



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO
ÀS MULHERES ATENDIDAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ALPESTRE-RS**

PAOLA FRANCESCHI ZANATTA

CHAPECÓ, 2020

PAOLA FRANCESCHI ZANATTA

**FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALPESTRE-RS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade Estadual de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche.

Coorientador: Arnildo Korb

CHAPECÓ

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Zanatta, Paola Franceschi

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ÀS MULHERES
ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ALPESTRE-RS / Paola Franceschi Zanatta. --
2020.

115 p.

Orientadora: Denise Antunes de Azambuja Zocche

Coorientador: Arnildo Korb

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à
Saúde, Chapecó, 2020.

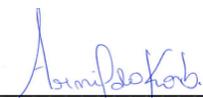
1. Saúde da mulher. 2. Saúde pública. 3. Fluxo de trabalho. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermeiros. I. Zocche, Denise
Antunes de Azambuja. II. Korb, Arnildo. III. Universidade do
Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste,
Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na
Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

PAOLA FRANCESCHI ZANATTA

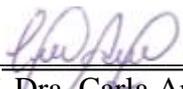
**FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALPESTRE-RS**

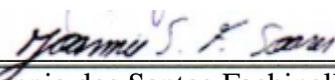
Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade Estadual de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Orientador: 
Prof. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Coorientador: 
Prof. Dr. Arnildo Korb
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membros:


Prof. Dra. Carla Argenta
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC


Dra. Joannie dos Santos Fachinelli Soares
Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Chapecó, 03/09/2020

À minha família, meus pais, irmã e noivo por acreditarem na minha capacidade. Com o apoio de vocês as dificuldades foram transformadas em força de vontade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela saúde, pela minha família e pela oportunidade de poder trazer mais conhecimentos à minha vida e quiçá poder dividir com outras pessoas.

À minha orientadora Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche por toda a paciência e tempo disponibilizados em mim. Você foi uma peça fundamental na construção deste trabalho e tantos outros.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela oportunidade em ingressar neste mestrado, bem como o apoio durante a realização deste.

Aos meus colegas de trabalho da Estratégia de Saúde da Família IV pela paciência e auxílio durante a realização do trabalho nestes dois últimos anos, bem como pela compreensão nos momentos em que tive que me fazer ausente da unidade.

Aos meus colegas de trabalho dentro da secretaria de saúde que auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa. Da mesma forma aos meus superiores por acreditarem em meu trabalho e capacidade, compreendendo a importância do aprimoramento dentro dos serviços de saúde.

Ao meu pai Almir, minha mãe Cleonice e minha irmã Luísa, que incontáveis vezes disponibilizaram tempo e paciência comigo e foram fundamentais em muitos momentos durante a realização deste trabalho.

Ao meu noivo, Jacson, pelo incentivo durante a inscrição e construção do projeto encaminhado para a seleção do mestrado, bem como todo o apoio incondicional, compreensão e auxílio durante a realização deste estudo.

As queridas colegas de turma. As experiências adquiridas, vivências e conhecimentos compartilhados com vocês estarão sempre em minha vida. Inúmeras foram às vezes em que um simples diálogo elucidou muitas questões. O riso, a união e o companheirismo marcaram nossa turma. Jamais me esquecerei de vocês.

A todos que de alguma forma auxiliaram-me durante esta caminhada. Muito obrigada!

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

Minha vida acadêmica se iniciou em 2009 ao ingressar no curso de Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus de Frederico Westphalen-RS. Sempre desejei passar em um concurso público para conquistar estabilidade e cursar futuramente um mestrado e doutorado. Dessa forma durante a graduação busquei estar envolvida em projetos científicos. Fui bolsista de iniciação científica dentro do projeto “O cotidiano de usuários de crack atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul”, onde tive a oportunidade de aprofundar mais o campo da saúde mental. Também durante o período de férias das aulas realizava alguns estágios extracurriculares na Associação Hospitalar São José, em Rodeio Bonito-RS e também na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ametista do Sul-RS.

Em agosto de 2013, concluí a graduação em enfermagem e no ato da colação de grau, fui contemplada com uma bolsa de 30% em algum curso de pós-graduação de minha escolha na mesma universidade. Assim, no ano de 2015 tornei-me especialista em Saúde Mental Coletiva. Esta área sempre despertou minha atenção, pois a história pregressa à Reforma Sanitária sempre me instigava estudar mais sobre o tema, expor trabalhos em eventos científicos e também analisar as mudanças ocorridas até então.

Nesta época já havia prestado alguns concursos, uma vez que este era um dos meus objetivos principais. No ano de 2013 passei em primeiro lugar em um concurso da prefeitura municipal de Novo Tiradentes-RS, para o cargo de enfermeira, no entanto, tratava-se de cadastro reserva, e assim, não fui nomeada. Meu primeiro emprego como enfermeira deu-se no Hospital São Gabriel, no ano posterior à minha graduação, 2014, na cidade de Ametista do Sul-RS, onde residia com minha família.

Ainda neste ano realizei outro concurso público no município de Novo Xingu-RS, para enfermeira, onde fiquei em primeiro lugar. No entanto, embora tenha solicitado, não fui nomeada. Neste mesmo ano inscrevi-me em um processo seletivo para o cargo de enfermeira na prefeitura Municipal de Alpestre, onde fui chamada. Iniciei o trabalho no Hospital Nossa Senhora de Fátima, onde permaneci até o término do contrato, no ano de 2015. Ainda neste ano prestei concurso na prefeitura de Liberato Salzano-RS, para o cargo de enfermeira. Até que o resultado deste concurso fosse liberado, no ano de 2016, fui novamente contratada, através de novo processo seletivo, na cidade de Alpestre, para trabalhar no hospital. Após dois meses, o resultado do concurso em Liberato saiu, onde me classifiquei em primeiro lugar, e no mês posterior fui nomeada.

Mudei-me para Liberato Salzano-RS onde trabalhei por aproximadamente um ano e nove meses. Durante esse tempo atuei em uma UBS, com enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este trabalho trouxe-me muitos ensinamentos sobre a Atenção Primária à Saúde. Atuando em equipe, junto com os Agentes Comunitários de Saúde, médico, dentista, psicólogos e tantos outros profissionais aprendi sobre o funcionamento dos serviços de saúde, sobre a população assistida, dificuldades encontradas na rede básica, dentre muitas outras coisas.

No segundo semestre de 2017 prestei novo concurso público na cidade de Alpestre, onde me classifiquei em segundo lugar e fui nomeada no mês de janeiro de 2018, retornando assim a Alpestre, uma vez que esta cidade sempre foi muito receptiva, oferecendo boas condições de trabalho além de ficar próxima de minha família. Resido em Alpestre desde então, onde atuo como enfermeira em uma das quatro ESFs. Com poucos meses de trabalho logo percebi que alguns usuários vinham à unidade diversas vezes em um curto espaço de tempo e muitas vezes pelos mesmos motivos, instigando minha curiosidade.

Após cerca de trinta dias trabalhando, por coincidência, visualizei em uma rede social sobre a abertura de um edital de seleção para o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). De imediato me inscrevi, fiz o processo de seleção e classifiquei-me. No mês de agosto de 2018 já frequentava as primeiras aulas na cidade de Chapecó-SC.

Levei minha curiosidade sobre a procura dos usuários pela unidade para dentro do projeto de intervenção apresentado no processo de seleção, pois de fato era algo que me instigava. Somado a isto, percebi que uma grande parcela de procuras pela unidade era feita por mulheres. Ao estudar um pouco mais sobre o tema, descobri que muitas bibliografias existentes traziam que as mulheres eram as maiores frequentadoras dos sistemas de saúde. Frente a isso, após muitos diálogos com minha orientadora, Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche, decidimos buscar quais eram os principais motivos de procura das mulheres pela unidade.

Seja a mudança que quer ver no mundo.
(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Introdução: A atenção à saúde da mulher consiste em tema importante dentro da saúde pública, uma vez que as mulheres são as maiores frequentadoras dos sistemas de saúde. Percebeu-se a necessidade de investigar quais são os motivos que levam às mulheres a procurarem os serviços. **Objetivos:** Elaborar um fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica, no município de Alpestre; identificar os principais motivos de procura pela Unidade Básica de Saúde de mulheres no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018; conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre os motivos de procura das mulheres pelas Unidades Básicas de Saúde no município de Alpestre e caracterizar o perfil das mulheres no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018 que procuram atendimento na Atenção Básica do município de Alpestre. **Método:** pesquisa de natureza mista, integrando processos quantitativos e qualitativos. Os dados analisados foram obtidos através dos prontuários das usuárias que frequentaram a unidade básica de saúde no período de janeiro a dezembro de 2018 através de um formulário estruturado, da realização de um grupo focal e também de um questionário aplicado aos profissionais do acolhimento da Estratégia de Saúde da Família IV. **Resultados:** Os meses analisados foram janeiro, maio, agosto e novembro, onde se percebeu que o mês de agosto teve a maior procura. Mulheres de raça branca foram as que mais procuraram o serviço. Quanto à situação de trabalho, houve maior presença de mulheres aposentadas. A maioria das usuárias não era fumante, nem usuárias de álcool ou drogas, sem hipertensão ou diabetes, histórico de acidente vascular cerebral, infarto ou doença cardíaca. Os três principais motivos de procura encontrados foram: dor, mostrar/solicitar exames e tosse. A partir dos resultados desenvolveu-se um fluxograma para atendimento das mulheres para melhoria do manejo e qualidade no atendimento. Este produto foi encaminhado para avaliação pelo Conselho Municipal de Saúde de Alpestre, e irá também será encaminhado para a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. Após isto será realizada a capacitação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem responsáveis pelo acolhimento para poder utilizar o fluxograma de maneira correta e ao final os resultados serão amplamente divulgados. **Discussão:** É possível perceber que os três motivos de procura das mulheres encontrados neste estudo não estão inseridos de forma direta em nenhuma política ou protocolo da área da saúde da mulher, embora haja alguns materiais específicos sobre os mesmos. Percebe-se esta carência nas três esferas de governo. **Considerações finais:** Espera-se que este estudo e a elaboração do fluxograma sejam utilizados, para, além da melhoria do serviço de acolhimento na Estratégia de Saúde da Família VI, na formulação de novas políticas ou até mesmo atualização das já existentes, para que as mesmas possam ser mais resolutivas. Bem como a criação de protocolos de atendimento com base nas queixas encontradas.

Palavras-chaves: Saúde da mulher. Saúde pública. Fluxo de trabalho. Atenção Primária à Saúde. Enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: the care to women health consists in an important theme inside of the public health once that the woman are the greatest regulars of health systems. It was realized the necessity in investigate what are the motives that lead the woman to seek the services. **Objectives:** elaborating an welcome flowchart to the woman answered on Basic Care , at the municipality of Alpestre; identifying the main motives of the seekness of Baic Care Unit by woman in a period of the January of 2018 to December of 2018; knowing the perception of the nursing team about the motives of seekness by woman of Basic Unit of Health in the municipality of Alpestre and characterizing her profile. **Method:** mixed nature research, integrating quantitative and qualitative processes. The data analyzes were gotten through the medical records of the users who attended the basic unit of health on the period of January to December of 2018 through a structured form, the performing of focus group and a quiz applied to the professionals of the Family Health Strategy IV's welcome. **Results:** the months analyzes were January, May, August and November, in which it realized that the month of August has had the biggest seekness. White woman were the one that more seeked the service. As for the work situation, there was biggest presence of retired woman. The majority was not smoker neither user of alcohol drugs, with no hypertension or diabetes, cerebral vascular accident, infarct or heart disease. The three main motives of sleekness found were: pain, showing/health check up and cough. From the results, it was developed a flowchart for the woman attendance for the handling improvement and quality on attendance. This product was forwarded for the evaluation from Municipality Council of Health from Alpestre. After that, it will be performed the nurse's and nursing technical's capacity responsible by the welcome to be able to use the flowchart in a correct way and, in the end, the results will be widely disclosed. **Discussion:** It's possible realizing that the three motives of sleekness by the woman in this study aren't insert in none policy or protocol of woman health in a direct way, although there are some specific materials about them. It is realizes this lack in the three government spheres. **Final considerations:** it wishes that this study and the flowchart elaboration be used for, besides the improvement on the welcome service of Family Health Strategy IV, on the formulation of new policies or also the update of ones existing yet for that they be able to be more resolutives, as well as the creation of attendance protocols based on the found complains.

Key-words: Women health. Public health. Workflow. Primary Care to Health. Nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Adaptação das etapas da pesquisa-ação a partir de Thiollent (2011) (Continua).....	35
Quadro 1 - Adaptação das etapas da pesquisa-ação a partir de Thiollent (2011) (Conclusão).....	36
Quadro 2 - Etapas das coletas de dados.....	40
Gráfico 1 - Motivos de procura pela ESF IV, nos meses pesquisados, com base no número total de queixas.....	51
Gráfico 2 - Motivos de procura no mês de janeiro de 2018.....	51
Gráfico 3 - Motivos de procura no mês de maio de 2018.....	52
Gráfico 4 - Motivos de procura no mês de agosto de 2018.....	53
Gráfico 5 - Motivos de procura no mês de novembro de 2018.....	54
FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV.....	60
Figura 1 - Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV.....	61
Figura 2 - Legendas para interpretação do fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV.....	62
CAPÍTULO DE LIVRO.....	63
Quadro 1 - Adaptação das etapas da pesquisa-ação descritas a partir de Thiollent (2011) (Continua).....	66
Quadro 1 - Adaptação das etapas da pesquisa-ação descritas a partir de Thiollent (2011) (Conclusão).....	67
Figura 1 - Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV.....	68
Figura 2 - Legendas para interpretação do fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV.....	69
ARTIGO ORIGINAL.....	74
Gráfico 1 - Motivos de procura pela ESF IV, nos meses pesquisados com base no número total de queixas.....	79
Figura 1 - Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV.....	81
Figura 2 - Legendas para interpretação do fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da ESF I.....	38
Tabela 2 - Profissionais cadastrados no CNES da ESF II.....	38
Tabela 3 - Profissionais cadastrados no CNES da ESF III.....	39
Tabela 4 - Profissionais cadastrados no CNES da ESF IV.....	39
Tabela 5 - Procura das mulheres pela unidade nos meses analisados.....	43
Tabela 6 - Idade das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	43
Tabela 7 - Situação conjugal das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	44
Tabela 8 - Escolaridade das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes (continua).....	44
Tabela 8 - Escolaridade das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes (conclusão).....	45
Tabela 9 - Situação no mercado de trabalho das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	45
Tabela 10 - Perfil de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	46
Tabela 11 - Continuação do perfil de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	47
Tabela 12 - Continuação do perfil de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	48
Tabela 13 - Uso de plantas medicinais das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes.....	49

LISTA DE SIGLAS

SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
PAISM	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PNAISM	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
PNPM	PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PACS	PROGRAMA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
FUNASA	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
NOB	NORMA OPERACIONAL BÁSICA
PAB	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA
AB	ATENÇÃO BÁSICA
PSE	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
ACE	AGENTES COMUNITÁRIOS DE ENDEMIAS
CPN	CENTROS DE PARTO NORMAL
CRS	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NASF	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
GF	GRUPO FOCAL
IBAM	INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL
CMS	CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
MPEAPS	MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO

	PRIMÁRIA À SAÚDE
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
COREN	CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
NAAB	NÚCLEO DE APOIO NA ATENÇÃO BÁSICA
UDESC	UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SPSS	SOFTWARE STATISTICAL PROGRAM FOR SOCIAL SCIENCES
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
UAPS	UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PNPIC	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
USF	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
RS	RIO GRANDE DO SUL
DPOC	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
PICS	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
INCA	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVO GERAL.....	21
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	23
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DA MULHER	27
2.3	AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS ÀS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA....	31
2.3. 1	Ações de saúde ofertadas às mulheres na Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul.....	33
2.3.2	Ações de saúde ofertadas às mulheres na Atenção Básica no município de Alpestre- RS – plano municipal de saúde	34
3	METODOLOGIA.....	35
3.1	TIPO DE PESQUISA	35
3.2	LOCAL DA PESQUISA	37
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	39
3.4	TEMPO DE ESTUDO.....	39
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
4.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO	43
4.2	PERFIL DE SAÚDE	45
4.3	MOTIVOS DE PROCURA À UNIDADE.....	50
4.4	CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA	57
4.5	GRUPO FOCAL.....	57
5	PRODUÇÕES	60
5.1	PRODUTO TÉCNICO 1 - FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV	60
5.2	PRODUTO CIENTÍFICO 1 - CAPÍTULO DE LIVRO	63
5.3	PRODUTO CIENTÍFICO 2 – ARTIGO ORIGINAL.....	74

6	DISCUSSÃO	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE A	102
	APÊNDICE B.....	106
	APÊNDICE C	107
	ANEXO A.....	108

1 INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil em 1986 trouxe um novo olhar para a saúde da população, passando a ser um direito do indivíduo, independentemente de classe social, cor, raça, sexo e gênero, sendo o Estado o responsável por criar políticas de saúde que subsidiassem ações para prevenção, promoção e manutenção da saúde. Esse marco de suma importância carrega consigo grandes revoluções positivas na área da saúde brasileira, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e também as Estratégias de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1986; BRASIL, 2010a; BRASIL, 1988).

Aliado a este acontecimento, é possível encontrar em diversos textos voltados à área da saúde concordância com esta nova maneira de olhar. A Declaração de Alma Ata em 1978, pode ser considerado um exemplo bastante claro disto ao reafirmar que ter saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade e sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social (FEIO; OLIVEIRA; 2015; BRASIL, 2002).

Dito isto, percebe-se que são incontáveis os fatores que influenciam para o desenvolvimento pleno de uma saúde de qualidade, principalmente ao tratar-se de mulheres que, muitas vezes, necessitam de um olhar diferenciado na forma de atendimento à saúde quanto às questões de sexualidade e/ou gênero, raça e até mesmo por residirem em áreas rurais. Estas podem apresentar maior vulnerabilidade associada muitas vezes à baixa escolaridade, pobreza, maiores distâncias entre os serviços de saúde e suas residências (BRASIL, 2011).

Os dados do censo do ano de 2000 informaram que a população de mulheres era superior a população de homens no Brasil, informação esta ratificada pelo censo 2010, em que o número de mulheres (97.348.809) residentes no Brasil permanece sendo maior que a população de homens (93.406.990). Sabe-se também que as mulheres vivem mais que os homens, conquanto, adoecem mais que estes (BRASIL, 2011; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Apesar de ter conquistado muitos direitos na sociedade contemporânea, ainda existem muitos caminhos pelos quais a mulher precisa trilhar em busca de melhores mudanças no que diz respeito ao atendimento de suas necessidades de saúde. Embora o papel e significado da figura feminina tenham sofrido alterações positivas importantes com o passar dos anos, esta ainda não é vista nem reconhecida na totalidade de suas necessidades e singularidades, e ainda hoje se percebe que há maior ênfase ao papel reprodutor e mantenedor da família (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA; 2015).

Os movimentos feministas existentes antes dos anos 80 criticavam fortemente a forma de atenção à saúde que era dado a esta população específica, isto porque naquela época os programas que existiam para o cuidado à saúde da mulher baseavam-se somente em intervenções no campo materno e infantil, excluindo todas as particularidades que faziam parte do contexto de vida da mulher, questões de gênero e também direitos sexuais (BRASIL, 2011).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011, p. 15).

