

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO
DE ÚTERO: UM ESTUDO DE CASO**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Tábata Pereira Pavão

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DO
ÚTERO: UM ESTUDO DE CASO**

TÁBATA PEREIRA PAVÃO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde –
ênfase em Hematologia – Oncologia**

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosmari Hörner

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a Monografia de Pós-
Graduação

**O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DO
CÂNCER DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO: UM ESTUDO DE CASO**

elaborada por
Tábata Pereira Pavão

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde –
ênfase em Hematologia – Oncologia**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rosmari Hörner, Dr^a. (UFSM)
(Orientadora)

Denise Pasqual Schmidt, Msc. (HUSM)

Juliana Damer, Esp. (UFSM)

Santa Maria, 9 de março de 2015.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. Obrigada pelo carinho e apoio que me dedicaram em todos os momentos da minha vida.

A minha irmã pelo companheirismo e carinho por todos esses anos.

Ao meu companheiro, Fernando, pelo abraço acolhedor, a mão estendida e os conselhos nas horas de incertezas. Pelo cuidado, amizade e amor dedicados a mim em todos os dias em que estivemos juntos.

Ao Programa de Residência Multiprofissional, preceptores e tutores pela oportunidade que me deram de desempenhar a minha profissão com dignidade, respeito e humanidade.

A professora Rosmari Hörner que sempre nos incentivou em toda a nossa trajetória.

As nutricionistas do HUSM, em especial as minhas preceptoras e amigas Loriene Feiden Hoff e Taiana Saldanha, pelo acolhimento, dedicação e ensinamentos prestados a mim.

As copeiras e cozinheiras do Serviço de Nutrição pela amizade que construímos.

Aos meus pacientes que me ensinaram a cada dia sobre a fé e a vida.

As minhas colegas de residência por toda a amizade prestada, por todo conhecimento passado. Vocês enriqueceram a minha trajetória profissional nesses anos.

*“Que eu continue com vontade de viver, mesmo sabendo que a vida
é em muitos momentos, uma lição difícil de ser aprendida.
Que eu permaneça com vontade de ter grandes amigos,
mesmo sabendo que, com as voltas do mundo,
eles vão indo embora de nossas vidas.
Que eu realmente sempre a vontade de ajudar as pessoas,
mesmo sabendo que muitas delas são incapazes de ver,
sentir, entender ou utilizar essa ajuda.
Que eu mantenha meu equilíbrio,
mesmo sabendo que muitas coisas que vejo no mundo
escurecem meus olhos.
Que eu realmente a minha garra,
mesmo sabendo que a derrota e a perda são ingredientes
tão fortes quanto o sucesso e a alegria.
Que eu atenda sempre mais à minha intuição,
que sinaliza o que de mais autêntico eu possuo.
Que eu pratique mais o sentimento de justiça,
mesmo em meio à turbulência dos interesses.
Que eu manifeste amor por minha família,
mesmo sabendo que ela muitas vezes
me exige muito para manter sua harmonia.
E, acima de tudo...
Que eu lembre sempre que todos nós
fazemos parte dessa maravilhosa teia chamada vida,
criada por alguém bem superior a todos nós.
E que as grandes mudanças não ocorrem por grandes feitos
de alguns e, sim, nas pequenas parcelas cotidianas
de todos nós!”
(Chico Xavier)*

RESUMO

Monografia de Pós-Graduação
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema
Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO: UM ESTUDO DE CASO

AUTORA: TÁBATA PEREIRA PAVÃO
ORIENTADORA: ROSMARI HÖRNER

O câncer é responsável por cerca de 13% de todas as causas de óbito no mundo. Entre os cânceres mais prevalentes na mulher, encontram-se as neoplasias de mama e colo do útero. Sabe-se que o prognóstico desses tipos de câncer relaciona-se com o estágio da doença no momento do diagnóstico, uma vez que o alto índice de mortalidade está ligado ao diagnóstico tardio e em fases avançadas. Assim, assistência humanizada a esses pacientes é extremamente importante, pois envolve múltiplos aspectos biopsicossociais. Uma das estratégias da assistência humanizada é o acolhimento. O objetivo deste trabalho foi descrever a implantação do acolhimento às usuárias em consultas preventivas ou com suspeita do diagnóstico de câncer de Colo do Útero e Mama, pautado no olhar multiprofissional e provocar reflexões com os profissionais atuantes em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do País acerca da significância e continuidade dessa ação. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo, do tipo estudo de caso. O trabalho consistiu em conversas de acolhimento, realizado por três residentes de diferentes profissões, que além de abordarem a prevenção do câncer ouviram os medos, as angústias, as preocupações, dentre outras demandas, das usuárias antes da consulta ginecológica. Ao todo foram acolhidas 98 mulheres. Esta vivência serviu para engrandecer as experiências das residentes e para enfatizar que a comunicação é um canal de encontro entre pessoas onde construímos a subjetividade e produzimos mudanças nas instituições a fim de ampliar o cuidado e a atenção aos pacientes.

Palavras Chave: Políticas Públicas, Câncer de mama, Câncer de colo do útero.

