros da equipe e na resolutividade destes serviços.[9]

No momento da consulta de enfermagem, dedicou-se especial atenção à comunicação, por ser um aspecto importante no atendimento, visto que oportuniza à enfermeira manter contato com a usuária durante a consulta, particularizando o acolhimento receptivo, informativo, integrador, o que facilita o despertar da confiança e da empatia.[11]

A demonstração de responsabilização profissional para com o estado de saúde da usuária constituiu-se em um dos elementos essenciais de um efetivo acolhimento, despertando nela um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta a assistência.[10] Foram levados em especial consideração os fatores muito bem descritos em estudo realizado em Porto Alegre (RS), que aponta o desempenho profissional como referência para avaliação pelo usuário, mediante o interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, bem como na resolutividade das condutas.[9]

Para a realização deste estudo, o acolhimento foi considerado como reformulador do processo de trabalho, capaz de pontuar problemas e oferecer soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.[12] O acolhimento também foi enfocado como fator que modifica o processo de trabalho dos profissionais que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a "equipe de acolhimento", abrindo a possibilidade para que estes profissionais lancem mão de todas as tecnologias para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários.[13]

Assim, o acolhimento configurou-se, neste estudo, como uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea. Nesse aspecto é passível de identificação a demanda reprimida, o baixo aproveitamento do potencial para assistência

dos profissionais e a deterioração da relação trabalhador-usuário. Também se seguiram alguns caminhos já adotados em outro estudo,[13] tais como: a enfermeira, além de acolher, ficou responsável pela supervisão do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, pelas orientações sobre as condutas a serem seguidas diante das queixas mais comuns dos usuários que procuravam a unidade e as atribuições de cada membro da equipe.

Cumpre assinalar que o acolhimento na Unidade Básica de Saúde foi desenvolvido com base nos eixos concebidos no referencial teórico-político do HumanizaSUS,[5] que apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde, entre os quais: a responsabilização e o vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; a implementação de sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde; e a organização do acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, buscando a adequação da capacidade resolutiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande (NEPES), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPas), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), conforme Parecer Nº 105/2008, em conformidade com a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora não seja possível afirmar-se que o aumento quantitativo do número de exames citopatológicos tenha sido exclusivamente pelo acolhimento, identificou-se, entre os anos de 2002, 2003 e 2004, que houve um decréscimo no número de consulta de enfermagem, com realização de exames citopatológicos realizados na UBS, correspondendo a uma diminuição de 47% do ano de 2002 para 2004.

Ao comparar os anos de 2005 e 2006, identifica-se uma elevação no quantitativo de exames realizados, que passou de 240 para 373 consultas de enfermagem com realização de exame citopatológico, revelando aumento de 64,3%. Esta elevação repete-se entre os anos de 2006 e 2007, passando de 373 para 442 consultas de enfermagem com realização de exame citopatológico, correspondendo a um aumento de 84,4%. O que comprova que os profissionais em saúde, como sujeitos do processo de melhorias do sistema de saúde, podem contribuir para a construção de serviços mais humanos para o cidadão.[14]

O somatório das consultas de enfermagem com realização de exame citopatológico realizadas nos quatro anos anteriores ao início da ação técnico-assistencial de acolhimento, ou

seja, entre 2002 e 2005, corresponde apenas a 635, enquanto os realizados nos anos de 2006 e 2007, período em que, na assistência prestada, foi utilizado o acolhimento, totalizaram 815, o que corresponde a um percentual de 78%.

Os resultados também apontaram um aumento gradativo no número de novas mulheres atendidas na UBS por meio da Consulta de Enfermagem com realização do exame CP, passando de 159 mulheres, no ano de 2005, para 260, em 2006, novamente aumentando para 320, no ano de 2007, o que corresponde a um aumento de 49,7% de 2005 para 2007. Neste sentido, confirma-se que a PNH, que vem sendo perseguida pelo MS, tem-se mostrado um excelente mecanismo de reversão do modelo assistencial de saúde vigente, pois é centrada na valorização da relação entre o trabalhador e o usuário.

Estes dados adquirem maior relevância quando comparados ao resultado do estudo realizado com um grupo de mulheres em uma cidade na região noroeste do estado do Paraná, no qual foi identificado que mais da metade (57,8%) das mulheres entrevistadas realizaram o CP na rede não-SUS. Os motivos alegados foram: dificuldade com os horários de agendamento e demora e/ou mau atendimento.[15]

Neste sentido, a PNH pressupõe a necessidade de valorização das subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde, sendo necessários profissionais preparados para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania, o que exige, além de conhecimentos da clínica ampliada, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial.[13-16]

Também foi possível identificar um aumento gradativo no número de mulheres que realizaram mais de uma Consulta de Enfermagem com exame CP durante o mesmo ano calendário, passando de cinco mulheres, em 2005, para oito, em 2006, e novamente aumentando para 18, no ano de 2007, o que corresponde a um aumento de 27,8% entre os anos de 2005 e 2007. Esta ação vem ao encontro dos objetivos do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, do Governo Federal, com metas para 2008-2011, em seu Eixo 2 – Atenção à Saúde, quando apresenta, entre outras, a intenção de priorizar as referentes ao controle do câncer de colo de útero e de mama, apresentando, como medidas a serem tomadas, a de melhorar o acolhimento e implantar práticas de humanização na rede SUS.[17]

Outro dado importante apurado na pesquisa é o número de mulheres que realizaram Consulta de Enfermagem com seu exame CP em anos seguidos. As mulheres que realizaram o exame, nos anos de 2005 e também 2006, foram 25, passando para 66 as que o fizeram, nos anos de 2006 e 2007, revelando um aumento de 37,9%.