O movimento de mulheres existente naquela época foi imprescindível para o surgimento de novas formas de atendimento à população feminina, contribuindo para inclusão na agenda nacional itens que até então estavam de lado, como as desigualdades entre homens e mulheres, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e também a sobrecarga pelo trabalho doméstico até então pouco reconhecida (BRASIL, 2011).

Em meio ao clamor dos movimentos feministas da época, em 1984 o Ministério da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo barreiras e introduzindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico e recuperação em diversos âmbitos, como a assistência ginecológica, o planejamento familiar, a prevenção e o manejo no controle das ISTs, levando em consideração o perfil da mulher (BRASIL, 1985).

Viu-se que a criação deste programa foi um salto muito grande na conquista de um dos direitos mais importantes da população feminina: o direito ao atendimento de saúde com mais qualidade e integralidade. Conquanto, este programa ainda não incorporava ações específicas voltadas para áreas diferenciadas, como a atenção à saúde das mulheres negras, indígenas, dentre outras especificidades (BRASIL, 1985).

Tendo em vista a inclusão de mais áreas de atuação na atenção à saúde da mulher, o Ministério da Saúde, em 2004, lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), englobando diversas questões e aspectos da saúde feminina, como a atenção às mulheres lésbicas, mulheres moradoras de áreas rurais, mulheres negras, indígenas, mulheres presidiárias e mulheres com deficiência. Consolidando-se em um marco de grande importância para a saúde da população feminina (BRASIL, 2011).

Quando se refere à saúde da mulher alguns pontos apresentam maior relevância, como os direitos sexuais e reprodutivos femininos, que por muito tempo foram negligenciados, ou seja, direito a ter controle sobre o próprio corpo e vivenciar relações sexuais por livre consentimento e desejo. Assim como o direito à atenção de qualidade onde seja garantida a sua privacidade e dignidade. Neste contexto faz-se necessário destacar alguns acontecimentos na história que trazem esta questão à tona (LEITE; PAES, 2009).

Em 1994, na cidade do Cairo, Egito, ocorreu a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento, onde estiveram presentes representantes de 179 países, incluindo o Brasil. Esta conferência objetivou elaborar uma proposta de ação acerca da população e desenvolvimento para 20 anos. Um ponto de suma importância é que este acordo internacional teve um papel fundamental para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, conceituando a definição de saúde reprodutiva assim como de direitos sexuais da mulher (PATRIOTA, 1994). Sendo eles:

Saúde reprodutiva: é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer [...] Direitos de reprodução se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (PATRIOTA, 1994, p. 62).

Outro ponto que merece destaque é a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2005, que trazia como prioridade a saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar aos homens, mulheres e adolescentes através de diretrizes, entre elas a maior distribuição de anticoncepcionais reversíveis, atividades educativas sobre saúde sexual, capacitação dos profissionais de saúde e mais acesso à esterilização cirúrgica voluntária, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 2005).

Se anteriormente as mulheres não eram vistas como trabalhadoras atuantes, com reconhecida remuneração e reconhecimento, ficando reclusas ao papel de mãe, afazeres domésticos e manutenção do lar, sendo seu trabalho doméstico muitas vezes exaustivo e não valorizado, não tendo políticas de saúde que reconhecessem suas especificidades, hoje a situação mudou muito, entretanto em muitas realidades vê-se que mesmo inseridas no

mercado de trabalho, muitas mulheres continuam a ter seus direitos negligenciados, seja por parte dos membros da família ou da própria sociedade (FERNANDES; NARCHI, 2013).

É visível que a criação da PNAISM permitiu que fossem elaboradas muitas ações no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, e em muitas outras áreas, a questão pertinente é que a mulher é ainda a maior frequentadora dos sistemas de saúde não somente por questões individuais, mas indo acompanhar familiares, filhos e até membros da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2011).

No tocante à procura da mulher por atendimento médico, também é importante trazer que os agravos ginecológicos também são muito presentes. Dentre as queixas ginecológicas, alguns estudos trazem que as vaginites, sejam elas infecciosas ou não, estão entre um dos principais motivos de procura especializada, entre elas a vaginose bacteriana, a candidíase e a tricomoníase (SILVA, 2017).

A vaginose bacteriana é considerada, atualmente, a infecção vaginal de maior prevalência em mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas. Juntamente com a Candidíase e a Tricomoníase correspondem a 90% dos casos de infecções vaginais, sendo que a Vaginose Bacteriana ocorre em 35-50% dos casos, enquanto a Candidíase ocorre em 20-40% e a Tricomoníase em 10-30%. (OLIVEIRA; SOARES, 2007, p. 33).

Um fato de relevância a ser destacado é a mudança do uso da palavra “doença” para “infecção” ao tratar-se de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Mudança esta oriunda de uma atualização da estrutura que rege o ministério da saúde através do decreto 8.901/2016, e adotada pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Um dos motivos pelos quais a mudança de termos se deu, foi que o termo “doença” implica em sinais e sintomas visíveis no organismo, já o termo “infecções” pode ter períodos assintomáticos, como, por exemplo, no caso da sífilis (BRASIL, 2016a).

Algumas pesquisas mostram que a dor crônica também é um fator de procura importante pelas mulheres à unidade básica de saúde (UBS) e, tendo em algumas vezes, relação com alterações de saúde mental, como diagnóstico de depressão, levando em consideração que a dor crônica pode afetar muitos aspectos em um indivíduo, como alterações do sono, a capacidade de exercitar-se, de realizar atividades que outrora eram possíveis, como atividades domésticas, afetando até mesmo a capacidade de ter relações sexuais (SOUZA; HÄFELE; SIQUEIRA, 2019).

Sendo assim, entende-se que um acolhimento de qualidade para as mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS) demanda a articulação de muitos saberes e elementos, dentre eles a organização. Uma das formas de implementar a organização seria elaborar uma forma de sistematizar o acolhimento a fim de que este se torne mais resolutivo e eficaz, diminuindo filas de espera e estabelecendo ações em saúde mais coerentes. Nesse sentido, elaborar um fluxograma pode auxiliar na organização do acolhimento. O fluxograma constitui-se em uma das maneiras de realizar estas ações. Segundo Galvão (2017, p. 12):

O fluxograma é um tipo de diagrama. É uma representação gráfica das etapas de um determinado processo na qual, além da sequência de atividades, são apresentados os serviços prestados, as entradas e saídas de documentos, as decisões tomadas e os entes envolvidos. A utilização desse instrumento permite a compreensão do fluxo atual de determinado processo, identificando possíveis falhas, etapas desnecessárias e atividades redundantes. A partir desse diagnóstico, podem ser realizadas melhorias e correções por parte dos entes envolvidos nesse processo.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de voltar a atenção para o atendimento à saúde da mulher, para descobrir quais são as principais razões que as levam a procurar os serviços de saúde, de modo que se possa desenvolver uma forma mais eficiente de atender às problemáticas encontradas. Diante disto, se apresenta a pergunta norteadora que guiou a criação deste projeto de pesquisa: Quais são os três principais motivos de busca das mulheres na Unidade Básica de Saúde?

Face ao que foi visto, tendo como base a questão norteadora, apresenta-se os objetivos que orientaram a pesquisa.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica, no município de Alpestre/RS;

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais motivos de procura pela Unidade Básica de Saúde de mulheres no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018;

- Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre os motivos de procura das mulheres pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Alpestre/RS;

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde das mulheres que procuram atendimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) IV do município de Alpestre/RS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

A mulher que vive nos tempos contemporâneos é agraciada com políticas públicas específicas que abrangem diferenças de gêneros, especificidades de classes e diferenças que podem ser sociais, religiosas, de localidade, como mulheres que moram em zonas rurais e restritivas, exemplo disto são as presidiárias, dentre outras especificidades. Olhando apenas as políticas de inclusão dos dias atuais, é estarrecedor pensar que há apenas algumas décadas a situação era completamente inversa. (BRASIL, 2011).

Tratando-se de gênero, mesmo após muitas mudanças, as sociedades ocidentais ainda trazem traços da mulher submissa ao marido a ordens sem questionamentos, ficando reclusa em sua residência cuidando somente da esfera privada, enaltecendo ainda o homem como o provedor das condições de sobrevivência, tendo seu trabalho no âmbito público e ocupando dentro de casa o papel de chefe (NADER; RANGEL, 2014).

Muitas discussões sobre a aceitação e a submissão da mulher à dominação masculina, ou mesmo sua reação às restrições que a ideologia patriarcal promove em suas vidas, foram realizadas ao longo do século XX. Debates foram travados acerca da marginalização da mulher na história, seu obscurantismo como sujeito político, sua nula participação nas mudanças sociais e sua participação na manutenção da ordem falocrática. Por outro lado, as discussões se acirraram quando se manifestaram as pesquisas que denunciavam certa violência masculina para o trato com as mulheres e abuso, também por parte dos homens, da sexualidade das mulheres. Eram estudos de mulheres espancadas, humilhadas e sem histórias. [...] o termo gênero passou a ser utilizado por feministas norte-americanas que visavam acentuar o caráter essencialmente social das distinções baseadas no sexo. As análises feministas radicais indicavam que a diferenciação de gênero era basicamente uma questão de desigualdade entre o comportamento sociocultural masculino e feminino, sendo o masculino o dominante (NADER, RANGEL, 2014, p.13).

No Brasil às questões de gênero são trazidas ao centro por volta dos anos 70, concomitantemente com o processo da Reforma Sanitária, pelos movimentos feministas que reivindicavam pelos direitos das mulheres dentro de vários aspectos, dentre eles a autonomia das mulheres para escolherem se queriam ou não ter filhos, direitos sobre seu corpo e sobre sua sexualidade, apresentando também novas questões dentro do Planejamento Familiar (REZENDE, 2011).

Se tratando da área da saúde, faz-se importante relembrar a assistência ofertada à mulher até a década de 70. Voltada quase que somente para o papel reprodutivo, a assistência

de saúde disponibilizada se baseava em ações do período gestacional, do parto e puerpério, deixando de lado as inúmeras áreas que abrangem a saúde da mulher, dentre elas as diferenças do gênero e suas especificidades (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA; 2015).

Dessa forma, em 1984, o Ministério da Saúde dá início a uma série de mudanças que irão surgir ao longo dos anos com relação à saúde da mulher, tirando-a do predomínio da visão reprodutiva e ofertando uma atenção mais integral. Surge assim o PAISM, fruto de muitas lutas e reivindicações dos movimentos sociais e feministas. (OLIVEIRA, 2016).

O PAISM tornou visível aos olhos da sociedade as diversas dificuldades de assistência que as mulheres encontravam até então, problemas estes de grande importância e que aos poucos foram cada vez mais ficando evidentes. Dentre os principais problemas encontrados traz-se aqui o Pré-Natal de baixa qualidade e adesão, a precariedade da atenção ao parto, aumentando a sua medicalização e o número de cesáreas, a diminuição significativa do aleitamento materno, observa-se a carência de alojamento conjunto nas maternidades e também de creches para que as mães possam amamentar sem perder seus trabalhos (BRASIL, 1985; BRASIL, 2011).

Outro ponto importante trazido pelo Programa foi o aumento da taxa de morbimortalidade expondo a falta de ações para a prevenção e identificação precoce da doença. O aumento do número de ISTs e gravidez antes dos 15 anos também causava preocupações, necessitando de ações voltadas para estas áreas. (BRASIL, 1985).

O conceito de Assistência Integral à Saúde da Mulher é trazido por Brasil (1985, p. 6) como: “ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde”. Dentre os objetivos do PAISM estavam o aumento de atividades de atenção integral clínica e ginecológica, melhoramento do pré-natal, parto e puerpério, trazendo as peculiaridades da mulher da adolescência até a idade avançada, atuando no controle das ISTs, cânceres de colo de útero e mama e atenção para a concepção e pré-concepção (BRASIL, 1985).

No ano seguinte acontece um dos eventos mais importantes daquele período, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que trouxe a saúde como direito da população, devendo ser garantida pelo Estado mediante políticas públicas e ações voltadas à promoção, recuperação e reabilitação da saúde, ofertadas de forma igualitária e integral. Esta conferência foi um marco de suma relevância para todas as políticas públicas de saúde que seriam desenvolvidas, inclusive o SUS (BRASIL, 1986).

A partir da Constituição Federal de 1988 e da construção e implementação do SUS, o contexto situacional de saúde no Brasil mudou de forma positiva. Em 2004 a Secretaria

Especial de Políticas para as Mulheres lançou o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) a fim de reafirmar o compromisso de um modelo de gestão diferente e solidário, fortalecendo a democracia, tendo como princípios, diretrizes e pressupostos a autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2004b).

Também no ano de 2004 o Ministério da Saúde lançou a PNAISM, que incorporou as mudanças expressivas no campo do gênero e desigualdade social a fim de nortear as ações de atenção à saúde da mulher em todas as esferas de atendimento. Temas persistentes na assistência à mulher, como a precariedade do atendimento obstétrico e o abortamento em condições impróprias também foram tratados. Destaca-se a inclusão da violência doméstica e sexual, do enfoque dado à saúde mental relacionada ao gênero, da saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, moradoras e trabalhadoras de áreas rurais e em situação prisional (BRASIL, 2004a).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004a, p.13).

No ano de 2008 a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres elaborou o II PNPM, onde já foi possível observar mudanças expressivas, abrangendo questões de gênero e raça, a inserção do meio rural e da floresta atentando ao desenvolvimento sustentável, assim como o direito a terra, moradia digna no meio rural e urbano. Outro ponto importante é que já se vê uma estratégia de enfrentamento ao racismo, sexismo, lesbofobia e desigualdades geracionais (BRASIL, 2008).

Este Plano teve a sua terceira revisão e reformulação no ano de 2013 trazendo princípios como o respeito à diversidade, o caráter laico do Estado, o incentivo contínuo da autonomia das mulheres e igualdade de forma mais eficaz entre mulheres em homens em todo e qualquer âmbito (BRASIL, 2013a).

Pôde-se notar que, com o passar dos anos, a assistência à saúde da mulher teve inúmeros pontos positivos. A criação das PNAISM incluiu muitas variáveis que até então eram excluídas no que tange a saúde da mulher. É visto que ainda há muitos direitos pelos

quais a mulher ainda precisa lutar, entretanto ao se fazer uma análise histórica, é possível ver o crescimento expressivo dos direitos destas.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DA MULHER

Antes de entrar na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) faz-se necessário retomar brevemente a história de criação desta, incluindo, principalmente, a concepção do Programa de Saúde da Família (PSF), que se constitui em um dos alvos de atuação desta política e um dos programas de fundamental importância na saúde da população brasileira (BRASIL, 2010a).

Após a promulgação da lei que regulamentava a criação do SUS, 8.080 de 19/09/1990, o país aos poucos avançava em novas formas de atendimento à população. O ano de 1993 constituiu-se no ano de planejamento de uma proposta para substituir a forma de atendimento em saúde, onde tinha como ponto importante a organização da atenção primária, sendo esta a porta de entrada da população à saúde (BRASIL, 2010a).

Duas décadas antes, em meados de 70 e 80, surge um personagem que revelou ser de suma importância na assistência à saúde, tratava-se dos Auxiliares de Saúde, posteriormente chamados de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A cidade de Planaltina, Distrito Federal, tem uma experiência importante com os auxiliares de saúde. Tendo sido capacitados pelo Serviço Social, os ACS exerceram papel importante em atuação com as famílias, em que se pôde observar que o fluxo de crianças levadas à emergência hospitalar diminuiu, assim como a mortalidade infantil (BRASIL, 2010a).

Dados positivos como estes fizeram com que o Ministério da Saúde (MS), no ano de 1991, percebesse a importância destes auxiliares, decidindo adotar este programa em todo o país, os auxiliares foram rebatizados como Agentes Comunitários de Saúde fazendo parte do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tendo importante impacto na redução da mortalidade infantil, assim como intensificação da vacinação em todo território nacional (BRASIL, 2010a; AFONSO, 2017; MOROSINI; FONSECA, 2018).

Em 1993 o acesso aos serviços de saúde ainda apresentava muita dificuldade, sendo que em muitos municípios não havia profissional médico, o que acabou movimentando os setores gestores para a criação do PSF, que posteriormente seria renomeado de ESF. Dessa forma, em 1994, o PSF fez parte da estrutura da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) tendo posteriormente sido criado fundo próprio para financiar suas ações. (BRASIL, 2010a; TESSER; NORMAN, 2014).

Logo ao ser criado, os recursos disponíveis ao PSF restringiam a sua implantação e atividades aos municípios mais carentes, que estavam inseridos no então Mapa da Fome. A

partir da elaboração da Norma Operacional Básica (NOB), no ano de 1996, foi possível dar maiores condições ao programa. Através desta norma foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), adotando um financiamento Per Capita e incentivos financeiros ao PSF e PACS (BRASIL, 2010a).

Dez anos da NOB 96 é lançada a PNAB, através da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, vindo para revisar as diretrizes e normas de organização da atenção básica, PSF e também o PACS. Esta política define os recursos que serão disponibilizados para cobrir o fomento aos municípios habilitados pelo PAB, cobrir as despesas de assistência básica à saúde nos municípios e também para a estruturação da rede de Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2006a).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p. 3).

A PNAB traz definições importantes para o cenário de saúde brasileira, onde especifica o que é e do que se trata a AB, dispondo a Saúde da Família como proposta principal para a organização dos sistemas de saúde, tendo como base as disposições do SUS. Considerando o indivíduo no meio em que vive, levando em consideração sua singularidade e complexidade, atuando na promoção, prevenção e tratamento de doenças e agravos, assim como na redução de danos que possam dificultar uma vida saudável (BRASIL, 2006a).

Outra questão importante na instituição desta política foi a definição das áreas de atuação estratégicas em todo o território brasileiro, visando, conforme Brasil, (2006a, p. 4) a “eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.” Também, de acordo com os aspectos individuais de cada região, poderiam ser definidas mais estratégias de atuação. (BRASIL, 2006a).

Esta política estabeleceu que o ministério da saúde deve garantir as fontes de recursos federais para subsidiar o PAB fixo e variável, assim como também organizar com o Ministério da Educação atividades curriculares dentro dos cursos de graduação nas áreas da saúde, para que estes profissionais tenham uma formação compatível com um perfil adequado para a atenção básica. Outro ponto importante que a política traz diz respeito aos itens necessários para a realização das ações na atenção básica e também da implantação das estratégias de saúde da família, que vão desde a infraestrutura até a equipe multiprofissional necessária (BRASIL, 2006a).

Através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a PNAB foi revisada, trazendo algumas mudanças expressivas, como por exemplo, um aumento de quase 40% dos recursos repassados fundo a fundo, tendo como base para o repasse aos municípios a equidade, diferenciando o valor per capita para municípios com população que apresenta maior parcela de pobreza, extrema pobreza e menor densidade demográficos, e a qualidade, através de um instrumento que avalia as equipes e os municípios através de resultados e metas alcançadas (BRASIL, 2012).