ABSTRACT

Graduate thesis
Multiprofessional Residency Program Integrated in Management and Hospital Attention in
the Public Health System
Federal University of Santa Maria

THE CARE AS AN INSTRUMENT FOR BREAST AND CERVICAL CANCER PREVENTION: A CASE STUDY

**AUTHOR: TÁBATA PEREIRA PAVÃO
SUPERVISOR: ROSMARI H HÖRNER**

Cancer is responsible for about 13% of all causes of death worldwide. Among the most prevalent cancers in woman are the breast cancer and cervix. It is known that the prognosis for these cancers is related to the stage of disease at diagnosis, since the high mortality rate is linked to late diagnosis and advanced stages. Thus, humanized care to these patients is extremely important because it involves multiple biopsychosocial aspects. One of the strategies of humanized care is the host. The objective of this study was to describe the implementation of welcoming to users in preventive care or suspected diagnosis of cervical cancer and Mama, based on multidisciplinary perspectives and provoke reflections with professionals working in a Basic Health Unit in Southern Brazil about the significance and continuity that action. This is a descriptive and exploratory research, with qualitative approach of a case study. The work was to host talks, held for three residents of different professions, which in addition to addressing cancer prevention heard the fears, anxieties, concerns, among other demands, the users before the gynecologist. In all, 98 women received. This experience served to enhance the experiences of residents and to emphasize that communication is a channel of human contacts where we built the subjectivity and produce changes in institutions in order to extend the care and attention to patients.

Keywords: Public Policy, breast cancer, cervical cancer.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes comunitários de saúde

DEPE – Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão

HPV – Papilomavírus humano

INCA – Instituto Nacional de Câncer

PNH – Política Nacional de Humanização

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SNC – Serviço Nacional de Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 11 |
| 3 OBJETIVOS | 12 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 12 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO | 13 |
| 4.1 Câncer: estimativas, impactos e implicações | 13 |
| 4.2 Prevenção ao câncer..... | 14 |
| 4.2.1 Controle do câncer e a Política Nacional de Atenção Oncológica | 15 |
| 4.2.2 Controle dos cânceres de mama e do colo do útero | 16 |
| 4.3 Humanização no cuidado em oncologia | 17 |
| 4.3.1 O acolhimento nos cânceres de mama e do colo do útero | 19 |
| 5 MÉTODOS | 20 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 21 |
| 7 CONCLUSÃO | 26 |
| REFERÊNCIAS | 27 |
| APÊNDICE A | |
| ANEXO A | |

1 INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por cerca de 13% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. Dessa forma, políticas de prevenção que visam minimizar os efeitos da doença por meio de um diagnóstico precoce têm sido implantadas. Entretanto, permanece significativo o número de casos diagnosticados tardiamente, diminuindo as chances de cura. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. Considerando o câncer do colo do útero, existem aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, sendo que este é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres e é responsável pelo óbito de 274 mulheres por ano (WHO, 2008).

Por sua vez, o prognóstico do câncer está relacionado com o estágio da doença no momento do diagnóstico, uma vez que o alto índice de mortalidade está ligado ao diagnóstico tardio e em fases avançadas. Sabe-se que grande parte dos pacientes confirma o seu diagnóstico somente em fase avançada da doença. Assim, a assistência ao paciente oncológico torna-se extremamente complexa, pois envolve múltiplos aspectos físicos, sociais, psicológicos, espirituais, culturais, bem como os preconceitos e tabus já predeterminados pela sociedade, pois a palavra câncer, ainda é relacionada com a morte (COSTA et al., 2003).

Diante disso, o paciente oncológico não deve ser considerado como apenas mais um caso, e sim precisa ser visto em sua totalidade, a fim de compreendê-lo nas suas diversas relações para poder proporcioná-lo um atendimento humanizado (COSTA et al., 2003).

A assistência humanizada ao paciente com câncer e seus familiares incide no emprego de atitudes que fomentem espaços que permitam a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família; fornecer informações e esclarecer suas percepções; ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento; instrumentalizá-los para que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de autocuidado, dentro de suas possibilidades (BRASIL, 1995).

A qualidade da escuta, do diálogo e da cooperação é fator essencial para a concretização do atendimento e do trabalho humanizados. A comunicação não é apenas troca objetiva de informação e conhecimento, mas canal de encontro entre pessoas no qual, por meio da palavra, construímos subjetividade e produzimos mudanças nas instituições

(TORRALES, 2004; SILVA 2002).

Uma das estratégias do atendimento humanizado, por sua vez, é o acolhimento, o qual dentre suas várias definições, expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. O acolhimento ainda deve ser entendido como um modo de produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010).

Além disso, o acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial e não é um espaço e um local, e sim uma postura ética que não necessita de hora ou um profissional específico para realiza-lo. Implica em compartilhamento de saberes, necessidades, angústias e invenções. (BRASIL, 2013)

Diante disso, o diagnóstico precoce, bem como ações de prevenção e humanização constitui-se como um fator de extrema importância na expectativa de um processo de cura mais eficaz. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever a implantação do acolhimento aos usuários em consultas preventivas ou com suspeita do diagnóstico de câncer do Colo do Útero e Mama, destacando a necessidade de prevenção destes e pautado no olhar multiprofissional, provocando assim, reflexões com os profissionais atuantes na Unidade Básica de Saúde acerca da significância e continuidade dessa ação.

Este trabalho de conclusão de pós-graduação será apresentado em conformidade com o regimento de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e seguirá as normas de estrutura e apresentação de monografias, teses e dissertações (MDT) da UFSM (2012). Contudo, é válido salientar que esta pesquisa parte de um Projeto inicial, o qual foi posteriormente ampliado e escrito por três residentes do Programa de Residência Multiprofissional. A elaboração conjunta de Projetos de Conclusão de Pós, por pelo menos três núcleos profissionais constitui exigência apresentada como estrutura regimentar do próprio Programa de Residência. Entende-se, desta forma, que de um mesmo Projeto de Pesquisa, três monografias foram elaboradas a partir dos três objetivos específicos apontados. Sendo assim, o referencial teórico assemelha-se na construção das monografias individuais de cada uma das residentes.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse na temática de pesquisa e intervenção surgiu mediante o acolhimento

enquanto experiência pelas residentes em uma proposta iniciada em um Hospital do Sul do País. Durante a vivência observou-se a constância de diagnósticos tardios verificados mediante as queixas dos pacientes, o que evidencia e corrobora para atentar a possíveis falhas na etapa de prevenção das doenças.