Este fato pode ser traduzido como o acolhimento de parte do processo que pretende promover qualidade de vida pelo sistema de saúde pública, representando a possibilidade de ampliação do acesso dos usuários aos serviços. Deste modo, a resolutividade depende da eficácia das ações produzidas pelo trabalhador da saúde, traduzida na satisfação das expectativas da pessoa que busca este atendimento.[14]

Pode-se destacar ainda, conforme aponta estudo realizado sobre a avaliação da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família em um estado do nordeste brasileiro, que a ênfase dada pelos usuários aos aspectos humanitários da relação entre estes e os profissionais que lhes prestam atendimento, no que se refere ao acolhimento e ao respeito como determinantes da satisfação, são de extrema importância, sendo relegados ao segundo plano os aspectos técnicos e, até mesmo, os organizacionais.[18]

O acolhimento permite que o usuário fique estimulado a recorrer ao serviço, mais confiante na resolução de seus problemas, naquilo que ele espera do atendimento em saúde,[16] afastando, entre outros, o possível sentimento de vergonha, o que pode ser compreendido como necessidade de repensar a prática de enfermagem para adotar uma postura compreensiva, entendendo cada mulher como reflexo do meio em que ela vive, de sua cultura e de suas vivências.[19]

Neste sentido, as ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, na época da pesquisa, foram de vital importância para o resultado alcançado. Além disto, não se pode deixar de considerar que estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul, em 2006, destacou a importância que a apropriação pelo indivíduo dos saberes sobre saúde como risco e dano, valendo-se dos veículos de comunicação, fazem com que o sujeito seja o responsável por decisões sobre sua saúde. As autoras identificaram que as informações que as mulheres detinham sobre prevenção provieram de fontes impessoais como a televisão.[19] Acrescente-se ainda que o atendimento humanizado é aquele que ajuda a avançar num projeto de sociedade com mais saúde e favorece o fortalecimento do vínculo das usuárias com os serviços de saúde e a promoção da saúde.[20]

A pesquisa ora realizada permitiu concluir-se que foram exitosas as medidas adotadas para reverter o quadro inicial de decréscimo do número de mulheres que procuravam o serviço da UBS, para Consulta de Enfermagem com realização de exame CP.

Esta ilação baseia-se no fato de que o estudo pôde constatar a ocorrência de um aumento de 64,3% no quantitativo de exames realizados no primeiro ano e 84,4%, no segundo ano após a implantação do acolhimento. Evidencia-se também que 37,9% das mulheres atendidas retornaram para novo exame de CP, o que confirma a adesão destas

usuárias ao serviço da Unidade Básica de Saúde, podendo ser utilizado como um indicador e instrumento de avaliação no setor saúde, pois contribui para o aumento da qualidade de vida e da humanização da assistência à saúde.

O êxito alcançado não significa que o problema referente à procura por parte das mulheres pelos serviços oferecidos esteja totalmente resolvido, pois sempre haverá problemas de saúde na população; mas foi possível comprovar-se que se pode ter um projeto de sociedade mais saudável com medidas simples e apenas humanas.

Aponta-se como limitação desta pesquisa a não identificação dos motivos pelos quais as mulheres procuraram a Unidade de Saúde naquele período e não em outro, o que se sugere como tema para futuros estudos desta natureza.

As expectativas da equipe de saúde são de que medidas como as adotadas e relatadas neste estudo, associadas aos meios de divulgação, possam servir de incentivo ou subsídio para a tomada de decisão por profissionais que possam estar passando por situação semelhante à da Unidade de Saúde objeto deste estudo, e que, em um futuro próximo, seja implantada a Estratégia de Saúde da Família no bairro Getúlio Vargas, estabelecendo vínculo e possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993. Rio de Janeiro, RJ; 1993. Extraído de [http:www.portalcofen.gov.br], acesso em [1 de julho de 2009].

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília, DF; 2007.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2008. Extraído de [http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/ Portaria_325_210208.pdf], acesso em [1 de julho de 2009].

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2007. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF; 2008.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF; 2006.

6. Bellini MIB. Humanização: opção ou condição de sobrevivência na/da sociedade contemporânea. B. Saúde 2004;8(2):65-70.

7. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ci. Saúde Col. 2005;10(3):561-71.

8. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(17):389-406.

9. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul. Enferm. 2007;20(1):12-7.

10. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005;9(16):91-104.

11. Teixeira CAB, Silva RM, Rodrigues MSP, Linard AG, Diógenes MAR, Mendonça FAC. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. Rev. APS 2009;12(1):16-28.

12. Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-57.

13. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.

14. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Ci., Cuidado e Saúde 2007;6(3):351-6.

15. Domingos ACP, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de autocuidado à saúde. Ci., Cuidado e Saúde 2007;6(Suplem. 2):397-403.

16. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Ci., Cuidado e Saúde 2008;7(1):45-52.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008-2011. 2ª. ed. Brasília; 2008.

18. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. Rev. baiana Saúde Públ. 2007;31(2):256-66.

19. Thum M, Heck RM, Soares MC, Deprá AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. Ci., Cuidado e Saúde, 2008;7(4):509-16.

20. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo de útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. Rev. Latino-am. Enf. 2007;15(3):426-30.

21. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ci. Saúde Col. 2005;10(3):599-613.

Recebido em 18.10.2009 e aprovado em 25.10.2010.