Dentre as melhorias advindas com a atualização da política houve também a inclusão dos indivíduos moradores de rua, onde através dos consultórios de rua tiveram mais acesso aos profissionais e serviços de saúde. A criação de unidades básicas fluviais e de ESFs para a população ribeirinha também foi facilitada. Ações de intersetorialidade, como o Programa Saúde na Escola (PSE), a utilização da ferramenta Telessaúde do mesmo modo fizeram parte dessa política (BRASIL, 2012).

No ano de 2017, pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, novamente esta política teve suas diretrizes e princípios revisados, passando a considerar os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes para fins da respectiva política. Descreve os princípios e diretrizes da política com algumas mudanças importantes, como, por exemplo, o princípio da universalidade (BRASIL 2017).

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades (BRASIL, 2017, p.8).

Esta nova revisão da portaria traz a importância da utilização de ferramentas de assistência, como o Telessaúde, a fim de aumentar a resolutividade da atenção básica e

consequentemente diminuir a quantidade de pacientes potencialmente expostos a consultas e/ou procedimentos desnecessários, favorecendo o uso racional de materiais e diminuição de gastos (BRASIL 2017).

Um dos pontos mais importantes e talvez polêmicos desta nova portaria é a possibilidade dos ACS, após devido treinamento e sendo assistidas por um profissional de nível superior, membro da equipe, incorporarem em suas funções a aferição de pressão arterial, a medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, realização de curativos simples, indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, assim como planejar, gerenciar e avaliar ações desenvolvidas pelos ACS e Agentes Comunitários de Endemias (ACE) (BRASIL, 2017).

Esta política também sugere a inclusão do Gerente de Atenção Básica. Sendo um profissional qualificado, preferencialmente de nível superior e não sendo integrante das equipes vinculadas às UBS, tendo suas funções como técnicas e gerenciais, dentre elas acompanhar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico e planejamento das ações das equipes, assegurar a alimentação dos dados nos sistemas de informação da atenção básica que estiverem vigentes, dentre outras funções (BRASIL, 2017).

A PNAB é um importante marco na área da legislação em saúde no Brasil, sendo um marco de suma importância para a área e em uma das principais políticas norteadoras para o funcionamento e financiamento da AB no Brasil. Servindo como guia tanto para os gestores das três esferas políticas assim como para os profissionais atuantes nas áreas que a política abrange.

Dentro da área da Saúde da Mulher, no ano de 2004, foi lançada a primeira, e única até então, PNAISM. Compreendendo a importância e especificidade dessa população, a área da Saúde da Mulher foi classificada como de atuação estratégica já na primeira PNAB, lançada dois anos após a PNAISM (BRASIL, 2006a).

Tanto a criação da PNAB e suas revisões e a elaboração da PNAISM foram de grande importância para o crescimento e melhoria da qualidade do atendimento e ao acesso aos serviços de saúde da população brasileira, haja vista o contexto atual de saúde. Faz-se necessário a contínua integração de serviços e de equipes multiprofissionais para atuar, de forma ágil e resolutiva, nas diferentes áreas que a saúde da mulher abrange, a fim de não serem perdidos os avanços até então conquistados por esta população.

2.3 AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS ÀS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA

Próximo de completar 36 anos desde a criação do primeiro programa voltado à saúde da mulher, o PAISM, e das primeiras ações voltadas exclusivamente para a população feminina, muita coisa mudou. Se anteriormente à criação do programa as ações eram voltadas para os assuntos relacionados à maternidade, hoje se vê uma gama de ações direcionadas para as particularidades de cada mulher brasileira (BRASIL, 2019; SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019).

É importante lembrar que o SUS possui três esferas de atuação, a federal, a estadual e a municipal, onde, segundo Brasil, (2019, p.1):

O nível federal tem principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e municípios; e controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. A direção estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. À direção municipal do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços das ações de saúde.

Gradativamente ao passar dos anos as políticas públicas de saúde para a população feminina foram sofrendo alterações de acordo com a mudança dos padrões da sociedade e da população abrangida. Em 2003 deu-se início a construção da PNAISM, onde foram analisados tudo que até então tinha sido feito, os pontos que precisavam de melhorias e os temas que necessitavam ser incorporados na política. Tendo sido lançada em 2004, a política trouxe diversos pontos importantes que até então não eram considerados. (BRASIL, 2019; SOUZA; TAVARES; ROCHA, 2019).

Dentre as áreas que foram consideradas como importantes, tendo sido incorporadas nesta política, destaca-se as ações voltadas às mulheres negras, quilombolas, em situação prisional, mulheres indígenas, trabalhadoras e moradoras da zona rural, do campo e da floresta, mulheres com deficiência, em situação de rua, ciganas, mulheres transexuais, bissexuais, lésbicas, idosas. Se em políticas e programas anteriores estas não eram consideradas, a PNAISM trouxe a inclusão das especificidades da mulher brasileira como um dos pontos principais de sua essência (BRASIL, 2019).

Incluem-se nesta política ações de ampliação da qualidade da atenção clínico-ginecológica, incluindo as portadoras de IST e HIV, assim como a promoção das atividades de prevenção e atendimento qualificado às mulheres em situação de violência doméstica e

sexual; redução da morbimortalidade por câncer na população feminina; implementar ações de saúde mental com enfoque de gênero; desenvolver ações para a saúde mulher no climatério, bem como promover a saúde da mulher na terceira idade (BRASIL, 2011).

No ano de 2011 o MS lançou a estratégia Rede Cegonha, como forma de assegurar a cada gestante o direito de planejamento reprodutivo seguro e de qualidade através de ações que abrangem o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança. Através dessa estratégia o MS tenta implantar os Centros de Parto Normal (CPN), onde a gestante deve ser sempre acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetritz, em um ambiente devidamente adequado para que a mesma possa ter liberdade de decisão, como por exemplo, ter a liberdade de locomoção e de escolha por técnicas não medicamentosas de manejo da dor (BRASIL, 2019; SILVA, 2018).

Também houve a implantação dos testes rápidos para diagnósticos de HIV e sífilis que facilitam, sobretudo, o manejo e atendimento correto às gestantes e seus parceiros, uma vez que se torna fundamental a prevenção e eliminação de casos de sífilis congênita e transmissão vertical do HIV, consequentemente reduzindo a mortalidade materna e infantil por causas evitáveis (BRASIL, 2019).

Tendo como base as políticas até então criadas e a assistência dispensada para as mulheres na atenção primária, algumas pesquisas também destacam que ainda há deficiências importantes no tocante a atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher (XAVIER et al., 2014).

A assistência de enfermagem encontra-se centrada na atenção individual com foco na queixa das usuárias, em detrimento dos aspectos determinantes no processo saúde/doença/cuidado, como classe, geração, raça/etnia e gênero, distanciando-se da integralidade (XAVIER et al., 2014, p. 857-858).

Ao ler a PNAISM é possível notar algumas fragilidades em relação à clareza das atividades a serem realizadas, pois embora haja diretrizes e objetivos específicos sobre a abrangência da política, não é possível notar de modo claro quais serão as ações a serem realizadas para estas mulheres, ficando restrito a direcionamentos abstratos sobre estratégias e metas a serem alcançados para as diferentes especificidades de cada mulher (BRASIL, 2011).

Em 2016, o Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Sírio-Libanês, elaborou o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das mulheres, com o intuito de melhorar a resolutividade do atendimento à mulher através das equipes de saúde. Trazendo orientações de acolhimento e formas de manejo frente a queixas mais trazidas pelas mulheres, tais como: sangramento uterino, atraso menstrual, corrimento vaginal, mastalgia, etc. (BRASIL, 2016b).

2.3. 1 Ações de saúde ofertadas às mulheres na Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul

A saúde da mulher faz parte das ações e serviços ofertados à população pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, tendo como base a PNAISM. Para entender ações voltadas para essa área, faz-se importante detalhar como funciona a organização da saúde no estado. Conforme Rio Grande do Sul (2016, p.25):

A organização da Rede de Atenção à Saúde exige a definição da Região de Saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços ofertados neste território. O Rio Grande do Sul possui 30 Regiões de Saúde e elas são a base para o planejamento em saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde. O RS está dividido político-administrativamente em 19 CRS. Estas, quando agrupadas, formam sete macrorregiões de saúde, as quais visam garantir uma organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade para atender os casos mais complexos.

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher traz quatro áreas como prioritárias e que são vinculadas à APS, sendo elas: enfrentamento ao câncer de mama e colo de útero, planejamento sexual e reprodutivo, enfrentamento à violência e atenção ao pré-natal, tendo como primordial o desenvolvimento de ações para prevenção, promoção e detecção precoce dos cânceres de colo de útero e mama, considerando sua alta incidência e mortalidade (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Também são desenvolvidas ações para o enfrentamento da violência, sendo uma destas a realização de ações para aprimorar competências e habilidades com os profissionais para melhor atender esta problemática, tendo conhecimento da existência dos órgãos de referência que possam dar auxílio à vítima de violência, construindo dessa forma uma rede de trabalho integrada de atenção às vítimas de violência doméstica e sexual (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Quanto às ações relacionadas ao planejamento sexual e reprodutivo são disponibilizadas às mulheres e seus parceiros acesso às informações, ações, métodos e técnicas sobre o planejamento familiar e fecundidade, assegurando direitos igualitários tanto para a mulher, o homem ou o casal, tendo sua escolha livre e respeitada. A implantação da

rede de atenção materno-infantil, através da Rede Cegonha é um dos projetos prioritários do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

2.3.2 Ações de saúde ofertadas às mulheres na Atenção Básica no município de Alpestre-RS – plano municipal de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Alpestre é subdividida por setores, de modo a melhorar e aprimorar os serviços ofertados à população, garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde, tais setores são:

Administração; farmácia básica; imunizações; vigilância sanitária e ambiental; vigilância epidemiológica; saúde bucal; enfermagem; Estratégia de Saúde da Família – ESF; arquivo; prestação de serviços: laboratoriais, fisioterapêuticos, consultas médicas, nutrição, psicologia e fonoaudiologia; setor de agendamento; NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família; setor de radiologia; setor de ultrassonografia; setor de entrega de exames; academia de saúde; NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, 2018, p. 19).

Tendo a saúde da mulher como uma de suas áreas de atenção prioritária, a SMS tem como objetivos diminuir a morbimortalidade relacionada ao câncer de colo de útero, mama e outros, garantir o acesso à informação e métodos para o planejamento familiar e implantar ações/programas para controle das IST e da AIDS (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, 2018).

Objetivos estes a serem alcançados através de ações como:

[...] informar a população sobre CA, DST, planejamento familiar em grupos nas comunidades [...]; garantia de acesso a exames de mamografia; organização do serviço conforme determinação da BENFAM, funcionário exclusivo disponível para orientação e distribuição de métodos anticoncepcionais; garantir acesso ao teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste; manter distribuição de preservativos no trabalho e prevenção das DST's/AIDS e da gravidez na adolescência; desenvolver ações em parceria com as escolas para realizar atividades educativas/preventivas na área da saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, 2018, p.63-64).

Segundo informações colhidas na SMS, o município também conta com serviço de atendimento especializado na área de ginecologia, tendo profissional ginecologista por 20 horas semanais, onde se realizam consultas, avaliações, coleta de exame citopatológico e também alguns procedimentos como cauterização de lesões no colo uterino.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza mista, integrando processos quantitativos e qualitativos. A pesquisa de natureza mista trata-se de uma linha de estudo onde há a integração de dados qualitativos e quantitativos, tanto em estudos individuais ou coletivos. Esta junção dos dados enriquece a pesquisa, possibilitando analisar em um mesmo estudo números e palavras. Também traz maior segurança ao pesquisador que sustenta uma hipótese ou modelo, oferecendo mais oportunidades para interpretações (POLIT, 2011).

No que tange à parte quantitativa, foi realizada uma pesquisa de caráter transversal através dos prontuários eletrônicos das mulheres que frequentaram a Unidade Básica de Saúde - ESF IV, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, utilizando-se da sazonalidade como meio de seleção dos meses a serem analisados, logo, verificou-se o mês de janeiro (verão), maio (outono), agosto (inverno) e novembro (primavera), de forma intencional, identificando e analisando o perfil das mulheres quanto às condições de saúde e queixas crônicas que procuram atendimento na Atenção Básica (CRESWELL, 2010; HULLEY et al., 2008).

Como abordagem qualitativa, realizou-se uma construção de cunho participativo, onde os indivíduos implicados no tema em questão participaram dos caminhos metodológicos da pesquisa, para isto foram utilizadas para norteio as doze etapas da Pesquisa-ação, descritas na tabela abaixo, relacionadas com as etapas da pesquisa desenvolvida. Esta, que dentre suas características faz o uso de grupos focais para elucidar questões de diversas áreas, onde seus membros podem ou não estar inclusos na situação-problema, desde que possuam interesse e participação na formulação de respostas, também tem como um de seus objetivos auxiliar a resolução da questão chave da pesquisa apontando propostas que colaborarão para os agentes elucidarem sua situação (THIOLENT, 2011).

Quadro 1 Adaptação das etapas da pesquisa-ação a partir de Thiollent (2011) (continua)

Etapas realizadas neste projeto de pesquisa
<p><i>1º Etapa:</i> Definiu-se o problema de pesquisa; Políticas de saúde; Definiu-se o referencial teórico que subsidiou a pesquisa;</p>

Fonte: Adaptado de THIOLENT (2011)

Quadro 1 Adaptação das etapas da pesquisa-ação a partir de Thiollent (2011) (conclusão)

<p><i>2º Etapa:</i> Pesquisou-se nos prontuários selecionados com base nos critérios pré-determinados. Utilizou-se o formulário para a coleta de dados descrito no APÊNDICE A.</p> <p>Foi entregue aos profissionais responsáveis do acolhimento da ESF IV o questionário individual sobre o acolhimento de mulheres na atenção básica de saúde. (APÊNDICE B).</p> <p>Iniciou-se a construção do Fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde.</p> <p>Após a construção do fluxograma foram realizados dois grupos focais temáticos, onde foram convidados os profissionais responsáveis pelo acolhimento nas demais ESFs do município de Alpestre.</p> <p><i>Grupo Focal:</i> Apresentação do projeto de pesquisa e dos resultados obtidos até então. Uma proposta do fluxograma previamente elaborado foi mostrada aos participantes para que os mesmos pudessem avaliar e dar opiniões sobre o instrumento;</p>
<p><i>3º Etapa:</i> Apresentar-se-á o fluxograma para o Conselho Municipal de Saúde para obter aprovação;</p>
<p><i>Etapa 4º:</i> Os enfermeiros e técnicos de enfermagem serão capacitados</p>
<p><i>Etapa 5:</i> Os resultados serão divulgados para o Conselho Municipal de Saúde e Coren-RS</p>

Fonte: Adaptado de THIOLENT (2011)

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS

Etapa 1º: Definição do problema de pesquisa. Foram realizadas pesquisas sobre políticas de saúde e definição do referencial teórico que serviu para subsidiar este estudo.

Etapa 2º: Definição da análise inicial do local da pesquisa e da população estudada. Após serem realizadas análises descritivas dos dados relacionados ao perfil socioeconômico e demográfico gerado pela análise dos relatórios oriundos dos prontuários, em que se procuraram dados relacionados ao número e os motivos de procura à unidade no período determinado. O acesso aos prontuários deu-se através do sistema e-SUS versão 3.2.18. Para isso utilizou-se como instrumento de coleta um formulário norteador para a análise dos relatórios oriundos dos prontuários das pacientes (APÊNDICE A). Nesta etapa foi entregue aos profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento da ESF IV o questionário individual sobre o acolhimento de mulheres na atenção básica de saúde (APÊNDICE B). Após a análise dos dados oriundos dos formulários (APÊNDICE A), iniciou-se a construção do fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na AB. Este instrumento foi mostrado para os profissionais do acolhimento de outras ESFs no grupo focal (GF), que contou com a participação dos profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento de algumas ESFs do município de Alpestre. A técnica de grupo focal é uma forma de coleta de dados na qual os indivíduos, reunidos em um local por determinado período de tempo, expressam suas opiniões sobre assuntos previamente estabelecidos, interagindo entre eles e também com o pesquisador, o que permite a troca de experiências, de ideias, conceitos e opiniões. No *GF* foi

realizada uma explanação da pesquisa e dos resultados obtidos da análise dos questionários e uma proposta de fluxograma, elaborado a partir desta análise, onde após a visualização os participantes pudessem avaliar e dar opiniões sobre o instrumento (ANEXO 1). Não foi necessária a realização de outro GF, uma vez que as opiniões dos participantes do GF 1 foram incluídas e explanadas durante a realização do mesmo. O roteiro do GF foi adaptado do Relatório do Grupo Focal da Pesquisa, do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), do ano de 2013 (SOUZA et al., 2013; KINALSKI, et al., 2017).

Etapa 3º: Nesta etapa o fluxograma será levado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para que os conselheiros pudessem analisá-lo e assim obter aprovação para encaminhá-lo à secretaria de saúde do município de Alpestre.

Etapa 4: Após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre, e da banca avaliadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), o fluxograma será encaminhado para a 19ª CRS, onde também será realizada a capacitação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, responsáveis pelo acolhimento, para que possam fazer uso do fluxograma de maneira correta e eficaz.

Etapa 5: A última etapa consistirá em divulgar os resultados obtidos através do desenvolvimento da pesquisa assim como o fluxograma produzido para CMS e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN/RS).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Alpestre-RS, em uma das quatro estratégias de Saúde da Família implantadas no município, a EFS IV, onde a pesquisadora atua como enfermeira e tem anseios de mudanças para a melhoria do atendimento ofertado à população assistida.

Alpestre localiza-se no Extremo Norte do Rio Grande do Sul, onde no território de Porto Santa Lúcia, no Tavelgue do Rio Uruguai delimita-se o Marco do Extremo Norte, demarcando ali o Ponto mais Setentrional do Estado do Rio Grande do Sul. No ano de 2016 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que sua população até então era de 7.533 habitantes, tendo como maioria a população residente em áreas rurais (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, ENTRE 2010 E 2020).

A SMS de Alpestre foi criada em 1989 através da lei municipal de nº 389/89 e está subdividida nos seguintes setores: Administração; Farmácia Básica; Imunizações; Vigilância Sanitária e Ambiental; Vigilância Epidemiológica; Saúde Bucal; Enfermagem; ESF; Arquivo; Prestação de serviços laboratoriais, fisioterapêuticos, consultas médicas, nutrição, psicologia e fonoaudiologia, setor de agendamento; NASF; Setor de Radiologia; Setor de Radiologia; Setor de Ultrassonografia; Setor de Entrega de Exames; Academia de Saúde e Núcleo de Apoio na Atenção Básica – NAAB. Conta com 60 profissionais, sendo que 23 são ACS, dois profissionais com contrato terceirizado, 60 servidores municipais e quatro cargos de confiança.