Soma-se a experiência de acolhimento no hospital, ainda, o conhecimento da realidade de uma UBS do Sul do País na qual se realiza a carga horária complementar exigida pelo Programa de Residência. Neste ambiente observaram-se dificuldades de diagnóstico e carência de atividades voltadas para a prevenção do câncer. Obteve-se, também, a confirmação do que pudemos observar na experiência de acolhimento no hospital, que é o fato dos pacientes diagnosticados não retornarem para manter acompanhamento nas UBSs de referência, fazendo do hospital o foco de todo tratamento, o que poderia ser evitado mantendo reconhecido nas UBSs um bom vínculo e trabalho de cuidado para com o câncer.

Optou-se por trabalhar com os cânceres de mama e de colo do útero, pois são os únicos que possuem políticas de prevenção específicas e, sendo a oncologia a área de atuação das residentes, buscou-se ouvir o usuário e acolher suas angústias e demandas desde a atenção primária (UBS) estendendo-a a atenção terciária (hospital), local base de atuação das residentes, estreitando os laços entre a Rede de Atenção em Saúde.

Além disso, a importância da prevenção e do acolhimento na manutenção e produção de saúde consiste em poder reduzir o número de diagnósticos de câncer a partir de informações que visem reduzir a exposição aos riscos. Também se sabe que casos podem ser curados, se detectados precocemente e tratados de forma adequada. Soma-se a isso, a implantação do acolhimento como meio de escuta ativa às demandas e que favorece a troca e o diálogo. Ademais, o acolhimento acaba por funcionar como dispositivo para organização dos serviços, possibilitando uma melhor discriminação de riscos, urgências e emergências, com o devido encaminhamento e orientação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever a implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do País às usuárias em consultas preventivas ou com suspeita do diagnóstico de câncer de Colo do Útero e Mama, destacando a necessidade de prevenção destes e pautado no olhar multiprofissional, provocando assim, reflexões com os profissionais atuantes na Unidade

Básica de Saúde acerca da significância e continuidade do acolhimento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Câncer: estimativas, impactos e implicações

Câncer é o nome genérico dado às neoplasias malignas, um conjunto de doenças que apresentam como característica comum a capacidade de crescimento desordenado de células anormais (malignas), que invadem tecidos e órgãos, podendo disseminar-se para outras regiões do corpo, caracterizando as metástases. O desenvolvimento industrial e a progressiva mudança da população dos campos para as áreas urbanas têm sido acompanhadas do aumento da exposição do homem a uma crescente gama de agentes potencialmente mutagênicos e/ou carcinogênicos. Aliados, esses fatores explicam a crescente incidência de câncer no Brasil e no mundo (HOOF et al., 2013).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estima-se que, no Brasil, para o ano de 2014, ocorram cerca de 580 mil novos casos de câncer. Atualmente, essa doença representa a segunda causa isolada de morte da população e com a progressiva diminuição da letalidade das doenças cardiovasculares, antecipa-se que, em 2020, os cânceres constituirão a primeira causa de morte entre os brasileiros.

Ainda de acordo com o INCA, os cânceres mais incidentes na população brasileira no próximo ano serão de pele não melanoma, próstata, mama, cólon e/ou reto, pulmão e estômago. À exceção dos tumores de pele não melanoma, em 2014, os cânceres de próstata e de mama serão os mais incidentes em homens e mulheres, respectivamente. O segundo e terceiro cânceres mais incidentes, no sexo masculino, serão os do conjunto de traqueia, brônquios e pulmão, seguido pelos tumores de cólon e reto. Entre as mulheres, cólon e reto serão a segunda localização mais incidente, em seguida, os tumores de colo do útero.

Atualmente, com os avanços médicos e científicos, sabe-se que o diagnóstico de câncer não significa uma sentença de morte. Apesar de ser uma doença em que muitas vezes o tratamento apresenta resultados favoráveis e de existirem outras doenças graves potencialmente fatais, o câncer é um dos mais importantes símbolos de morte da nossa contemporaneidade. O diagnóstico de câncer é acompanhado de um momento de imensa angústia, sofrimento e ansiedade. Durante o tratamento, o paciente pode sofrer perdas, por exemplo, físicas e financeiras, e sintomas adversos como depressão e diminuição da autoestima. As representações de dor insuportável, de mutilações desfigurantes e de ameaça

de morte estão sempre presentes e não se extirpam com o tumor, pois há sempre o fantasma da metástase e da recorrência (VENÂNCIO, 2004).

Percebe-se, portanto que, além dos problemas relativos à doença em si e seu tratamento, existe para o paciente uma série de outros de cunho social, familiar, financeiro e emocional. Dessa forma, o atendimento ao doente envolve um cuidado e não apenas uma busca pela cura ou extinção dos sintomas. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Nesse caso, a abordagem de promoção da saúde, que se refere às medidas não direcionadas a doença ou enfermidade específica, mas que se presta a melhorar a saúde e o bem estar das pessoas de forma mais ampla, combinam ações governamentais, comunitárias, individuais e dos sistemas de saúde. Ou seja, é necessária uma abordagem interdisciplinar que favoreça uma ‘responsabilização múltipla’ tanto pelos problemas quanto pelas soluções (BRASIL, 2002a).

4.2 Prevenção ao câncer

Acredita-se que a maioria dos casos de câncer está relacionada a fatores de risco modificáveis, dentre eles o tabaco, uso excessivo de álcool, dieta pobre em frutas e vegetais, obesidade, sedentarismo e sexo desprotegido. Segundo INCA (2006), a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos, sendo que a sobrevida dos pacientes com câncer esta diretamente relacionada com a extensão da doença no momento do diagnóstico. Frente a esses dados, o diagnóstico precoce bem como a prevenção do câncer é de sumária importância no controle da doença.

Em oncologia o termo prevenção engloba três planos de ação direcionados a diferentes etapas do processo de origem e crescimento das células cancerosas (carcinogênese): a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária do câncer é denominada o conjunto de ações que visa evitar o aparecimento da doença na população, através do controle da exposição aos fatores de risco. Inclui medidas para modificação dos hábitos de vida, imunização, educação em saúde e o aconselhamento genético. A prevenção secundária do câncer inclui medidas para sua detecção precoce em pacientes ainda assintomáticos, com o intuito de impedir a progressão da doença e reduzir sua morbimortalidade. A prevenção terciária, por sua vez, visa ao cuidado ao paciente com câncer e tem como principais objetivos a prevenção do óbito e de complicações relacionadas à doença, de forma a diminuir a

incapacidade do indivíduo e permitir sua reintegração à sociedade, o que inclui também o retorno das atividades assistenciais à saúde nas unidades básicas de origem (HOOF et al., 2013).

Assim, a principal diferença entre prevenção primária, secundária e terciária está no período de progressão da doença sobre o qual se deseja intervir: antes da instalação do processo patológico (prevenção primária), depois que a doença se iniciou e ainda não há sintomas (prevenção secundária) ou quando já há sintomas (prevenção terciária) (THULER, 2003). Vale ressaltar que as ações de prevenção primária e detecção precoce podem reduzir a incidência e mortalidade do câncer em diferentes proporções para alguns tipos mais comuns da doença. Por exemplo, a cessação do tabagismo sabidamente promove redução na mortalidade por câncer de pulmão. Os cânceres de mama e colo do útero, por sua vez, são exemplos do impacto positivo da detecção precoce na morbimortalidade, conforme verificado em países que organizaram programas efetivos de rastreamento populacional (INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER, 2004).

4.2.1 Controle do câncer e a Política Nacional de Atenção Oncológica

As primeiras iniciativas para o controle do câncer no Brasil remontam ao início do século XX, orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico e tratamento. Pouca ênfase era dada à prevenção, pela escassez de conhecimento sobre a etiologia da doença. O caráter nacional do controle do câncer viria sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, cujos objetivos eram organizar, orientar e controlar a doença no país (BRASIL, 1999). A partir de 2000, o INCA passou a ter competência para desenvolver "ações nacionais de controle do câncer", tornando-se referência nacional para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002b).

Então, surgiram o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área. Outras ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, através dos Centros de Alta Complexidade, foram implementadas nos últimos 10 anos (BRASIL, 2006).

Em 2005, avançando na busca de respostas aos desafios da área oncológica, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Esta Política propôs

a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações, favorecendo as ações de promoção da saúde e prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde garantindo, assim, maior efetividade e eficiência no controle do câncer.

Desde então, o governo brasileiro vem desenvolvendo ações voltadas para a construção e organização de uma rede ampla e dinâmica de controle do câncer. A organização do rastreamento dos cânceres do colo do útero e mama tem sido a linha de frente do processo de estruturação da rede assistencial. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil e as medidas de intervenção com custo-efetividade já comprovado justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças (BRASIL, 2013b).

4.2.2 Controle dos cânceres de mama e colo do útero

Segundo o INCA (2013) o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres e embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, trata-se da maior causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras, principalmente, naquelas com idade superior a 50 anos. Considera-se que o prognóstico do câncer está diretamente relacionado com a extensão da doença no momento do diagnóstico, sendo que sua mortalidade está fortemente associada ao diagnóstico tardio e em fases avançadas. Segundo os registros hospitalares brasileiros de câncer, em média, a metade das pacientes têm diagnóstico inicial em estágio III ou IV (BRASIL, 2004).

A principal estratégia para a detecção precoce do câncer de mama é o rastreamento populacional dirigido às mulheres nas faixas etárias de maior risco. O programa brasileiro de controle do câncer de mama preconiza a realização do exame clínico anual das mamas para mulheres acima de 40 anos e a mesma rotina, acrescida de mamografia bianual, para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres com história familiar para esta patologia, o rastreamento com mamografia e exame clínico das mamas deve ser iniciado a partir dos 35 anos e ter periodicidade anual (BRASIL, 2013b).

A sensibilidade do rastreamento anual varia de 71 a 96% em diferentes estudos (MUSHLIN et al., 1998; SHEN & ZELEN, 2001) e a especificidade de um único exame é de

94 a 97% (MUSHLIN et al., 1998; EDDY, 1989; LIDBRINK et al., 1996).

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, com estimativa de mais de 15 mil novos casos no país para o ano de 2014 (BRASIL, 2013a). Embora o rastreamento seja de fácil acesso, de baixo custo e de fácil execução, as taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces bem estruturados (BRASIL, 2013b).

A estratégia de rastreamento adotada no Brasil baseia-se na oferta do exame citopatológico para as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, considerada a de maior risco. A recomendação é que todas as mulheres com vida sexual ativa, especialmente na faixa indicada, façam tal exame com a periodicidade anual, e se caso, o resultado for negativo em dois anos consecutivos, a periodicidade de realização do exame poderá ser de três em três anos. (BRASIL, 2013b).