O município conta com um hospital pequeno, com 19 leitos e quatro equipes de ESF, sendo que três delas situam-se na área urbana e uma na área rural. Os profissionais atuantes em cada ESF são descritos nas tabelas abaixo:

Tabela 1 Profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da ESF I

ESF I	
PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Agente Comunitário de Saúde	05
Cirurgião Dentista Clínico Geral	02
Auxiliar em Saúde Bucal	01
Médico da Estratégia de Saúde da Família	01
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01
Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01
Faxineiro	01

FONTE: Tabela elaborada pela autora com os dados cadastrais do CNES disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre-RS, 2018

Tabela 2 Profissionais cadastrados no CNES da ESF II

ESF II	
PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Agente Comunitário de Saúde	06
Auxiliar de Enfermagem	01
Farmacêutico	02
Médico da Estratégia de Saúde da Família	01
Enfermeiro	01
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01
Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01
Técnico de Enfermagem	01
Faxineiro	01

FONTE: Tabela elaborada pela autora com os dados cadastrais do CNES disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre-RS, 2018

Tabela 3 Profissionais cadastrados no CNES da ESF III

ESF III	
PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Agente Comunitário de Saúde	05
Cirurgião Dentista Clínico Geral	01
Médico da Estratégia de Saúde da Família	01
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01
Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01
Faxineiro	01

FONTE: Tabela elaborada pela autora com os dados cadastrais do CNES disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre-RS, 2018

Tabela 4 Profissionais cadastrados no CNES da ESF IV

ESF IV	
PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Fisioterapeuta geral	01
Nutricionista	01
Assistente Social	01
Psicólogo Clínico	01
Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família	01
Agente Comunitário de Saúde	06
Médico da Estratégia de Saúde da Família	01
Auxiliar em Saúde Bucal	01
Enfermeiro	01
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01
Técnico de Enfermagem	01
Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01
Faxineiro	01

FONTE: Tabela elaborada pela autora com os dados cadastrais do CNES disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre-RS

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa ação utilizou-se o método de seleção intencional, a qual os indivíduos foram selecionados com base nos objetivos propostos. Posto isto, os participantes da pesquisa incluídos foram os profissionais de enfermagem (enfermeira ou técnico de enfermagem) responsáveis pelo acolhimento da ESF IV. Posteriormente, para etapa de elaboração do fluxograma, foram convidados para participar do grupo focal os profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento das demais ESFs.

3.4 TEMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida durante o primeiro semestre de 2019 até o primeiro semestre de 2020.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Quadro 2 Etapas das coletas de dados

	PERÍODO	PARTICIPANTES
ETAPA 1	01/10 à 20/12 de 2019	Prontuários selecionados com base nos critérios pré-determinados.
ETAPA 2	20/12 a 30/12 de 2019	Profissionais responsáveis pelo acolhimento da ESF IV
ETAPA 3	15/02 à 30/03 de 2020	Grupos Focais com profissionais responsáveis pelo acolhimento das demais ESFs do município de Alpestre

FONTE: Elaborado pela autora, 2020

Tendo em mãos os resultados obtidos através da análise dos formulários e também os dados obtidos através dos grupos focais e dos questionários, realizou-se a análise detalhada dos documentos a fim de observar se as opiniões e conhecimentos dos funcionários estão em consonância, ou não, com os dados obtidos nos prontuários selecionados. Com na análise dos resultados iniciou-se a construção do fluxograma para atendimento das mulheres na UBS.

A partir da elaboração prévia do fluxograma foi realizado um GF, na terceira etapa, com os profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento da ESF IV. Nestes também foram convidados os responsáveis pelo acolhimento das outras ESFs do município, os enfermeiros e técnicos de enfermagem (APÊNDICE E). Onde a pesquisa e o fluxograma elaborado foram apresentados aos participantes para que pudessem analisar e opinar sobre o mesmo, a fim de obter sua validação.

Cabe destacar que os GF foram conduzidos por um moderador, no caso a pesquisadora, pois como nos indica Lacerda, Costenaro (2016), o coordenador ou moderador, ou seja, é o indivíduo que coordena todas as etapas dos grupos, explicando sobre a pesquisa, a dinâmica utilizada, estimulando os debates e a síntese de ideias sobre o tema.

Faz-se importante mencionar que os profissionais responsáveis pelo acolhimento nas ESFs do município de Alpestre são os técnicos de enfermagem e os enfermeiros de cada equipe, tendo sob sua responsabilidade acolher tanto a demanda espontânea quanto à agendada, tendo escuta ativa e direcionando o paciente para o melhor caminho para a resolução de sua queixa, promovendo também a formação/manutenção de vínculo entre a equipe e o usuário

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) com o número de parecer: 3.670.579 e número do CAAE: 16664219.8.0000.0118, no dia 30 de outubro de 2019. Este

estudo respeitou as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos encontradas na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e os preceitos e artigos do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2013b; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Com relação ao risco relacionado ao acesso ao prontuário. Os dados coletados foram usados apenas para análise quantitativa da pesquisa, onde se preservou a identidade e anonimato das usuárias (população feminina do estudo). Os dados do prontuário foram fornecidos pela secretaria municipal de saúde em forma de relatório sem a identificação das usuárias. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo foram a oportunidade de fazer parte de um estudo em que um instrumento para melhoria do acolhimento às mulheres foi desenvolvido, contribuindo diretamente para o aprimoramento dos serviços de saúde.

O manuseio dos dados foi realizado somente pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada utilizando-se o *Software Statistical Program for Social Sciences 21.0 (SPSS)*, onde foram realizadas as seguintes análises estatísticas:

- 1- Análise da frequência absoluta e relativa de dados variáveis, como raça, idade, situação conjugal, nacionalidade, curso mais elevado que frequenta ou frequentou situação no mercado de trabalho, dados do perfil de saúde (é fumante, usa álcool, usa outras drogas, tem hipertensão arterial, tem diabetes mellitus, teve AVC/derrame, teve infarto, têm doenças cardíacas, tem ou teve problemas nos rins, tem hanseníase, está com tuberculose, tem ou teve câncer, teve alguma internação nos últimos 12 meses, teve diagnóstico de algum problema de saúde mental, está acamado, está domiciliado, usa plantas medicinais, usa outras práticas integrativas e complementares) e número de consultas no período determinado;
- 2- Análise da prevalência que foi estruturada estatisticamente em relação à frequência absoluta e relativa dos principais motivos de busca das mulheres pela unidade. Utilizando o programa SPSS analisaram-se os dados do perfil socioeconômico e demográfico que foram obtidos por meio da análise dos prontuários. Houve um total de 561 atendimentos a 357 mulheres, correspondentes aos meses de janeiro, maio, agosto e novembro de 2018.

A análise dos dados qualitativos foi realizada através do método de análise de conteúdo de Bardin (2011), o qual se organiza em três polos:

- 1- *Pré-análise*: Fase de organização. Os documentos serão escolhidos através da leitura flutuante, a qual tem por objetivo a análise dos documentos, tendo em mente os objetivos da pesquisa. É também nesta fase que poderão ser formuladas hipóteses e objetivos. Ao final desta etapa os materiais escolhidos serão preparados e organizados para a análise propriamente dita (BARDIN, 2011);
- 2- *Exploração do material*: Período onde será feita uma longa e exaustiva leitura do material, onde serão processados de forma a codificá-los, demonstrando de forma sistemática o seu conteúdo (BARDIN, 2011);
- 3- *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: Neste momento serão realizadas as interpretações dos resultados (BARDIN, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Com relação aos motivos de procura pelo serviço observou-se o seguinte panorama. Conforme as tabelas abaixo.

Tabela 5 Procura das mulheres pela unidade de saúde

		Frequência	Porcentagem
Mês	Janeiro	115	20,5
	Maio	147	26,2
	Agosto	157	28,0
	Novembro	142	25,3
	Total	561	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Observou-se que o mês de agosto 157 (28%) teve a maior procura em relação aos outros meses. Viu-se que, em todos os meses analisados, há um predomínio de mulheres que declararam ser brancas (96,9%), seguido de pardas (1,1%), amarelas (1,1%) e pretas (0,3%). Um total de 0,6% não informou. Corroborando com as características da população do município de Alpestre, onde o maior número de habitantes é de etnia polonesa, tendo também italianos, alemães e luso-brasileiros. Resultado pertinente que vem ao encontro com o estudo de Lena et al. (2019), em que também evidenciou predomínio da raça branca em mulheres (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, ENTRE 2010 E 2020)

Tabela 6 Idade das mulheres que procuraram atendimento

	Frequência	Porcentagem
1 a 9 anos de idade	20	5,6
10 a 14 anos de idade	10	2,8
15 a 19 anos de idade	11	3,1
20 a 39 anos de idade	66	18,5
40 a 59 anos de idade	143	40,1
60 a 79 anos de idade	95	26,6
79 anos ou mais	12	3,4
Total	357	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Com relação à idade observou-se a predominância de mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos, um total de 143 mulheres, contabilizando 40,1% da amostra. Este resultado se assemelha ao obtido no estudo de Cazella et al. (2019) onde a faixa etária das mulheres que procuraram a Atenção Primária foi entre 50 a 65 anos de idade, onde sua procura pela unidade deu-se por motivos crônicos de saúde.

Tabela 7 Situação conjugal das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes

	Frequência	Porcentagem
Não informado	282	79,0
Casada	71	19,9
Solteira	4	1,1
Total	357	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

No tocante à situação conjugal das mulheres do estudo observou-se que na maior parte dos prontuários 282 (79%) este dado não estava informado, mostrando a falta do preenchimento integral e consistente dos cadastros das usuárias, seguido por 71 (19,9%) mulheres casadas e 4 (1,1%) solteiras. Quanto à nacionalidade, todas as mulheres que participaram do estudo eram de nacionalidade brasileira.

Quanto à escolaridade, a maior parte da amostra deste estudo apresentou o ensino fundamental 1ª a 4ª séries, 134 (37,5%) mulheres de uma amostra de 357 seguido de ensino fundamental 5ª a 8ª séries, 94 (26,3%) usuárias. As participantes deste estudo residem no meio rural, evidenciando a presença da baixa escolaridade nesta área. Dado este que também foi encontrado em outros estudos onde o perfil das mulheres do meio rural também foi traçado (FURTADO et al., 2019).

Tabela 8 Escolaridade das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes (continua)

	Frequência	Porcentagem
Pré-escola (exceto Classe de Alfabetização)	3	0,8
Classe de Alfabetização	5	1,4
Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	134	37,5
Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	94	26,3
Ensino Fundamental Completo	26	7,3
Ensino Fundamental Especial	1	0,3
Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	1	0,3
Ensino Fundamental Educação para Jovens e Adultos - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	11	3,1
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico, etc)	32	9,0
Ensino médio Especial	6	1,7
Ensino médio Educação para Jovens e Adultos (supletivo)	2	0,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Tabela 8 Escolaridade das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes (conclusão)

	Frequência	Porcentagem
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	8	2,2
Alfabetização para adultos (mobral, etc)	7	2,0
Nenhum	23	6,4
Não consta no prontuário	4	1,1
Total	357	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Quanto aos dados encontrados sobre a escolaridade observou-se que a maior parte das mulheres tinha o ensino fundamental de 1ª a 4ª séries 134 (37,5%). O estudo de Gomes, Castanheira, Pereira (2017) realizado com 59 mulheres acima dos 60 anos de idade, no Rio de Janeiro, também evidenciou que a maior parte das participantes 32 (54,3%) tinha somente o ensino fundamental incompleto.

Com relação à situação no mercado de trabalho também se observou que a maioria das usuárias era aposentada/pensionista, 145 (40,6%) mulheres.

Tabela 9 Situação no mercado de trabalho das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes

	Frequência	Porcentagem
Assalariado com carteira de trabalho	10	2,8
Assalariado sem carteira de trabalho	4	1,1
Autônomo com previdência social	7	2,0
Aposentado/pensionista	145	40,6
Não trabalha	24	6,7
Servidor público/militar	1	0,3
outro	130	36,4
Não consta no prontuário	36	10,1
Total	357	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

4.2 PERFIL DE SAÚDE

Também utilizando o programa SPSS, analisou-se o perfil de saúde a partir dos dados obtidos através dos prontuários das 357 mulheres correspondentes aos meses de janeiro, maio, agosto e novembro de 2018 (Tabela 10).

Tabela 10 Perfil de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes

	Frequência	Porcentagem
<i>Está fumante?</i>		
Sim	19	5,3
Não	337	94,4
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Faz uso de álcool?</i>		
Sim	2	0,6
Não	353	98,9
Não consta no prontuário	2	0,6
<i>Faz uso de outras drogas?</i>		
Sim	0	0
Não	355	99,4
Não consta no prontuário	2	0,6
<i>Tem hipertensão arterial?</i>		
Sim	142	39,8
Não	215	60,2
<i>Tem diabetes?</i>		
Sim	18	5,0
Não	339	95,0
<i>Teve AVC/derrame?</i>		
Sim	7	2,0
Não	349	97,8
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Teve infarto?</i>		
Não	356	99,7
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Tem doença cardíaca? Qual?</i>		
Sim	1	0,3
Não	336	94,1
Não consta no prontuário	3	0,8
Sim. Não sabe a doença	5	1,4
Sim. Outra doença	12	3,4
<i>Tem ou teve problema nos rins? Qual?</i>		
Não	328	91,9
Não consta no prontuário	17	4,8
Sim. Outra doença	11	3,1
Sim. Não sabe	1	0,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Pôde verificar-se que a maior parte da amostra não é fumante 337 (94,4%), bem como a maioria das mulheres não fazia uso de álcool 353 (98,9%) ou outras drogas 355 (99,4%). Quanto à hipertensão arterial, embora uma parcela importante tivesse a doença 142 (39,8%), a maior parte da amostra não sofria de hipertensão 215 (60,2%). Com relação à diabetes, a maior parte das mulheres deste estudo não tinha a doença 339 (95,0%).

Constatou-se também que a maior parcela da amostra não havia sofrido AVC/derrame 349 (97,8 %) bem como, a parcela de mulheres que não tinha sofrido infarto era maior 356 (99,7 %). Quanto a ter ou não doenças cardíacas, a maior parcela não apresentou alteração 336 (94,1%). Com relação a ter ou não problemas nos rins, a maioria dos cadastros referia não ter tido 328 (91,9%).

A hipertensão arterial (HA) presente em quase 40% do total de mulheres do estudo, é um provável fator de busca pela unidade destas mulheres, seja para renovação de receitas de medicações de uso contínuo, seja para realização de exames para controle da doença ou também devido a outras causas relacionadas à HA. Alguns fatores podem também ser responsáveis por gerar ou aumentar o estresse, como por exemplo, a responsabilidade pelos afazeres domésticos, somada ao trabalho seja fora de casa ou na agricultura (ARAÚJO et al., 2015).

Tabela 11 Continuação do perfil de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes

	Frequência	Porcentagem
<i>Tem doença respiratória no pulmão?</i>		
<i>Qual?</i>		
Não	343	96,1
Não consta no prontuário	3	0,8
Sim. Outra doença	8	2,2
Sim. Asma	1	0,3
Sim. DPOC/enfisema	1	0,3
Sim. Não sabe	1	0,3
<i>Está com hanseníase?</i>		
Não	356	99,7
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Está com tuberculose?</i>		
Não	356	99,7
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Tem ou teve câncer?</i>		
Sim	5	1,4
Não	351	98,3
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Teve alguma interação nos últimos 12 meses? Qual a causa?</i>		
Sim	9	2,5
Não	320	89,6
Não consta no prontuário	9	2,5
Sim. Colectomia	1	0,3
Sim. Asma	1	0,3
Sim. Inflamação dos nervos do braço	1	0,3
Sim. Pneumonia	3	0,8
Sim. Retirada de câncer de pele	1	0,3
Sim. Câimbras	1	0,3
Sim. Cirurgia na bexiga	1	0,3
Sim. Fratura de fêmur	1	0,3
Sim. Internação psiquiátrica	1	0,3
Sim. Trabalho de parto	2	0,6
Sim. Problemas cardíacos	1	0,3
Sim. Diabetes	1	0,3
Sim. Desgaste de ossos	1	0,3
Sim. Desgaste na coluna	1	0,3
Sim. Tratamento para câncer	1	0,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Quanto à doença respiratória no pulmão constatou-se que a maior parte da amostra não possuía 343 (96,1 %). Este mesmo resultado foi encontrado nas questões sobre ter ou não hanseníase 356 (99,7 %), ter ou não tuberculose 356 (99,7 %) e se a paciente havia tido ou

tem câncer, onde também a maior parcela referiu não ter tido ou ter 351 (98,3%). Na pergunta teve alguma internação nos últimos 12 meses e qual a causa, apareceram muitas razões de internação, entretanto a maior parte da amostra não esteve internada nos últimos 12 meses 320 (89,6 %).

Tabela 12 Continuação do perfil de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes

	Frequência	Porcentagem
<i>Teve algum diagnóstico de saúde mental por profissional de saúde?</i>		
Sim	7	2,0
Não	340	95,2
Não consta no prontuário	10	2,8
<i>Está acamado?</i>		
Não	356	99,7
Não consta no prontuário	1	0,3
<i>Está domiciliado?</i>		
Sim	24	6,7
Não	331	92,7
Não consta no prontuário	2	0,6
<i>Usa práticas integrativas e complementares?</i>		
Sim	4	1,1
Não	262	73,4
Não consta no prontuário	91	25,5
<i>Outras condições de saúde</i>		
Sim	1	0,3
Não	344	96,4
Depressão	3	0,8
Problemas de tireoide	1	0,3
Problemas de articulação de braço	1	0,3
Esquizofrenia	1	0,3
Desgaste de joelho	2	0,6
Hérnia de disco	1	0,3
Desgaste de ossos	1	0,3
Desgaste de coluna	1	0,3
Diverticulite	1	0,3
<i>Quantas vezes procurou a unidade em cada um dos meses analisados?</i>		
Uma	273	76,5
Duas	70	19,6
Três	12	3,4
Mais de três	2	0,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Embora a maioria das mulheres não tenha registro de outras condições de saúde 344 (96,4), observa-se que, entre os nove motivos mais citados, a depressão é uma das condições de saúde mais citadas entre os participantes, 3 (0,8%). Doença esta que pode ser considerada em um problema de saúde pública pelas suas características e alterações podendo repercutir em vários aspectos de saúde. No estudo de Gonçalves et al (2018) visualizou-se que as mulheres com sintomas depressivos foram associadas com um número elevado de consultas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Tabela 13 Uso de plantas medicinais das mulheres que procuraram atendimento nos meses correspondentes

	Frequência	Porcentagem
Sim	79	22,1
Não	211	59,1
Não consta no prontuário	7	2,0
Sim. Alguns chás, macela	1	0,3
Sim. Macela	5	1,4
Sim. Malva, alcachofra, macela	1	0,3
Sim. Poejo, cidreira	1	0,3
Sim. Macela, camomila	3	0,8
Sim. Manjeriçã, poejo	1	0,3
Sim. Tanchagem	3	0,8
Sim. Boldo, macela, malva	1	0,3
Sim. Açafrão, macela	1	0,3
Sim. Malva	2	0,6
Sim. Cidreira, macela	1	0,3
Sim. Salsa, quebra-pedra, boldo	1	0,3
Sim. Cidreira	6	1,7
Sim. Funcho, cidreira, folha de chuchu	1	0,3
Sim. Poejo, manjerona	1	0,3
Sim. Manjerona	1	0,3
Sim. Macela, arruda	1	0,3
Sim. Cidreira, alcachofra, cavalinha	1	0,3
Sim. Cidreira, camomila, macela	1	0,3
Sim. Folha de laranjeira, poejo	1	0,3
Sim. Cidreira, folha de lima	1	0,3
Sim. Camomila	3	0,8
Sim. Funcho, gervão e picão preto	1	0,3
Sim. Macela, boldo, camomila, cidreira	1	0,3
Sim. Camomila, funcho, endro, melissa	1	0,3
Sim. Boldo, macela	2	0,6
Sim. Folha de laranjeira	1	0,3
Sim. Losna	1	0,3
Sim. Açafrão	1	0,3
Sim. Cidreira, açafrão	2	0,6
Sim. Losna, macela	1	0,3
Sim. Tanchagem, guaco, quebra-pedra	1	0,3
Sim. Cidreira, boldo, macela	1	0,3
Sim. Endro, macela	1	0,3
Sim. Camomila, endro	1	0,3
Sim. Cidreira, guaco	1	0,3
Sim. Macela, gengibre, cidreira	1	0,3
Sim. Cidreira, funcho, hortelã, poejo	1	0,3
Sim. Melissa, folha de lima	1	0,3
Sim. Poejo	1	0,3
Sim. Cidreira, poejo, boldo	1	0,3
Sim. Cidreira, camomila, folha de laranjeira	1	0,3
Total	357	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Com relação ao uso de chás, a maioria da amostra não fazia uso 211 (59,1%), entretanto visualizou-se uma grande variedade de substâncias utilizadas pelas participantes, entretanto, quatro chás se destacaram, são eles: macela, cidreira, poejo e camomila. Com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), o Ministério da Saúde incentiva o uso de plantas medicinais e fitoterapia, sendo esta uma prática muito antiga (BRASIL, 2006b).

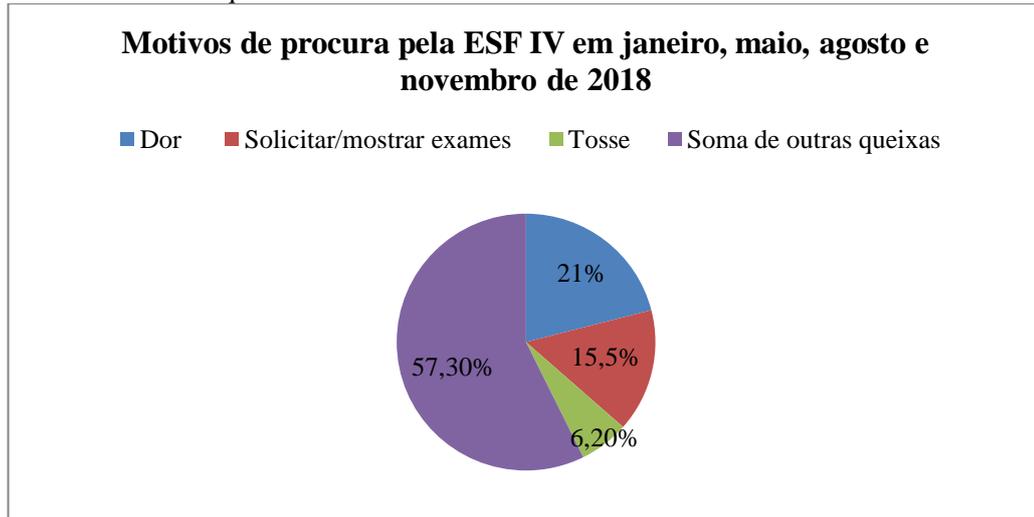
Através do Memento Fitoterápico, lançado em 2016 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), traz em seu conteúdo diversas plantas utilizadas para fitoterapia. Correlacionando a presença de algumas plantas neste estudo, com dados oriundos do memento, sabe-se que a *Matricaria chamomilla L.*, popularmente conhecida como camomila ou maçanilha, tem indicação terapêutica como antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve, anti-inflamatório em afecções da cavidade oral (ANVISA, 2016).

Em 2018 a ANVISA desenvolveu o Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira, trazendo mais informações sobre outras substâncias, dentre elas a *Achyrocline satureioides (Lam.) DC*, conhecida como Macela, indicada para auxiliar em processos inflamatórios de vias aéreas superiores e distúrbios gastrintestinais. Também informa sobre o uso da planta *Lippia alba (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson*, conhecida como erva cidreira, indicada para auxiliar em crises de enxaqueca e também como analgésico. Não foram encontradas informações nestes materiais sobre a outra substância encontrada neste estudo, o poejo (ANVISA, 2018).

4.3 MOTIVOS DE PROCURA À UNIDADE

Tendo como base a sazonalidade, na primeira etapa da pesquisa, dividiu-se o ano em quatro trimestres, buscando em cada um deles os três principais motivos de procura pela UBS. Descobriu-se que a dor, seja ela crônica ou aguda, foi o principal motivo de procura no referido ano. Observou-se que a segunda maior procura das mulheres foi para solicitar ou mostrar exames, seja de rastreamento, rotina ou acompanhamento de doenças pré-existentes. A terceira maior causa de busca encontrada foi a tosse, podendo ser aguda, subaguda ou crônica.

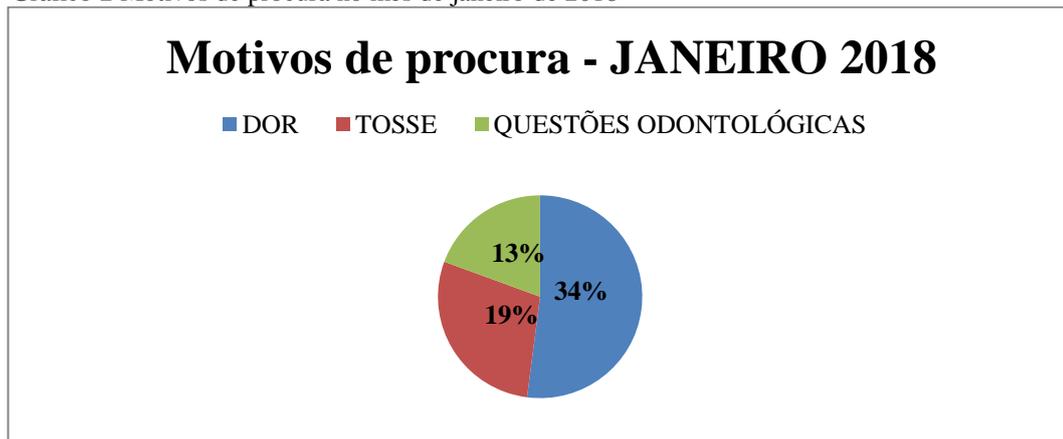
Gráfico 1 Três principais motivos de procura pela ESF IV, nos meses pesquisados, com base no número total de queixas



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

No primeiro trimestre analisou-se o mês de janeiro, onde houve 146 procuras e 150 queixas, sendo que os três principais motivos de procuras identificadas foram dor (51 procuras), tosse (28 procuras) e questões odontológicas (19 procuras) conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 2 Motivos de procura no mês de janeiro de 2018



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

No primeiro mês de análise pôde notar-se a significativa presença de queixas de dor. Recentes estudos realizados no Brasil trazem dados identificando a dor crônica como um dos motivos de procura frequente pelas unidades básicas. O segundo motivo de procura encontrado neste estudo, a tosse, vem ao encontro de alguns estudos que trazem que as doenças respiratórias, muito comuns em todas as regiões e idades em muitos países, constituem-se em importante causa de morbimortalidade na população, uma vez que sua incidência está aumentando. (SOUZA; HÄFELE; SIQUEIRA, 2019; JUNIOR et al., 2014).

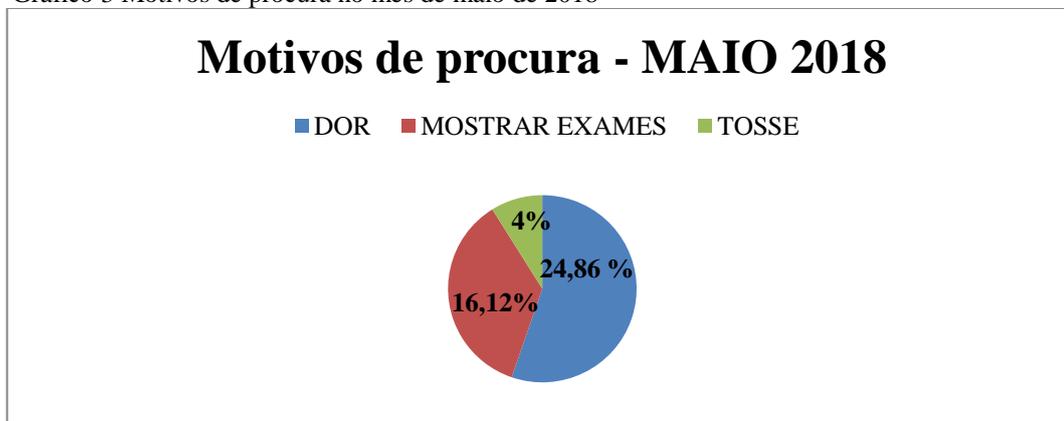
O terceiro motivo de procura das mulheres constitui-se na busca por atendimentos odontológicos. A atenção à saúde bucal na UBS vem apresentando um aumento expressivo pela sua procura. Estudos trazem também que o fluxo de atendimento ainda é maior na demanda espontânea do que agendada e que há necessidades de melhorias na organização dos fluxos de atendimento para este serviço (WARKENTIN et. al., 2017).

Diferentemente de alguns estudos que trazem que uma maior procura de atendimento com relação à saúde sexual e reprodutiva, nas queixas de dores encontradas nesta pesquisa, no mês de janeiro, a cefaleia encontra-se liderando as procuras. Esta é bastante recorrente e potencialmente limitante, uma vez que a dor influencia na qualidade de vida e bem-estar do paciente. (COELHO et al., 2012; FREITAS; FREITAS, 2013).

Com base nos dados obtidos no mês de janeiro, entende-se a necessidade da melhoria do fluxo de atendimento às mulheres com queixas de dores, como cefaleia e dor muscular e também com queixas de tosse, identificando a origem dos sintomas através de um acolhimento resolutivo que direcione a paciente para o local adequado, onde terá sua demanda atendida de forma eficaz.

No segundo trimestre analisou-se o mês de maio, onde houve 176 procuras e 366 queixas, sendo que os três principais motivos de procura identificados foram dor (91 procuras), mostrar exames (59 procuras) e tosse (15 procuras) conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 3 Motivos de procura no mês de maio de 2018



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

No mês de maio de 2018 novamente a maior procura pela unidade deu-se pela dor, corroborando com estudos que trazem a dor como um dos principais motivos de procura nos sistemas de saúde, sendo estimado que no Brasil, entre 30% e 40%, sofra com a dor crônica. O segundo motivo de procura foi para mostrar exames, vindo ao encontro de estudos que

demonstram a importância na realização destes para a promoção, prevenção da saúde e acompanhamento de patologias (RUVIARO; FILIPPIN, 2012; TELLES, 2016).

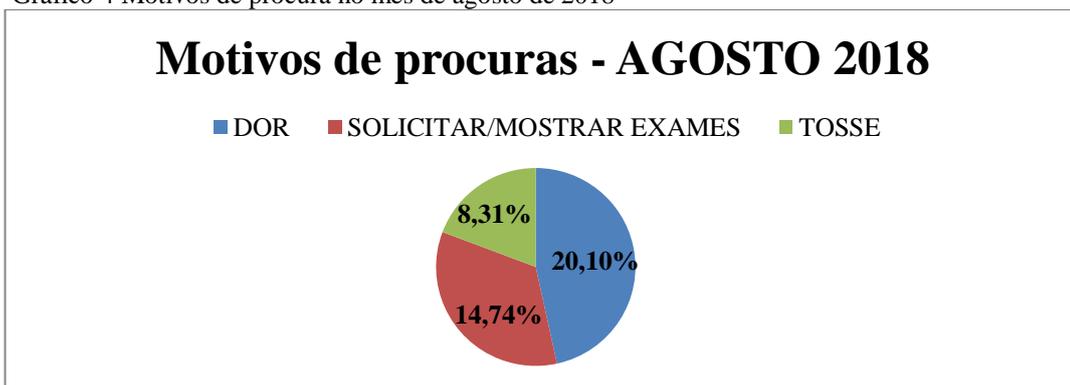
A tosse, que também foi um dos maiores motivos de procura das mulheres por atendimento no mês de janeiro também apareceu em terceiro lugar neste mês de maio, corroborando com estudos que trazem que a tosse é um dos motivos mais comuns de procura por atendimento médico, manifestando-se duas vezes mais nas mulheres do que nos homens (SATIA et al., 2016).

Outro ponto a ser relatado é que novamente dentre as queixas de dores, a maior delas é a cefaleia. Ao contrário de alguns estudos que colocam que a principal procura pela unidade básica se dá por problemas respiratórios, nesta pesquisa permanece prevalência da dor como o principal motivo de procura pela unidade no mês de janeiro e maio de 2018, mostrando a importância de melhorar o fluxo de atendimento e o manejo com esta queixa (COSTA CABRAL, 2012).

Ao analisar o segundo trimestre do ano de 2018 através do mês de maio, percebeu-se que as queixas de dor e tosse persistiram, demonstrando necessidade de uma reorganização da forma de atendimento. Por tratar-se de uma amostra de prontuários femininos, de uma determinada região, faz-se necessário uma maior investigação a fim de saber se há relação entre as queixas de dor e tosse nesta população. A importante procura para mostrar exames também demonstra que a população assistida está interessada em suas próprias condições de saúde, seja na promoção ou prevenção de doenças, bem como na manutenção e acompanhamento de condições já estabelecidas.

No terceiro trimestre analisou-se o mês de agosto, onde houve 192 procuras e 373 queixas, sendo que os três principais motivos de procura identificados foram dor (75 procuras), solicitar/mostrar exames (55 procuras) e tosse (31 procuras) conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 4 Motivos de procura no mês de agosto de 2018



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

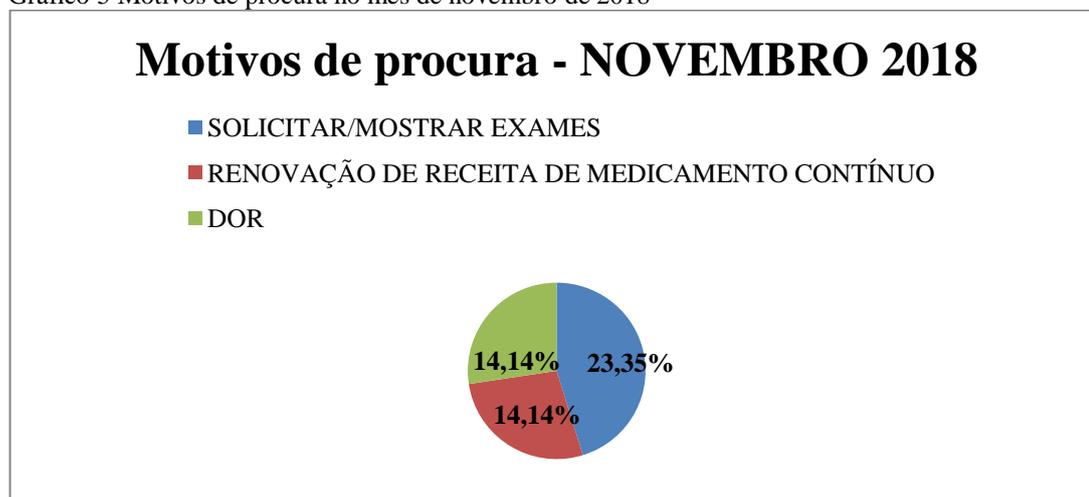
No terceiro trimestre analisado, verificando o mês de agosto, também se observou que o motivo de maior procura pela unidade foi a dor. A cefaleia, que em alguns estudos é considerada uma das queixas mais comuns na prática clínica, foi novamente a queixa mais verificada dentre as procuras por motivos de dor. Seguida pela procura à unidade para solicitar ou mostrar exames, dado também apurado no mês de maio, e em terceiro lugar a tosse, que também apareceu dentre os três principais motivos de procura nos meses de janeiro e maio (SOUSA et al., 2015).

Ao contrário de algumas pesquisas que trazem que as ISTs consistem em um dos principais motivos de busca de adultos por atendimento médico em unidades básicas de saúde, tendo mais prejuízos na saúde da mulher, neste estudo as queixas ginecológicas não apareceram como principais, tendo sido superadas pela dor, pela procura para solicitar ou mostrar exames e pela tosse (BARCELOS et al., 2008).

Observa-se neste trimestre que as queixas de dor e tosse persistem desde o primeiro mês de análise, seguido pela procura para solicitar/mostrar exames, motivo este já presente na análise do mês de maio. A permanência destas mesmas queixas nos trimestres já analisados expressa cada vez mais a necessidade de uma nova forma de atendimento voltada às demandas mais visualizadas nesta população.

No quarto trimestre analisou-se o mês de novembro, onde houve 200 procuras e 304 queixas, sendo que os três principais motivos de procura identificados foram solicitar/mostrar exames (71 procuras), renovação de medicamento contínuo (43 procuras) e dor (43 procuras) conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 5 Motivos de procura no mês de novembro de 2018



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Na análise do último trimestre, no mês de novembro, o primeiro motivo de procura a aparecer foi a busca pela unidade para solicitar ou mostrar exames. O estudo de Gomes et al (2013) traz que a procura das mulheres pela realização de exames, seja de rotina ou prevenção, é grande. O segundo motivo mais visto neste mês de novembro foi a procura para a renovação de remédio de uso contínuo, quer seja para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, ansiedade, depressão ou quaisquer outras condições que demandem.

Dentre os três principais motivos de busca a dor é vista novamente, entretanto, dentre as queixas de dores a que apareceu em primeiro lugar foi a dor na musculatura dorsal. O estudo de Trindade; Borges; Bittar (2018) traz que a dor na coluna é uma alteração bastante vista e com um alto poder incapacitante e que é o motivo de muitos afastamentos do trabalho e aposentadorias precoces.

O estudo de Rodrigues et al. (2019) traz a lombalgia como uma das principais causas de procura pelos serviços de saúde. Nesta pesquisa, neste mês de novembro, observou-se um maior número de dorsalgias no geral, sendo que, além destas, alguns pacientes apresentaram especificamente dor lombar, dor cervical ou ainda dor lombo-sacra. Percebe-se assim que alguns pacientes não associam a dor dorsal há alguma parte específica, e sim na coluna toda.

Com os dados obtidos neste mês de novembro, é possível observar que a dor se mantém como uma das principais razões de procura pela unidade, estando entre os 3 principais motivos em todos os meses analisados, sendo estes: dor; tosse; solicitar/mostrar exames. Também se observou que a procura para solicitar ou mostrar exames está presente nos três últimos trimestres analisados, o que mostra que as mulheres estão interessadas em sua prevenção, promoção ou manutenção da saúde através da realização de exames.

Outro ponto que apareceu somente neste último trimestre, nas principais causas de procura, é a renovação de receita de medicamento contínuo. Fato que mostra que uma significativa parcela das mulheres faz uso de alguma medicação contínua seja ela pra manejo e controle de alguma doença crônica ou até mesmo algum agravo relacionado à saúde mental, como ansiedade e depressão.