4.3. Humanização no cuidado em oncologia

Ao longo das últimas duas décadas, ocorreram inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, entretanto, tais avanços convivem de modo contraditório, com problemas de diversas ordens. A fim de sanar alguns desses problemas o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004).

A PNH buscou contribuir para solucionar problemas como: a fragmentação dos processos de trabalho nas unidades de saúde; a fragilidade do diálogo e da interação entre os profissionais no interior das equipes; o despreparo das instituições para contemplar um arco mais amplo de necessidades dos profissionais – qualificação, desenvolvimento, participação, bem-estar subjetivo; o desrespeito aos direitos dos usuários; o atendimento dos pacientes baseado no modelo “queixa-conduta”, dificuldades estas que são oposição ao modelo preconizado pelo SUS (BRASIL, 2003).

Com isso, adota-se a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004). Neste sentido, a humanização se define em aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS e na produção da saúde.

Implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. É assumir a saúde como valor de uso, é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

No campo da saúde, o conceito de humanização possibilita uma compreensão renovada e integrada dos conceitos de atendimento e de gestão. Na esfera do atendimento, humanização significa a adoção de uma ética do cuidado, uma atitude de consideração à pessoa do paciente, que, articulada às capacidades técnico-científicas dos profissionais da saúde, amplia a qualidade do atendimento, tornando-o mais capaz de gerar resultados positivos para o paciente. Na esfera da gestão das organizações, trata-se de um princípio que contribui para o aprimoramento dos processos de trabalho na saúde. Processos estes que vão desde a recepção do paciente até o seu desligamento ou encaminhamento a outro serviço ou instituição; desde a integração do profissional em um serviço de saúde até a criação de oportunidades para a sua participação autônoma e criativa no funcionamento institucional (BRASIL, 2003).

O atendimento humanizado e a gestão humanizada possuem um ideal e uma prática. Ideal como ética do respeito ao outro e da consideração das necessidades singulares dos pacientes e dos profissionais da saúde. Prática como busca de ações concretas de escuta, acolhimento e resposta a essas necessidades (TEIXEIRA, 2005).

O atendimento humanizado pressupõe uma integração entre o saber técnico-científico e o saber produzido no campo das relações e vínculos. Nos processos de diagnóstico e tratamento, esses saberes devem interagir, gerando uma nova prática dos profissionais da saúde (DESLANDES, 2004). Os conceitos de atendimento humanizado e gestão humanizada remetem a uma nova cultura organizacional no campo da saúde. Nesse sentido, Deslandes (2004) aponta que a análise da ordem estabelecida no funcionamento das organizações é um caminho necessário para a compreensão e a promoção de mudanças na cultura de atenção à saúde.

A cultura de atenção à saúde dominante nas organizações de saúde não prioriza o reconhecimento das necessidades subjetivas dos pacientes como aspecto essencial à formulação dos planos de cuidados dos profissionais. A mudança dessa cultura pressupõe a

criação e a sustentação de espaços de comunicação interprofissional, além da adoção de práticas de gestão participativa que promovam a integração entre setores e serviços e valorizem a voz dos profissionais e dos usuários como fator crítico para o aprimoramento das condições de trabalho e a busca de resultados (BRASIL, 2002b).

Alguns fatores são essenciais para a concretização do atendimento e do trabalho humanizado, como a qualidade da escuta, do diálogo e da cooperação, pois a comunicação não é apenas troca objetiva de informação e conhecimento, mas canal de encontro entre pessoas no qual, por meio da palavra, construímos subjetividade e produzimos mudanças nas instituições (TORRALES, 2004; SILVA 2002). Dessa forma, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, os sofrimentos humanos, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento (BRASIL, 2001).

4.3.1 O acolhimento nos cânceres de mama e do colo do útero

A oncologia é um campo de atendimento à saúde, no qual o conceito e a prática de atenção humanizada são de muito valor. O atendimento ao paciente oncológico requer equipe interdisciplinar qualificada e abordagem integrativa, pois o adoecimento é complexo e envolve processos clínicos, psicológicos e sociais. Todas as pessoas envolvidas – pacientes, familiares, profissionais – são emocionalmente afetadas, em graus variáveis, pelos impactos da doença e do tratamento. Nesse sentido, práticas que incorporem os valores de trabalho humanizado são especialmente necessárias para o aprimoramento da qualidade da atenção ao paciente com câncer (HOOF et al., 2013).

Uma das estratégias do atendimento humanizado é o acolhimento, esse se caracteriza como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades – escuta qualificada – e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com os usuários (MERHY, 1994).

O acolhimento extrapola uma recepção cordial e não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Ações de

acolhimento por parte da equipe, como procurar fornecer informações a respeito do tratamento que o paciente vai fazer, tirando dúvidas, favorecendo espaço de escuta e expressão, tanto para o paciente quanto para seus familiares, são medidas de promoção de saúde que podem beneficiar os pacientes com câncer. Estas, por sua vez, possibilitam a multiplicação dessas informações ao grupo social no qual interagem, tornando o processo de saúde-doença menos doloroso, mesmo que a convivência com o tratamento não seja exatamente algo agradável (BRASIL, 2013).

Uma ferramenta imprescindível para promoção do acolhimento é a habilidade de comunicação interpessoal, seja por meio de palavras faladas e escritas, de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho do profissional de saúde exige conhecimento da comunicação e de fundamentos básicos como a ética (TEIXEIRA, et al. 2009).