Na segunda etapa da análise utilizou-se um questionário individual feito com os profissionais responsáveis pelo acolhimento da ESF IV, enfermeira e técnica de enfermagem, sobre quais serem os principais motivos de procura de mulheres pela unidade e também sobre o fluxo de atendimento para as mesmas na unidade.

O questionário individual número 01 foi respondido por uma técnica de enfermagem e o questionário 02 por uma enfermeira, ambas da ESF IV, onde a primeira questão era: “*Quais*

você acredita serem os principais motivos de procura pela sua unidade de mulheres? ”. As respostas para essa questão foram:

“Ansiedade, dor lombar e muscular por tratar-se de uma região exclusivamente agrícola e o trabalho ainda realizado ser braçal. A ansiedade e a depressão são bem notórias na população, principalmente nas mulheres, Os motivos são o estresse com o trabalho, família e principalmente ainda motivos conjugais. Em nosso ESF prevalece o machismo (nº 1).”

“Ansiedade, depressão e dor crônica. A área de abrangência de nossa ESF é totalmente rural, onde as pessoas trabalharam, quase que em sua maioria, na agricultura, de forma manual. Dessa forma o trabalho acabou acarretando em muitos problemas musculo esqueléticos, como dor lombar, dor em joelhos, dores dorsais, etc. Junto disso vê-se muitos problemas conjugais e familiares que muitas vezes resultam em quadros depressivos e de ansiedade. Outro ponto importante é que em nossa ESF existe uma significativa população idosa, onde, em muitos casos, os filhos já não residem mais com os pais. Percebe-se que isto, em alguns casos, também é um fator de estresse (nº 2).”

Em ambas as respostas apresentadas as palavras ansiedade e dor foram citadas como motivos de procura. Depressão também foi listada. Corrobora-se este dado com um estudo realizado por Oliveira Gonçalves; Farinha; Gotto (2016) que relatam a ansiedade e a depressão como importantes motivos de procura à unidade pelas mulheres.

Embora alguns estudos apontem que algumas mulheres procuram a UBS de forma espontânea, para avaliações de rotina ou até mesmo sem queixas específicas, nesta unidade, ESF IV, os profissionais que realizam o acolhimento acreditam que a procura da unidade pelas mulheres está bastante relacionada a queixas de saúde mental, como ansiedade e depressão, bem como dores, sejam crônicas ou não (SANTOS et al., 2014).

Após a coleta de dados sobre os motivos de procura pelas mulheres à unidade pode-se confirmar que as opiniões dos profissionais do acolhimento estão de acordo com, pelo menos, um dos os resultados obtidos na pesquisa, a dor, seja ela oriunda das mais diferentes causas. Também mostra que, embora as causas relacionadas à saúde mental, como ansiedade e depressão, sejam citadas pelos profissionais, estas não estão entre os principais motivos de busca apurados na coleta de dados.

A segunda questão trazida era: “*Como é o fluxo de atendimento de mulheres em sua unidade? Existe algum fluxo diferenciado para as mulheres? ”. As respostas obtidas para esta questão foram:*

“Não existe acolhimento diferenciado para as mulheres. É atendida livre demanda sendo acolhidas na sala de enfermagem para logo após serem atendidas pela médica ou a enfermeira da ESF (nº 1).”

“O fluxo de atendimento de mulheres em nossa unidade é grande. Entretanto não existe nenhum atendimento/acolhimento diferenciado para estas (nº 2).”

Segundo os relatos de ambas as profissionais, não há na unidade um fluxo de atendimento ou acolhimento diferenciado para as mulheres. Embora seja necessário, esta é a realidade de algumas unidades básicas de saúde, como no estudo de Carlos et al. (2017), realizado em uma unidade básica no município de Natal, onde ficou evidente as dificuldades oriundas de um acolhimento precário, com a confusão em marcar consultas ou exames e distribuição das fichas.

Percebe-se a necessidade de um acolhimento integral na unidade básica, de forma resolutiva e objetiva. Uma das ferramentas possíveis para auxiliar no acolhimento é construção de fluxogramas para assuntos específicos, de forma que possibilite o usuário de evitar filas e avaliações desnecessárias, objetivando a resolução do motivo de procura pela unidade e destacando a participação de cada profissional envolvido no acolhimento (PINHO, 2014).

4.4 CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA

A partir da constatação dos três principais motivos de procura, iniciou-se a construção do Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na Estratégia de Saúde da Família IV. Baseando-se em algumas bibliografias, como por exemplo, do ministério da saúde, telessaúde e também alguns autores, foi possível construir o dimensionamento das atividades, mostrando o papel de cada profissional em cada etapa. Após esta elaboração prévia, o instrumento foi levado para avaliação dos participantes do grupo focal.

4.5 GRUPO FOCAL

No dia nove de março de 2020 realizou-se o grupo focal com os profissionais do acolhimento de algumas ESFs que aceitaram o convite. Estiveram presentes quatro técnicas de enfermagem e três enfermeiras, sendo que uma das técnicas de enfermagem não estava naquele período trabalhando no acolhimento de alguma ESF, no entanto já havia trabalhado com o acolhimento há alguns meses e quis participar do grupo.

No início a mestrande saudou as participantes e expressou sua gratidão pelas mesmas estarem presentes. Explanou sobre os objetivos gerais e específicos desta pesquisa, o tipo de estudo e suas etapas, o local onde estava sendo realizada a pesquisa. Explicou-se que a

pesquisa estava sendo desenvolvida na ESF IV e os motivos. E também as questões éticas que estavam sendo respeitadas no desenvolver da pesquisa.

Posterior a isto se fez uma explanação detalhada do problema de pesquisa e de todas as etapas que tinham sido feitas até então. Mostrou-se as profissionais os métodos utilizados para as coletas de dados nos prontuários, o formulário norteador e as questões que nele continham, bem como os resultados obtidos até aquele momento com a coleta de dados. Durante a realização do grupo serviu-se um lanche para os participantes.

Utilizou-se um gravador de celular para registrar a realização do grupo, onde no início a mestrandia explica para o grupo sobre a gravação. Também, durante o grupo, a mestrandia fez anotações com os apontamentos feitos pelas profissionais presentes. Destaca-se que durante a explanação as participantes ficaram bastante atentas aos dados apresentados pela mestrandia.

Algumas vezes as profissionais expressavam suas opiniões durante as explanações da mestrandia. Por exemplo, quando o fluxograma prévio foi mostrado, uma profissional expressou sua opinião acerca do manejo:

“eu bato na tecla das terapias alternativas também...ninguém quer implantar aqui...mas é só questão de implantar, a academia da saúde nós temos né, profissionais habilitados também, inclusive eu...” (nº 6)

Ideias e opiniões válidas e, em muitos casos, pertinentes dentro do manejo das pacientes.

Ao término da explanação geral sobre a pesquisa e seu andamento, outras profissionais mostraram suas opiniões e modo de pensar, como é o caso da profissional nº 2:

“[...] na verdade eu acho que varia muito de cada funcionamento. É ótimo, mas tipo, para mim...a gente acaba resolvendo a maior parte das coisas lá em baixo (na ESF III), então é muito difícil a gente pegar e mandar alguém para o hospital. Se é alguém com crise renal a gente atende lá, se é enxaqueca a gente atende lá. Então só vai para o hospital depois de ter feito toda a medicação endovenosa e não melhorou...tá com gastroenterite fica lá fazendo soro...então para mim, essa coisa de eu encaminhar para outros serviços já não é tão viável, mas no resto sim...e dor é o que mais tem pessoas com esse problema...é dor de coluna, isso ou aquilo...e vem para a medicalização. Muitos já fizeram fisioterapia e nada, tem uns que estão até hoje, há 10 anos fazendo fisioterapia e continuam trabalhando, erguendo peso, fazendo todas as coisas que não deveriam fazer mais...daí eu não sei se para nós vai ter alguma aplicabilidade...e o mostrar exames também...geralmente a gente consegue atender todo mundo, são raros os dias que a gente tem que “pedir pra alguém ir embora”...daí nestes casos eu olho, avalio e se eu ver que está alterado, passo igual para a médica, senão, não...a gente passa mesmo (o paciente) para consulta...não é tanto como aqui, é diferente...”

O relato desta profissional mostra que cada ESF tem suas particularidades e um funcionamento individual frente às situações cotidianas e de manejo dos pacientes. Trazendo

a importância de que os instrumentos orientadores necessitam ser adequados conforme a realidade de cada unidade e de cada população, sendo importante avaliar os indivíduos assistidos para adequar programas e assistências com base nas necessidades de tal população (PAULA et al., 2017).

Ao debater sobre a questão dos atendimentos agendados, suas finalidades, dificuldades e facilidades, a mestrandia explicou a importância do agendamento para dar conta da demanda que não é urgente de forma que todos sejam atendidos de maneira eficaz. Uma profissional expressou sua realidade, destacando as diferenças de cada população:

“Como a nossa população não é tão grande nós conseguimos, sem agendar...eu até nem gosto muito de agendar...”, “Aí às vezes tem um monte de agendados e vem mais um monte de gente...” (nº 5)

Ao final do grupo, uma ficha de avaliação (APÊNDICE C) foi entregue as profissionais para que pudessem avaliar o fluxograma e também sugerir mudanças se o achassem necessário. Neste momento uma das participantes referiu não ter entendido a questão sobre a resolutividade das queixas, onde a mestrandia explicou que se tratava de saber se o fluxograma teria resolutividade nas queixas das pacientes, e neste momento, outra participante expressou sua opinião: “Eu acho que resolver o problema de superpopulação no dia...o manejo, mas não o problema do paciente...mas a questão de organizar o atendimento, sim...mas a queixa acho que não.” (nº 2)

Ao término do grupo, a mestrandia encerra agradecendo as participantes pela disponibilidade de estarem presentes, ouvindo e expressando suas opiniões quanto à temática. A mestrandia disponibiliza-se para quaisquer dúvidas que possam surgir e relata que se houverem alterações no fluxograma irá mostra-las.

A ficha de avaliação entregue as participantes apresentou os seguintes resultados: quanto à *apresentação visual do fluxograma*: seis participantes colocaram *bom*; quanto à *definição das queixas*: seis participantes colocaram *fácil entendimento*; quanto à *atuação dos profissionais no fluxograma*: seis participantes colocaram *participação significativa* e quanto à *resolutividade das queixas*: cinco participantes colocaram *resolutividade efetiva* e um participante colocou *precisa implementar novos desfechos*.

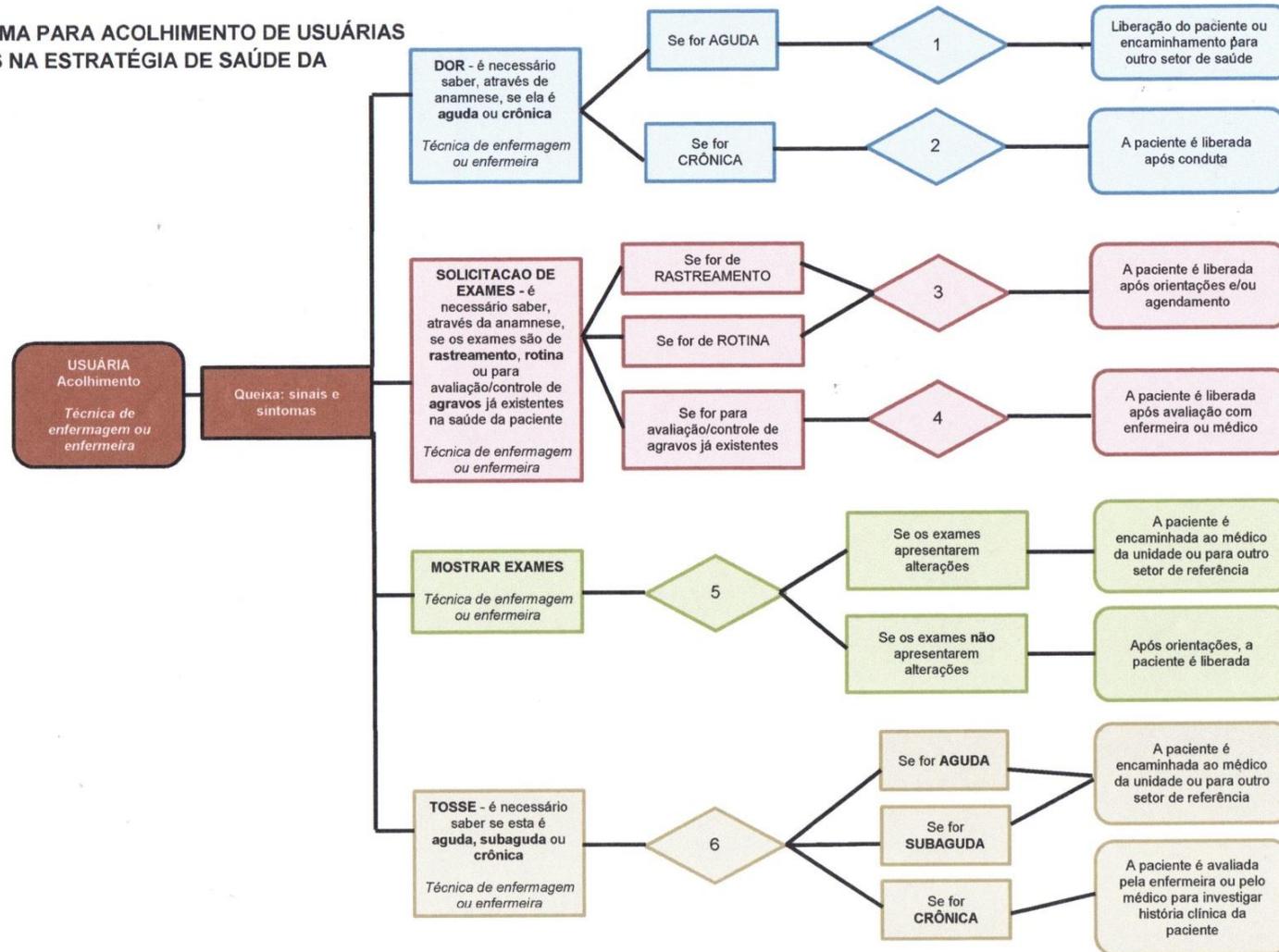
A partir do debate com os demais participantes do grupo, optou-se por prosseguir com o fluxograma já elaborado previamente, sem demais alterações, uma vez que não houve nenhuma sugestão de mudança expressiva no que já estava elaborado. Dessa forma não se fez necessário realizar um segundo grupo focal.

5 PRODUÇÕES

5.1 PRODUTO TÉCNICO 1 - FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV

Figura 1 Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV

FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Figura 2 Legendas para interpretação do fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV

LEGENDAS DAS FORMAS E CORES
 Início e fim do processo

 Decisão

 Ação

 AZUL - Manejo da DOR

 BORDÔ - Manejo da SOLICITAÇÃO DE EXAMES

 VERDE OLIVA – Manejo para MOSTRAR EXAMES

 CINZA – Manejo da TOSSE
LEGENDAS DOS NÚMEROS
 1 Avaliação imediata do enfermeiro ou médico, ou encaminhamento ao setor de emergência.

 2 Orientações sobre a dor crônica; agendamento de avaliação médica; direcionamento para outros setores (nasf; fisioterapeuta); - discussão do caso com a equipe de saúde.

 3 Orientações e agendamento de avaliação médica para data posterior.

 4 Avaliação com enfermeira no dia e se preciso, encaminhamento ao médico.

 5 Avaliação com enfermeira no dia.

 6 Avaliação com enfermeira no dia.
DEFINIÇÕES**DOR AGUDA**

Dura geralmente menos de três meses e surge repentinamente, não sendo contínua ou regular. Serve de alerta para o corpo de que algo não está bem (p. ex.: trauma, pedras nos rins, etc.).

DOR CRÔNICA

Pode ser sintomas de doenças pré-existentes ou até mesmo não ter causa visualizada em exames, podendo assim ser a própria doença. Geralmente durando mais do que o tempo necessário para o tratamento. Geralmente dura mais de três meses (p. ex.: dor na coluna lombar, enxaqueca, etc.).

EXAMES DE RASTREAMENTO

São exames diagnósticos em pessoas sem sintomas, tendo como finalidade o diagnóstico precoce ou a identificação e controle de doenças e agravos.

EXAMES DE ROTINA

São exames solicitados pelo médico/enfermeiro tendo como base o histórico familiar do paciente, a idade e também da etnia do mesmo.

EXAMES DE AVALIAÇÃO/CONTROLE DE AGRAVOS JÁ EXISTENTES

Exames para acompanhamento de doenças ou agravos já existentes no paciente, p. ex.: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, etc..

TOSSE AGUDA

Autolimitada. Geralmente tem duração menor do que 3 semanas (causas mais comuns: DPOC, asma, infecção da via aérea superior).

TOSSE SUBAGUDA

Geralmente tem duração de três a quatro semanas (causas mais comuns: tosse pós-infecciosa, síndrome da tosse das vias aéreas superiores – STVAS e doença do refluxo gastroesofágico DRGE).

TOSSE CRÔNICA

Tem duração de mais de 8 semanas (causas mais comuns: STVAS, asma, DRGE, bronquite crônica, tabagismo ativo). Outras causas a ser consideradas: tuberculose, neoplasia pulmonar ou laringe, inalação de corpo estranho.

Este fluxograma foi elaborado pela autora. Os dados dispostos neste foram obtidos com base nas seguintes referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea volume II – queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília, 2010.

CAMPOS, FRANZ. Exames de rotina X rastreamento. *Rede Câncer*. ed. 36, 2016.

FERREIRA, P. D.; SIMON, E. Rastreamento na atenção básica à saúde e o viés do "check-up": uma revisão crítica. 2014. *Revisão Narrativa* – Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal da Paraíba, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Blog da Saúde. Entenda a diferença entre as dores agudas e crônicas. Disponível em: <
http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/31572-entenda-a-diferenca-entre-as-dores-agudas-e-cronicas>. Acesso em:
29/02/2020

TELESSAÚDE. Resumos clínicos. Tosse crônica. Disponível em: <

https://www.ufg.br/telessaude/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_tosse_cronica_TSRS_20160321.pdf>. Acesso em:
29/02/2020.

5.2 PRODUTO CIENTÍFICO 1 - CAPÍTULO DE LIVRO

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Paola Franceschi Zanatta

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Arnildo Korb

INTRODUÇÃO

Ao analisar o panorama geral das ações ofertadas à saúde das mulheres no Brasil, ao longo dos anos, é possível ver que há algum tempo, mais precisamente por volta da década de 70 com surgimento do Movimento Sanitário e o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, mudanças expressivas ocorreram. Muitas condutas sofreram alterações positivas, sejam elas dentro da esfera pública ou privada, políticas públicas foram elaboradas e a partir daí o setor saúde teve muitos ganhos, entre eles está o direito a saúde. Nesse cenário, a CNS deu o um passo importante ao colocar a saúde de cada indivíduo como um direito e deixando o Estado com a responsabilidade de prover esta saúde de qualidade, por meio de políticas e ações. Com a saúde da mulher, não foi diferente (VIACAVA, F. et al., 2018; BRASIL, 1986).

No que diz respeito à saúde das mulheres brasileiras, o ano de 1984 pode ser considerado um marco legal e histórico na história das políticas públicas, pois nesse ano o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que veio como proposta para implementar e melhorar as ações em saúde ofertadas para as mulheres, uma vez que estas, até então, estavam voltadas majoritariamente para questões relacionadas ao período gravídico-puerperal (BRASIL, 1985).

Nessa perspectiva, entre os anos 90 e 2000, o MS foi expandindo suas ações, no sentido de ampliar a cobertura e oferta de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, além do tratamento para doenças relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres. Seguindo essa trajetória, em 2004, o MS, lança a primeira política de saúde voltada para as mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) na tentativa de consolidar as ações já instituídas relativas à saúde reprodutiva, e implementar outras

relacionadas, como por exemplo, as necessidades das mulheres trabalhadoras, da área rural e negras (BRASIL, 1985; BRASIL, 2011).

A PNAISM veio com o propósito de consolidar os progressos já existentes. Trouxe a perspectiva de gênero, destacando as melhorias no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Também destacou a importância da prevenção, manejo e tratamento das Infecções Sexuais Transmissíveis (IST). Apresenta muitos temas para o debate e melhoria, como a violência doméstica e sexual, a saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, moradoras e trabalhadoras de área rural, dentre outras especificidades. Assim, a política contempla grande parte dos segmentos que compõem a população feminina (BRASIL, 2011).

Embora os avanços dentro das políticas de saúde da mulher tenham sido significativos, ainda há muito para ser feito, pois mesmo sabendo que as mulheres são as maiores frequentadoras dos sistemas de saúde, muitas de suas demandas de saúde não estão relacionadas somente a saúde reprodutiva, sendo inclusive demandas de problemas de outros membros da família ou da comunidade na qual essas mulheres estão inseridas. Muitas delas vão em busca de atendimento não somente para sanar suas necessidades de saúde, mas também para acompanhar familiares, vizinhos, idosos, amigos, com deficiência (BRASIL, 2011).

Embora sejam mencionadas ações de saúde e atividades de promoção e prevenção, não se vê ações ou estratégias voltadas para as especificidades de cada mulher, como por exemplo, a mulher moradora de área rural que, muitas vezes, tem dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como o acesso às informações e ações em saúde, no entanto não é possível observar se há ações específicas para amenizar ou até mesmo aplacar estas dificuldades (BRASIL, 2011).

Outra política de saúde que fortaleceu as ações ofertadas à população em geral, e conseqüentemente a população feminina foi a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada ano de 2003, que tinha por objetivo colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no cotidiano das ações dos serviços e profissionais de saúde. No seu escopo, a PNH, induziu a valorização do processo de geração de saúde pelos usuários, gestores e também trabalhadores, por meio de incentivos aos movimentos sociais e redes de saúde, destacando a autonomia dos indivíduos neste processo (BRASIL, 2020).

Dentre os princípios da PNH tem-se a transversalidade, que necessita estar presente em todas as políticas e programas do SUS, melhorando o trabalho a partir da ampliação da comunicação entre os indivíduos. A indissociabilidade entre atenção e a gestão é o princípio que discute a necessidade dos usuários e trabalhadores conhecerem o sistema e serviços de

saúde, participando da tomada de decisões, sem deixar de lado a parte assistencial em que o usuário também necessita saber acerca de seus cuidados e tratamentos, responsabilizando-se pela sua parte na atenção à sua saúde. (BRASIL, 2020).

Dentre as diretrizes, tem-se a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários e o acolhimento (BRASIL, 2020).

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2013, p.7-8).

Sendo o acolhimento como diretriz, pode-se dizer que o processo de acolher permeia todas as relações entre os profissionais da saúde e os usuários. Nesse sentido, o acolhimento configura os contextos de intersubjetividade que possibilitam a construção do vínculo, da corresponsabilidade e da autonomia no cuidado à saúde. Na Atenção Primária a Saúde (APS), no cenário das Unidades de Saúde da Família (USF), em geral, o acolhimento configura-se numa abordagem com objetivo de triagem da demanda espontânea (BRASIL, 2010; GARUZI et al., 2014; BREHMER; VERDI, 2010).

Contudo, desde 2000 o MS vem produzindo, por meio de protocolos e diretrizes, matérias que subsidiem os gestores e trabalhadores na organização dos serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população feminina. Com isso, pretende-se que, por meio do acolhimento, compreendido como um momento de escuta atenta e qualificada, as demandas trazidas pelas mulheres possam ser acolhidas e resolvidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2016).

Nessa perspectiva, o acolhimento vem para atender as demandas dos pacientes de acordo com suas características, levando em consideração as suas particularidades. Trazendo mais humanização na relação do profissional com o usuário, possibilitando uma escuta diferenciada e atuação da equipe interdisciplinar no cuidado (SILVA, et al., 2019).

Frente ao exposto, se faz necessário desenvolver tecnologias gerenciais do tipo fluxograma, que apoiem os enfermeiros na organização do serviço e na tomada de decisão frente às necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços de saúde na APS.

O fluxograma apresentado nesse capítulo é o produto desenvolvido no Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde

intitulado Fluxograma para o acolhimento às mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde do município de Alpestre-RS que visou aperfeiçoar a demanda de acolhimento às mulheres, bem como priorizar e organizar os atendimentos com base nos motivos de procura das usuárias.

METODOLOGIA

O estudo do qual o fluxograma foi oriundo tratou-se de uma pesquisa do tipo mista, integrando processos quantitativos e qualitativos. Este tipo de pesquisa acaba por engrandecer muito o estudo, uma vez que é possível trabalhar e analisar tanto números quanto palavras, ofertando uma maior segurança para o pesquisador, podendo oferecer mais oportunidades para interpretações (POLIT, 2011).

A parte quantitativa referiu-se a uma pesquisa transversal nos prontuários eletrônicos das usuárias que frequentaram a UBS, Estratégia de Saúde da Família (ESF) IV, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, em que se utilizou a sazonalidade para selecionar os meses a serem analisados, dessa forma, foram verificados o mês de janeiro (verão), maio (outono), agosto (inverno) e novembro (primavera). Elaborou-se um formulário norteador para a coleta dos dados (APÊNDICE A). O intuito foi caracterizar e analisar o perfil das mulheres que procuram o atendimento quanto às condições de saúde e queixas crônicas. Também foi entregue aos profissionais do acolhimento da ESF IV um questionário sobre o acolhimento das mulheres (CRESWELL, 2010).

No que tange à parte qualitativa, houve a participação dos profissionais do acolhimento de algumas ESFs do município que se disponibilizaram à participar. Utilizou-se como base as doze etapas da Pesquisa-ação, adaptadas à realidade do estudo.

O quadro abaixo descreve estas etapas. Este tipo de pesquisa traz consigo o uso de grupos focais para resolver questões dentro de diversas áreas, em que os membros podem ou não estar inclusos no problema em questão, contanto que estejam interessados e participem na formulação de respostas (THIOLLENT, 2011).

Quadro 1 Adaptação das etapas da pesquisa-ação descritas a partir de Thiollent (2011) (continua)

Etapas realizadas neste projeto de pesquisa
<p><i>1º Etapa:</i> Definiu-se o problema de pesquisa; Políticas de saúde; Definiu-se o referencial teórico que subsidiou a pesquisa;</p>

Fonte: Adaptado de THIOLLENT (2011)

Quadro 1 Adaptação das etapas da pesquisa-ação descritas a partir de Thiollent (2011) (conclusão)

<p><i>2º Etapa:</i> Pesquisou-se nos prontuários selecionados com base nos critérios pré-determinados. Utilizou-se o formulário para a coleta de dados descrito no APÊNDICE A.</p> <p>Foi entregue aos profissionais responsáveis do acolhimento da ESF IV o questionário individual sobre o acolhimento de mulheres na atenção básica de saúde. (APÊNDICE B).</p> <p>Iniciou-se a construção do Fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde.</p> <p>Após a construção do fluxograma foram realizados dois grupos focais temáticos, onde foram convidados os profissionais responsáveis pelo acolhimento nas demais ESFs do município de Alpestre.</p> <p><i>Grupo Focal:</i> Apresentação do projeto de pesquisa e dos resultados obtidos até então. Uma proposta do fluxograma previamente elaborado foi mostrada aos participantes para que os mesmos pudessem avaliar e dar opiniões sobre o instrumento;</p>
<p><i>3º Etapa:</i> Apresentar-se-á o fluxograma para o Conselho Municipal de Saúde para obter aprovação;</p>
<p><i>Etapa 4º:</i> Os enfermeiros e técnicos de enfermagem serão capacitados</p>
<p><i>Etapa 5:</i> Os resultados serão divulgados para o Conselho Municipal de Saúde e Coren-RS</p>

Fonte: Adaptado de THIOLLENT (2011)

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Alpestre-RS, na ESF IV, onde a pesquisadora atua como enfermeira e tem afeição por mudança para uma melhora na qualidade do atendimento ofertado às mulheres. O presente produto foi desenvolvido a partir do projeto supracitado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), com o número de parecer: 3.670.579 de 30 de outubro de 2019.

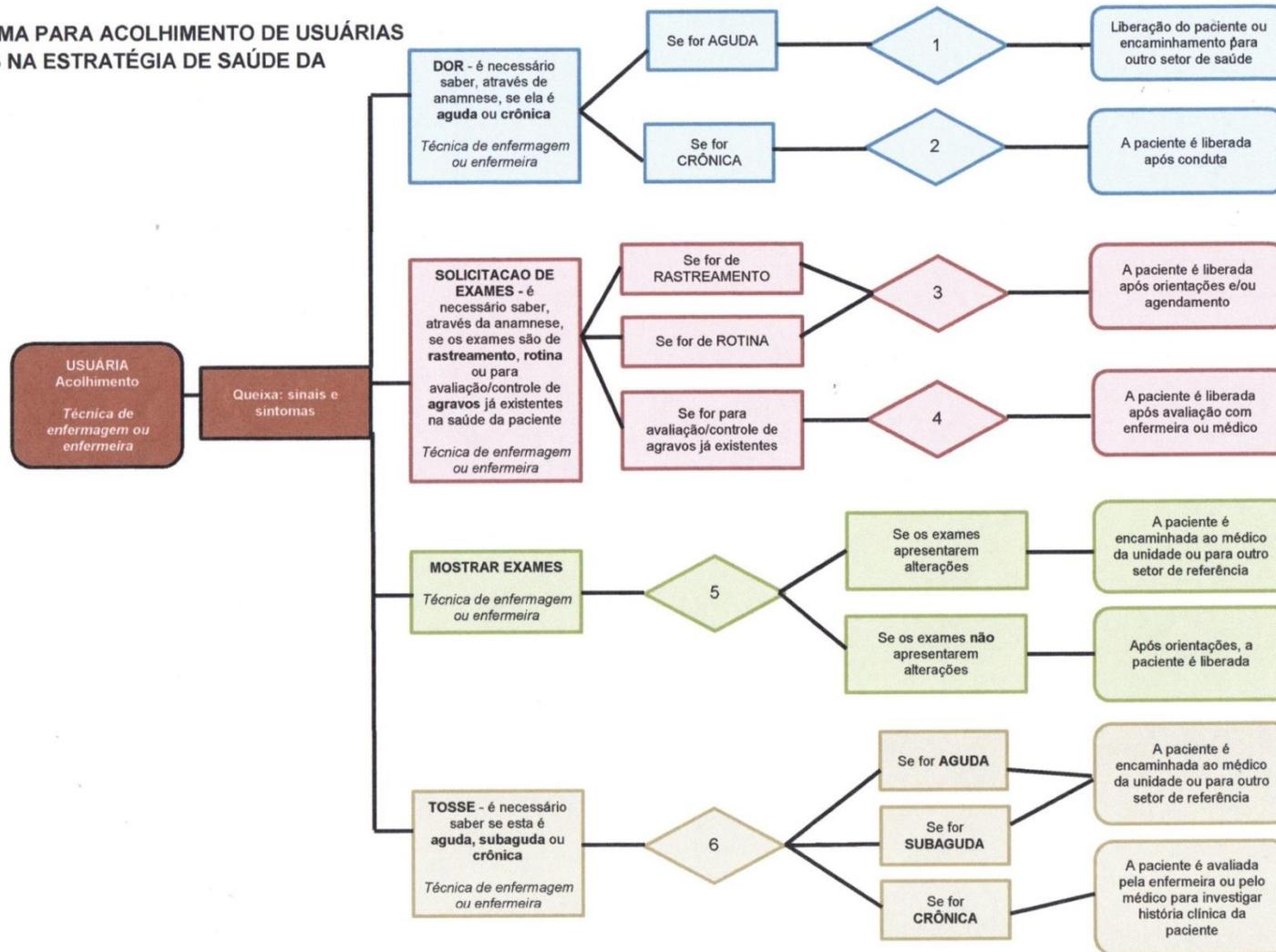
FLUXOGRAMA

O Fluxograma “é uma representação gráfica das etapas de um determinado processo na qual, além da sequência de atividades, são apresentados os serviços prestados, as entradas e saídas de documentos, as decisões tomadas e os entes envolvidos.” (GALVÃO, 2017, p. 12). Neste trabalho, este instrumento foi criado a partir de algumas etapas, sendo elas: análise de prontuários de mulheres que procuraram a UBS em determinados meses do ano de 2018, da aplicação de um questionário (APÊNDICE B) com profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento da Estratégia de Saúde da Família IV e também da realização de um grupo focal com demais profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento, das ESFs I, III e IV do município.

A análise dos prontuários identificou os três principais motivos de procura pelas mulheres no ano de 2018, sendo eles: *dor; solicitar/mostrar exames e tosse*. A partir deles elaborou-se o fluxograma (Figura 1) com etapas para atendimento destas três principais queixas.

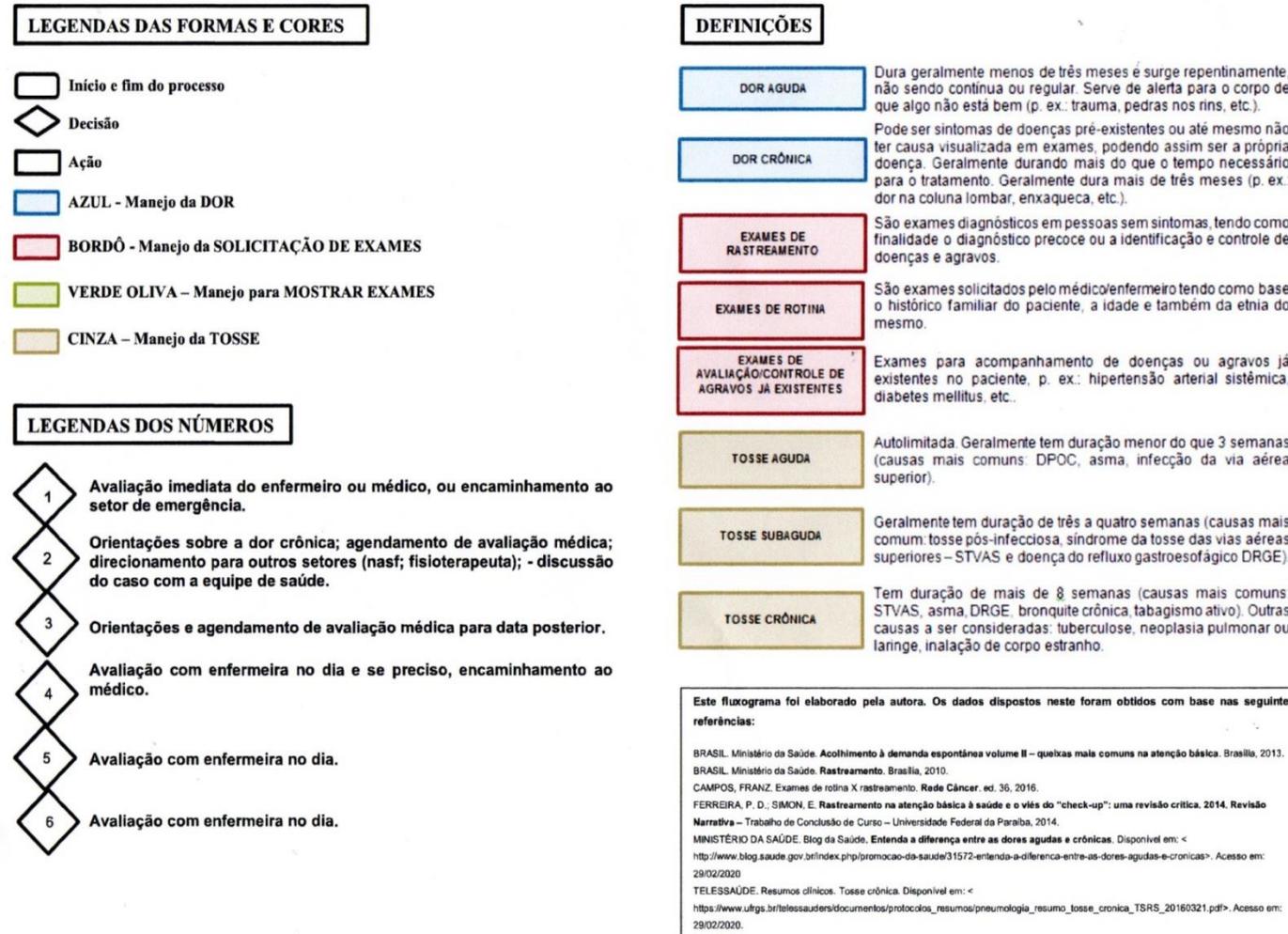
Figura 1 - Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV

**FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS
ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IV**



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Figura 2 Legendas para interpretação do fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

DISCUSSÃO

O presente fluxograma foi elaborado com base nas três principais queixas e motivos de procura das mulheres pela UBS no ano de 2018. Dentre os motivos de procura, a dor foi a primeira queixa mais visualizada neste período. O estudo de Souza; Häfele; Siqueira (2019) também evidenciou que a dor crônica é um motivo frequente de procura por atendimento. A partir daí, pesquisou-se as especificidades da dor, permitindo classificá-la em dor aguda ou crônica a fim de direcionar as ações de forma específica conforme a queixa da paciente.

Ao chegar à unidade, no momento do acolhimento, será possível saber se a dor é crônica ou aguda. Se a queixa for aguda, a paciente será avaliada imediatamente pela enfermeira ou médico, ou encaminhada ao setor de emergência do município. Se for crônica, algumas ações poderão ser feitas, como orientações sobre a dor crônica, agendamento de avaliação médica; direcionamento da paciente para outros setores como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF;) e/ou fisioterapia. Também poderá ser debatido o caso com a equipe de saúde.

A segunda maior procura foi para solicitar ou mostrar exames. Em relação a isso Zapponi (2017, p. 69,) destaca que: “a realização de exames na perspectiva de cuidado à saúde está atribuído a ações de identificação de doenças. Realizar exames como forma de cuidado a saúde emerge como uma realidade concreta das mulheres atendidas na Atenção Básica”.

Fez-se necessário dividir a solicitação de exames em três categorias: *exames de rastreamento, de rotina e exames para avaliação/controle de agravos já existentes*. A partir disso foi possível definir as seguintes condutas. Se no acolhimento a paciente referir querer solicitar exames de rastreamento ou rotina, a paciente será orientada, e será realizado agendamento para avaliação médica. Se a solicitação de exames for para avaliação/controle de agravos já existentes a paciente será avaliada no dia pela enfermeira, e se preciso, será encaminhada ao médico.