“A Atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensam e sente em relação a sua situação de saúde e responder as reais expectativas, dúvidas e necessidades deste”.
(FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999)

Os desafios para a implantação do acolhimento, bem como do vínculo no atendimento clínico possuem diversas dimensões, porém esta problemática assume um caráter mais emergencial quando relacionada no âmbito da ginecologia. Pois este serviço não possui clientela limitada e comunicação efetiva com a rede básica. Ainda, incluem-se as fragilidades dos profissionais em relação à detecção precoce, a própria doença e o tratamento no momento efetivo dos cânceres de mama e do colo uterino, além do pouco tempo determinado para a consulta (MENDONÇA, et al 2011).

5 MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo, do tipo estudo de caso, cujas coletas de dados ocorreram através de observação participante no período de novembro de 2013 a agosto de 2014, durante o período de carga horária complementar exigida no Programa de Residência Multiprofissional (UFSM) em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do País. Foi proposta a implantação do acolhimento às usuárias em consultas preventivas ou com suspeita do diagnóstico de câncer de Colo do Útero e Mama destacando a necessidade de prevenção destes e pautado no olhar multiprofissional.

Esta proposta veio na intenção de compartilhar as práticas da clínica ampliada e de

humanização dos serviços, apontado por Merhy (1994) como atos e processos de trabalho em saúde que dão atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades (escuta qualificada) e assumindo posturas capazes de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com os usuários.

A sugestão do acolhimento foi inicialmente apresentada à equipe da UBS e posteriormente à aceitação desta, ocorreu a elaboração do plano operacional para a construção do acolhimento e acompanhamento sistemático do processo de implantação do acolhimento na UBS com perspectiva de produzir diálogos sobre uma nova maneira de produzir o cuidado em saúde.

Quanto aos aspectos éticos e legais, esta pesquisa faz parte do projeto “O Papel de uma Equipe Multidisciplinar na Integralidade da Atenção ao Paciente Oncológico” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria e Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE), sob o número CAAE 10291913.3.0000.5346, atendendo as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa teve finalidade acadêmica e destinou-se a elaboração do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar – Ênfase em Hematologia-Oncologia, que foi apresentado à Universidade Federal de Santa Maria para obtenção do título de Especialista.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para elaboração do plano operacional para a implantação do acolhimento foi observado como funcionavam as consultas ginecológicas da referida UBS e constatou-se que para aquelas mulheres que iriam realizar o exame preventivo (citopatológico) as consultas eram previamente agendadas na secretaria da UBS, entretanto, para aquelas mulheres que apresentassem outras necessidades fora o exame preventivo, estas, precisavam retirar fichas de atendimento no mesmo dia da consulta ginecológica, fichas estas, que eram em números limitados. Essa sistemática de retirada de fichas acarretava filas de espera em frente à UBS, antes mesmo que esta iniciasse suas atividades de trabalho. A média de atendimentos por dia eram 10 para mulheres com intuito de realizar o exame preventivo e cinco para mulheres com outras demandas.

Outro fator observado é que as ações de prevenção do câncer de mama e de colo do útero na UBS restringem-se ao exame citopatológico e alguns cartazes e folhetos sobre o câncer de mama, além de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) durante épocas de campanha. Vale ressaltar que a UBS não possui agentes comunitários de saúde (ACS), os quais são peças-chaves para melhoria do atendimento e na prevenção de doenças, pois são considerados elo entre a UBS e a comunidade de sua abrangência. Segundo o Ministério da Saúde, o ACS se torna uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, pois ele é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal. O ACS é um personagem fundamental na saúde, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a população de sua comunidade (BRASIL, 2009b).

Além disso, segundo o Ministério da Saúde é fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área de abrangência. A partir desse cadastro, a equipe deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame preventivo. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos exames insatisfatórios (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que as ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, não apenas para aumentar a frequência, bem como, a adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos, é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação (BRASIL, 2013b).

Após a visualização destes pontos apresentados, com o apoio e incentivo da equipe deu-se início a implantação do acolhimento. O trabalho consistiu em conversas de acolhimento, realizado pelas três residentes, cada uma em uma sala distinta com uma usuária por vez. Ao todo foram acolhidas 98 mulheres em encontros realizados uma vez na semana, com duração média de 10 a 15 minutos, onde as mulheres a serem acolhidas chegavam ao local uma hora antes da consulta ginecológica, conforme era informado na secretaria da UBS, e eram chamadas para o acolhimento por ordem de chegada.

Conforme solicitado por um profissional da unidade, durante o acolhimento as residentes preenchem os “Dados de Anamnese” da Requisição de Exame Citopatológico –

Colo de Útero do Ministério da Saúde (ANEXO A), a fim de agilizar o processo de atendimento. Além disso, as perguntas contidas nesta requisição exigiam que as mulheres se sentissem confortáveis e acolhidas, o que ressaltou ainda mais a importância do acolhimento.

Durante a conversa, as usuárias puderam relatar suas angústias, medos, inseguranças, dúvidas ou quaisquer demandas que surgissem no momento, pois o acolhimento é mais que uma triagem qualificada, ele pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para o seu enfrentamento, ampliando assim, a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas do usuário (SOLLA, 2005).

Soma-se a isso o estudo realizado por Camelo e Angerami (2008) o qual demonstrou que o acolhimento permite que o usuário fique estimulado a recorrer ao serviço, sentindo-se mais confiante na resolução dos seus problemas, naquilo que ela espera do atendimento, afastando o possível sentimento de vergonha. Isso demonstra que é necessária uma mudança na prática dos profissionais, para que seja adotada uma postura compreensiva, entendendo cada mulher como reflexo do meio em que ela vive e de suas experiências (JORGE, et al. 2007).

A fim de observar e orientar quanto aos cuidados em saúde e a prevenção do câncer de mama e colo de útero, enquanto acontecia a conversa do acolhimento, observando a subjetividade de cada paciente, as residentes se basearam em um questionário com questões relacionadas com a prevenção do câncer (APÊNDICE A), como instrumento de orientação para seguimento na conversa.

Vale ressaltar que a comunicação durante o acolhimento é de extrema importância, pois é considerada uma estratégia de produzir saúde. Envolve não somente a capacidade de se fazer claro, mas, principalmente, de escutar o outro de forma acolhedora. Para sensibilizar e mobilizar os usuários, é preciso atingir a subjetividade, não apenas transmitir informação, proporcionando um entendimento conceitual (SILVA, 1996).

No entanto, pela alta demanda das salas utilizadas pelas residentes neste processo e pela falta de espaço físico, optou-se por reduzir as conversas de acolhimento para duas residentes. Isso acarretou certo desconforto nas mulheres, pois pelo grande número de usuárias a serem acolhidas, a quantidade de acolhimentos foi insuficiente perante o espaço de tempo pré-consulta ginecológica. Além disso, aquelas usuárias que já estavam habituadas a UBS há mais tempo, chegavam a UBS somente no horário da consulta ginecológica, o que também ocasionou um transtorno, pois as mulheres eram chamadas pelo médico conforme

passavam pelo acolhimento. Ainda, aquelas mulheres que chegavam a UBS antes desta iniciar suas atividades, em busca de fichas de atendimento, se sentiam desfavorecidas por terem que enfrentarem mais uma fila para serem atendidas. Esses acontecimentos retrataram uma necessidade de modificação do modelo de recepção e atendimento ao usuário.

Corroborando com isso, Souza et al. (2008) verificaram que quando o dispositivo de acolhimento é desconhecido nas UBS, estando ausente nas práticas dos profissionais, esta ausência se traduz em um modelo tradicional de organizar a recepção, de forma burocrática, de entrega de fichas de marcação, não escapando os usuários das filas. Fazendo com que as filas continuem sendo motivo de reclamações e insatisfação para usuários das UBS.

Ressalva-se que enquanto diretriz operacional o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: a) Atender a todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, assim, o serviço de saúde assume sua função essencial, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. b) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento) a qual se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. c) Qualificar a relação trabalhador/usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1998).

Consequentemente o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam a assistência ao usuário, pois a organização do serviço passa a ter os profissionais responsáveis como central de atendimento ao usuário, os quais podem disseminar suas ferramentas para receber, escutar e solucionar problemas de saúde que serão trazidos pelos usuários (FRANCO; MERHY, 2003).

Ainda, segundo Takemoto e Silva (2007) o acolhimento deveria ampliar a resolubilidade dos outros profissionais, numa perspectiva de que as necessidades de saúde da população não podem nem devem ser atendidas exclusivamente por meio da consulta médica.

Outro fator importante é que o acolhimento foi realizado apenas pelas residentes, embora com o apoio da equipe, esta não participou do processo de implantação, apenas com a supervisão da enfermeira coordenadora da unidade, o que leva a proposta do acolhimento a ter uma lacuna, pois após a saída das residentes da unidade, faltaria pessoal para dar continuidade a ação. Vale ressaltar, que a situação da unidade é alarmante, pois possui poucos profissionais para a grande demanda de trabalho existente e pela gama de usuários atendidos,

sobrecarregando assim, os profissionais atuantes.

Entretanto, a fim de provocar reflexões com os profissionais atuantes UBS acerca da significância e continuidade dessa ação, foi marcado um encontro com a equipe da UBS para que fosse discutido todo o processo de implantação. No encontro, um dos profissionais ressaltou a importância do trabalho realizado e demonstrou preocupação com o possível término da atividade, pois embora o acolhimento fosse de grande importância, os profissionais da unidade não iriam conseguir suprir a demanda de trabalho da unidade.

Colaborando com isso, em estudo realizado por Souza et al. (2008) os autores verificaram que apesar do acolhimento ainda ser um processo de construção nas unidades estudadas, os profissionais reconhecem que o mesmo amplia vínculos e melhora a compreensão sobre as necessidades dos usuários. Porém, a pressão da demanda reflete-se em sobrecarga de trabalho, comprometendo as agendas dos serviços, gerando estresse e cansaço para os profissionais.

Apesar dos problemas enfrentados com a modificação da sistemática de atendimento na UBS o acolhimento enquanto técnica pressupõe na construção de ferramentas que contribuam para a escuta e análise, identificando as soluções possíveis a serem ofertadas às diversas demandas encontradas (MALTA; MERHY, 2002).

Acrescenta-se que a lógica de organização da atenção básica propicia encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades de saúde (BRASIL, 2013b).

Contudo, nesta dimensão do cuidado, os profissionais de saúde, precisam ser dotados de atitudes proativas estimulando a adesão pela mulher desde as ações preventivas até o tratamento da doença. Devem aproveitar as oportunidades da presença da mulher nas unidades básicas de saúde em todos os atendimentos, inclusive enquanto a equipe de saúde dialoga sobre outras intervenções, potencializando dessa forma o seu papel de agente mobilizador (BRASIL, 2013b).

7 CONCLUSÃO

Sabe-se que na oncologia o estágio do tumor é um determinante considerável de bom ou mau prognóstico do paciente. Infelizmente, na vivência proporcionada pelo Programa de Residência com ênfase em hematologia-oncologia foi possível visualizar a alta demanda de pacientes que iniciavam seus tratamentos em estágios avançados da doença, aumentando assim, o índice de mortalidade por câncer.

Deste modo, em relação à prevenção do câncer, ainda há muito no que se trabalhar. Ressalta-se que existem apenas as Políticas de Prevenção ao Câncer de Mama e do Colo do útero, havendo assim, uma grande necessidade de serem criadas políticas de prevenção que vislumbrem outros tipos de câncer, como os cânceres de cabeça e pescoço, pele, cólon e reto, etc.

Além disso, em relação aos cânceres de mama e do colo do útero, embora possuam maiores chances de cura e de existirem os exames preventivos, aparentemente muitas mulheres possuem acesso aos exames, porém não os realizam, seja por falta de conhecimento ou por falta de incentivo.

No caso relatado neste trabalho a falta de investimento e incentivo à UBS causa diversos comprometimentos no serviço, pois a alta demanda de trabalho e a falta de profissionais prejudicaram não só a implantação do acolhimento, mas como também dificulta o vínculo e a comunicação entre os usuários e a equipe, ficando os atendimentos restritos às consultas médicas. Assim, o acesso ao atendimento torna-se precário e a demanda espontânea passa a ser a principal forma de atendimento, gerando filas de espera para que os usuários consigam fichas de atendimento.

Nos acolhimentos prestados as mulheres foi possível verificar a necessidade que estas apresentaram de serem ouvidas, de poderem falar dos seus medos e angústias e de compartilhar o que acontece em suas vidas. Contudo, o acolhimento ainda continua sendo um desafio na construção de um cuidado integral e um instrumento fundamental para a reorganização dos serviços.

Por fim, esta vivência do acolhimento serviu para engrandecer as experiências das residentes e para enfatizar que a comunicação não é apenas troca objetiva de informação e conhecimento, e sim, um canal de encontro entre pessoas no qual, por meio da palavra, construímos subjetividade e produzimos mudanças nas instituições e que só por este caminho conseguiremos ampliar nosso cuidado e atenção a nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Brasília, 2013a. Disponível em endereço eletrônico: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014. Acesso em 03/01/14.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: PRO-ONCO. p. 135-9, 1995.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002b.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro hospitalar de câncer: dados dos hospitais do INCA**. Relatório anual 1994/1998. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2001; 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política**

Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

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. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Ciê. Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p. 45-52, 2008.

COSTA, C.A.; LUNARDI, W.D.; SOARES, N.V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 3, p. 310 – 314, 2003.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Colet.** v. 9, n. 1, p. 7 – 13, 2004.

EDDY, D.M. Screening for breast cancer. *Ann Intern Med.* v. 111, p. 389 – 399, 1989.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 121-31, 1999.

FRANCO, Túlio; BUENO, Wanderlei; MERHY, Emerson. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345 – 353, 1999.

FRANCO, T.B; MERHY, E., **PSF Contradições e novos desafios.** Conferencia Nacional de Saúde, abril, 2003.

HOOF, P.M. et al. **Tratado de Oncologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (UICC). **Evidence-Based Cancer Prevention: Strategies for NGOs.** Geneve: UICC, p.180-193, 2004.

JORGE, M.S.B. et al. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev. baiana Saúde Públ.** v. 31, n.2, p. 256-66, 2007.

LIDBRINK, E.; ELFVING, J.; FRISELL, J.; JONSSON, E. Neglected aspects of false positive findings of mammography in breast cancer screening: analysis of false positive cases from the Stockholm trial. **BMJ.** v. 312, p. 273- 276, 1996.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte**, 1993 - 1996. *In:* Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado. Brasília (DF); 2002.

MENDONÇA, A. F. et al. acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. **Rev Rene**, v.12, n. 1, p. 57 – 64, 2011.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MUSHLIN, A.I.; KOUIDES, R.W.; SHAPIRO, D.E. Estimating the accuracy of screening mammography: a meta-analysis. *Am J Prev Med*.v.14, n.2, p. 143 – 153, 1998.

SHEN, Y.; ZELEN, M. Screening Sensitivity and Sojourn Time From Breast Cancer Early Detection Clinical Trials: Mammograms and Physical Examinations. **J Clin Oncol**. v. 19, n. 15, p. 3490 – 3499, 2001.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: 1996.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev Bioética**. v. 10, n. 2, p. 73 – 88, 2002.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v. 5, n. 4, p. 493 – 503, 2005.

SOUZA, E. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. n. 24, v. 1, p. 100 - 110, 2008.

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

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Colet**. v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, C. et al. Comunicação interpessoal interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Rev APS**, v. 12, n. 1, p. 16 – 18, 2009.

THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev Bras de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227 – 238, 2003.

TORRALES, M.L.P. *et al*. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. **Ciência e Saúde Colet**. v. 9, n. 4, p. 19 – 20, 2004.

VENÂNCIO, J.L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Cancerol**. v. 50, n. 1, p. 55 – 63, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International agency for research on cancer**: Globocan 2008. In: _____. World Cancer Report. p. 11-104, 2008.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ORIENTAÇÃO PARA SEGUIMENTO DO ACOLHIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR ÊNFASE EM HEMATO-ONCOLOGIA**

QUESTIONÁRIO DE ORIENTAÇÃO PARA SEGUIMENTO DO ACOLHIMENTO

1. O que trouxe a pessoa a consulta?
2. É um hábito procurar por consulta preventiva?
3. Como a pessoa se sente nesse momento?
4. Como a pessoa se sente em relação a equipe?
5. Conhece/realiza o autoexame das mamas?
6. Existe espaço de conversa na vida pessoa da pessoa ou com os profissionais de saúde sobre os cuidados preventivos?
7. Você conhece e/ou realiza outras ações de prevenção?