Do mesmo modo, se a procura da mulher pela unidade for para mostrar exames, após o acolhimento, os exames e a paciente serão avaliados pela enfermeira, que a partir daí, dependendo dos resultados dos exames, duas condutas poderão ser tomadas. Se os exames não apresentarem alterações, após orientações a paciente será liberada. Se os exames apresentarem alterações a paciente será encaminhada ao médico da unidade ou para outro setor de referência.

A terceira queixa encontrada no estudo foi a tosse, sendo que esta, segundo Satia et al (2016), é um dos motivos mais comuns de procura por atendimento médico. Uma vez identificada no acolhimento, a tosse deverá ser classificada dentro das seguintes definições: *aguda, subaguda e crônica*. Independente de qual seja a classificação da tosse referida, a paciente será, em um primeiro momento, avaliada pela enfermeira no dia e, após avaliação, se a tosse da paciente for aguda ou subaguda será encaminhada ao médico da unidade ou para outro setor de referência. Se a tosse for crônica a paciente poderá ser avaliada pela enfermeira ou médico a fim de investigar a história clínica da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do fluxograma tem como objetivo a melhoria da resolutividade e manejo dos atendimentos às mulheres que procuram a unidade com estas queixas. A utilização deste instrumento possibilita uma maior autonomia aos profissionais responsáveis pelo acolhimento a partir da inclusão na tomada de decisão no atendimento à usuária. Este estudo poderá impactar diretamente na priorização dos atendimentos das usuárias a partir de suas queixas e história clínica. Também será um instrumento importante na organização do fluxo de atendimento na UBS.

Após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, pretende-se capacitar os profissionais do acolhimento da ESF IV, onde o estudo foi realizado. Também se espera que este instrumento seja encaminhado para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para que seja amplamente divulgado e disponibilizado para que outras equipes possam fazer uso dele.

Outro ponto importante a ser debatido é que os principais motivos de procura pelas mulheres ao serviço de saúde que apareceram nesta pesquisa não são contemplados de forma específica nas políticas públicas existentes, nem mesmo de forma geral. Pois embora muitas temáticas tenham sido incluídas nestas políticas, a grande maioria ainda volta-se para as áreas sexuais e reprodutivas. Evidencia-se desta forma a necessidade e a importância da constante reavaliação das políticas públicas para que possam abranger diferentes áreas e conteúdos, incluindo as especificidades de cada mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **8º Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final, 1986**: de 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf >. Acesso em: 05 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. 2020. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus> > Acesso em: 14 mai. 2020.

_____. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização, PNH**. 1. ed. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de atenção programática. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BREHMER L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, suppl, 3, p. 3569-3578, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf> >. Acesso em: 28 jun. 2020.

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

GALVÃO, G. O. **Manual de fluxogramas**: processos relacionados ao ecossistema de estímulo à inovação. Natal: IFRN, 2017. 58 p. Disponível em: < <https://memoria.ifrn.edu.br/bitstream/handle/1044/1514/Manual%20de%20Fluxogramas%20-%20ebook%20%281%29.pdf?sequence=5&isAllowed=y> >. Acesso em: 28 jun. 2020.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Pública**, v. 35, n. 2, p.144-149, fevereiro, 2014. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149> >. Acesso em: 28 jun. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed.; São Paulo: Artmed, 2011.

SATIA, I. et al. Towards understanding and managing chronic cough. **Clinical Medicine**, v. 16, n. 6, p. 92-97, dezembro, 2016. Disponível em: <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/16/Suppl_6/s92>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SILVA, L. A. N. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 742-754, jul-set, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0742.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SOUZA, D. F. S.; HÄFELE, V. SIQUEIRA, F. V. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 24, p. 10, dezembro, 2019. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14014/10978>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

THIOLLANT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

ZAPPONI, A. L. B. **Necessidades de saúde de mulheres na atenção básica**. 2017. Tese. (Doutorado em enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

5.3 PRODUTO CIENTÍFICO 2 – ARTIGO ORIGINAL

**FLUXOGRAMA PARA O ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALPESTRE-RS****Paola Franceschi Zanatta****Denise Antunes de Azambuja Zocche****Arnildo Korb****Carla Argenta****RESUMO**

Objetivo: apresentar a trajetória de elaboração de um fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica, no município de Alpestre-RS. Para tanto, identificou-se os principais motivos de procura pela Unidade Básica de Saúde de mulheres no período de janeiro a dezembro de 2018 e caracterizou-se o perfil destas mulheres. **Método:** pesquisa de natureza mista, integrando processos quantitativos e qualitativos. Buscaram-se dados nos prontuários das usuárias através de um formulário estruturado para coleta de dados. **Resultados:** foram analisados os meses de janeiro, maio, agosto e novembro, onde se viu que o mês de agosto foi o mês em que teve maior procura pelas mulheres. Houve o predomínio de mulheres da raça branca. A maioria delas tinha entre 40 a 59 anos de idade, com o ensino fundamental de primeira a quarta série. Socioeconomicamente prevaleceram as aposentadas. Prevaleceram às usuárias não fumantes, não usuárias de álcool ou drogas; sem hipertensão ou hiperglicemia e histórico de Acidente Vascular Cerebral, infarto ou doença cardíaca. Os três principais motivos pela procura à unidade foram dores, tosse e solicitar/mostrar exames. A partir destes resultados elaborou-se um fluxograma para atendimento das mulheres, com base nos três principais motivos de procura encontrados, de modo a aperfeiçoar o manejo das pacientes e melhorar a qualidade no atendimento. **Conclusões:** Espera-se que o fluxograma possa auxiliar no acolhimento da Estratégia de Saúde da Família IV, bem como na formulação de novas políticas ou atualizações de outras.

Palavras-chaves: Saúde da mulher; Atenção Primária à Saúde; Fluxo de trabalho; Enfermagem; Enfermeiros.

Introdução

Nos últimos anos a atenção à saúde da mulher nos serviços de saúde vem sofrendo profundas mudanças com relação à oferta de serviços, contudo permanece ainda a ênfase na saúde reprodutiva. Tanto que, se anteriormente a década de 70 os atendimentos para as mulheres eram voltados para o cuidado à área maternal, com ações e cuidados centrados na função reprodutora, na atualidade, é possível perceber que algumas ações foram incorporadas para além da questão reprodutiva. A conquista dos direitos sexuais e reprodutivos para a saúde da mulher, por exemplo, constitui-se um marco memorável. Trazendo a sexualidade e reprodução como parte inerente à mulher, colocando-a no controle destas situações, com autonomia e voz, sendo sujeito ativo (SOUZA; TAVARES; ROCHA, 2019).

Na última década, constatou-se que as ações ofertadas às mulheres pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se pautam pelo enfoque biologicista e obstétrico. Contudo, por serem as mulheres as maiores frequentadoras da rede de atenção básica, por demandas individuais ou familiares, os motivos de procura nem sempre tem relação com a saúde reprodutiva, o que acaba por criar uma demanda que necessite de atualização ou criação de dispositivos de atendimento as demandas cotidianas dos serviços de atenção à saúde das mulheres.

Frente ao exposto, este artigo apresenta a trajetória de elaboração de um fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica, no município de Alpestre, localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS).

Métodos

Os dados deste estudo foram obtidos a partir do trabalho de conclusão de curso do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

A pesquisa foi desenvolvida durante o primeiro semestre de 2019 até o primeiro semestre do ano de 2020. As informações foram coletadas em prontuários para a construção do fluxograma para o acolhimento às mulheres atendidas na unidade básica de saúde do município de Alpestre-RS. Para o seu desenvolvimento realizou-se uma pesquisa de natureza mista, com duas etapas: uma quantitativa e outra qualitativa. O campo de estudo foi o município de Alpestre, localizado no Extremo Norte do Rio Grande do Sul. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2016, sua população foi estimada em 7.533 habitantes, sendo a maioria residente em áreas rurais (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, ENTRE 2010 E 2020).

A rede de atenção à saúde do município conta com um hospital de pequeno porte, com 19 leitos e quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que três delas situam-se na área urbana e uma na área rural. Este estudo desenvolveu-se em uma das ESF urbanas, na ESF IV. Os participantes do estudo na parte quantitativa foram os profissionais de enfermagem da ESF IV e na parte qualitativa foram os profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento da ESF I, ESF III e ESF IV, que se disponibilizaram em participar. O referencial metodológico utilizado foi o da Pesquisa-ação, segundo Thiollent, adaptado em cinco etapas (THIOLLENT, 2011).

Na primeira etapa houve a definição do problema de pesquisa e definição do referencial teórico a ser estudado; a segunda etapa teve várias fases onde no início houve a

pesquisa nos prontuários eletrônicos das mulheres que frequentaram a ESF IV nos meses de janeiro (verão), maio (outono), agosto (inverno) e novembro (primavera) de 2018, utilizando como meio de seleção a sazonalidade, por meio de um formulário contendo o perfil socioeconômico e demográfico, perfil de saúde e dados sobre os motivos de procura à unidade. Foram incluídos nesta etapa para análise 554 prontuários e excluídos 285 prontuários que estavam mal preenchidos (por exemplo: sem motivo de procura, sem dados sociodemográficos ou ainda ou incompletos).

A terceira etapa consistirá em encaminhar o fluxograma para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) para análise e obter aprovação; correspondendo a quarta etapa, o fluxograma será encaminhado para 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Também nesta etapa será realizada uma capacitação para os profissionais de enfermagem para que possam fazer uso do fluxograma de maneira correta. A quinta e última etapa consistirá em divulgar os resultados deste estudo para a CMS e para o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Além da pesquisa nos prontuários eletrônicos, a parte quantitativa consistiu também na aplicação de um questionário com os profissionais que realizavam acolhimento da ESF IV. Realizada estas duas etapas, deu-se início a construção do fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. Após esta construção, na parte qualitativa, realizou-se um grupo focal (GF) para validar o fluxograma elaborado. Os dados quantitativos foram analisados através do programa *Software Statistical Program for Social Sciences 21.0 (SPSS)*, onde foram analisados dados variáveis como idade, raça, curso mais elevado, dentre outros.

A parte qualitativa foi analisada a partir de Bardin, organizada em três polos, sendo eles: *pré-análise*, onde os dados eram organizados e escolhidos através de uma leitura flutuante; *exploração do material*, onde se realizou uma intensa leitura do material e o *tratamento dos resultados obtidos através e interpretação*, onde as interpretações dos materiais foram realizadas (BARDIN, 2011).

Resultados

Através dos dados obtidos nos prontuários foi possível verificar qual dos meses analisados teve a maior procura pelas mulheres, bem como sua idade, escolaridade e a situação que se encontrava no mercado de trabalho. Foi possível analisar o perfil de saúde das mulheres assim como os três principais motivos de procura pela unidade. Faz-se importante mencionar que a população pela ESF IV era predominantemente rural.

Os meses analisados foram janeiro, maio, agosto e novembro, onde se percebeu que o mês de agosto teve a maior procura 157 (28,0%). Mulheres de raça branca foram as que mais procuraram o serviço (96,9%). A maior parte das mulheres apresentou idade entre 40 a 59 anos de idade 143 (40,1 %). Quanto à escolaridade, a maioria tinha o ensino fundamental de 1ª a 4ª séries 134 (37,5 %), em seguida aparecendo o ensino fundamental de quinta a oitava séries 94 (26,3 %), levando em consideração os dados do cadastro não é possível saber se as séries são completas ou incompletas. Também se visualizou que a maioria das usuárias era aposentada/pensionista 145 (40,6 %).

No tocante à situação conjugal das mulheres do estudo observou-se que na maior parte dos prontuários 282 (79%) este dado não estava informado, mostrando a falta do preenchimento integral e consistente dos cadastros das usuárias, seguido por 71 (19,9%) mulheres casadas e 4 (1,1%) solteiras. Quanto à nacionalidade, todas as mulheres que participaram do estudo eram de nacionalidade brasileira.

Em relação ao perfil de saúde os dados mostraram que maioria das mulheres não era fumante, 337 (94,4%), e somente 19 (5,3%) relataram fumar, 1 (0,3%) não constava essa informação no prontuário. Também se visualizou que 353 (98,9%) não fazia uso de álcool, 2 (0,6%) fazia uso e 2 (0,6%). Quanto ao uso de drogas 355 (99,4%) não fazia uso e 2 (0,6%) não tinha este dado no prontuário. Os resultados mostraram que 215 (60,2%) não tinha hipertensão arterial, sendo que 142 (39,8%). Também 339 (95%) não tinham diabetes e 18 (5%) tinha.

A maior parte das mulheres 349 (97,8%) não havia sofrido Acidente Vascular Cerebral (AVC)/derrame, sendo que 7 (2,0%) já haviam sofrido e 1 (0,3%) não trazia esta informação no prontuário. Quanto ao infarto, 356 (99,7%) não haviam tido, sendo que 1 (0,3%) não apresentavam esse dado no prontuário. Com relação à doença cardíaca, 336 (94,1%) apresentava não ter tido, 1 (0,3%) tinha, 5 (1,4%) tinha doença mas não sabia dizer, 12 (3,4%) tinham outra doença cardíaca e 3 (0,8%) não traziam essa informação no prontuário. Com relação a ter tido problemas nos rins, 328 (91,9%) mostrou que não teve, 11 (3,1%) apresentou ter outra doença no rim, 1 (0,3%) apresentou ter doença, mas não saber qual, e 17 (4,8%) não trazia essa informação no prontuário.

Os dados indicam que 343 (96 1%) das mulheres não apresentaram doença respiratória, sendo que 8 (2,2%) tinha doença respiratória, mas não soube especificar, 3 (0,8%) não tinham esta informação no prontuário, 1 (0,3%) apresentou asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)/enfisema ou não soube dizer. Praticamente não houve

menção a presença de hanseníase, apenas um prontuário não apresentou registro, o mesmo aconteceu com a tuberculose.

Com relação ao câncer, a maioria não indicou a presença desta doença, 351 (98,3%), 5 (1,4%) indicou ter tido e em um prontuário não constou esta informação. Sobre internação hospitalar, 320 (89,6%) dos prontuários não houve menção de internação nos últimos 12 meses, 9 (2,5%) apresentou ter tido internação, 9 (2,5%) não tinha esta informação no prontuário, e os outros 5,3% referiram ter tido internação nos últimos meses por outros motivos como pneumonia, 0,8% e trabalho de parto, 0,6%.

Os dados mostraram que a maioria das usuárias não teve diagnóstico de saúde mental feito por profissional de saúde, 340 (95,2%), sendo que 7 (2,0%) tinham este diagnóstico e 10 (2,8%) não tinha esta informação no prontuário. Quanto ao uso de práticas integrativas e complementares (PICS), 262 (73,4%) dos prontuários apresentou não fazer uso, 4 (1,1%) fazia uso e 91 (25,5%) não trazia essa informação. Destaca-se que no momento da coleta de dados o município não oferecia tais práticas à população, tendo a informação possivelmente interpretada errada no momento do preenchimento do cadastro. O uso das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) poderia constituir parte importante no tratamento e atendimento à demanda de saúde mental.

Também os dados mostraram que 356 (99,7%) das mulheres não estavam acamadas, sendo que 1 (0,3%) não trazia essa informação. A maior parte das mulheres não estava domiciliada 331 (92,7%), sendo que 24 (6,7%) mulheres estavam, e 2 prontuários não continham essa informação. Quanto à procura pela unidade no período de um mês, 273 (76,5%) vieram somente uma vez, 70 (19,6%) duas vezes, 12 (3,4%) veio três vezes e 2 (0,6%) vieram mais de três vezes. Quanto ao uso de chás, 211 (59,1%) não fazia uso, 79 (22,1%) fazia uso, 7 (2,0%) dos prontuários não constava essa informação e 60 (16,8%) fazia uso de diversos chás, como por exemplo: camomila, poejo, cidreira, dentre outros.

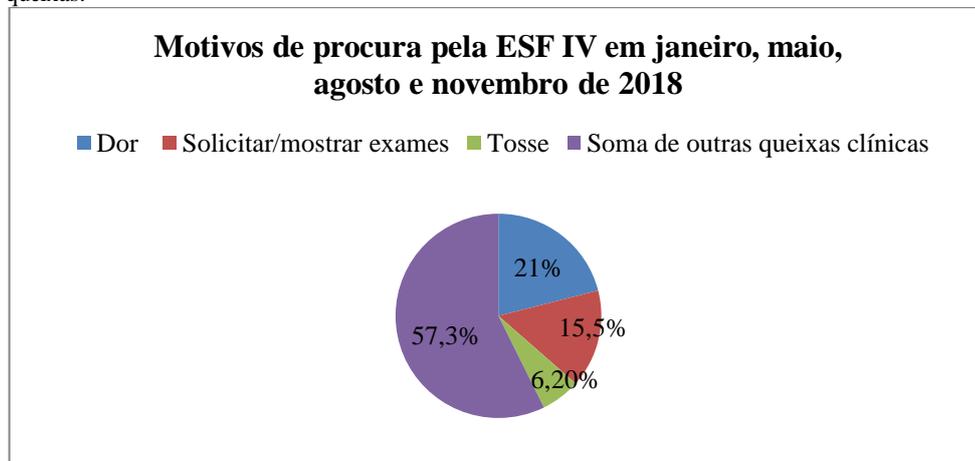
Quanto a outras condições de saúde, os dados mostraram que 344 (96,4%) das mulheres não tinham outras condições de saúde, 1 (0,3%) tinham, mas não especificaram, 3 (0,8%) tinham depressão, 1(0,3%) tinham problemas de tireoide, 1 (0,3%) tinham problemas de articulação de braço, 1 (0,3%) tinham esquizofrenia e 1 (0,3%) tinham diverticulite.

Esta categoria traz dados importantes sobre problemas osteoarticulares, uma vez que 2 (0,6%) das mulheres apresentava ter desgaste de joelho, 1 (0,3%) hérnia de disco, 1 (0,3%) desgaste de ossos e 1 (0,3%) desgaste na coluna. Estes resultados demonstram que estas alterações estão presentes na população estudada, e, levando em consideração que a maior parte do município reside em área rural, e que a fonte de renda é na maior parte oriunda da

agricultura familiar, com baixo nível de moto mecanização em algumas regiões, pode-se relacionar o modo de trabalho com o surgimento dessas alterações degenerativas (ADMAU, 2017).

Finalizada esta caracterização, partiu-se para a identificação dos motivos de procura das mulheres pela ESF IV nos quatro meses analisados. Houve um total de 1193 queixas, e os três principais motivos encontrados foram: *dor*, *solicitação ou mostrar exames e tosse*. Com relação à dor, esta queixa se mostrou presente em todos os meses verificados, contabilizando 21% do total de queixas. A procura para *mostrar/solicitar exames* e a queixa de *tosse* e estavam em três dos quatro meses analisados, entretanto *mostrar/solicitar exames* contabilizou 15,5% das queixas e a *tosse* 6,25%, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1. Motivos de procura pela ESF IV, nos meses pesquisados com base no número total de queixas.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Finalizada esta etapa, então, no segundo momento realizou-se a aplicação do questionário individual com os profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento na ESF IV, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, a respeito dos principais motivos de procura pelas mulheres pela ESF IV. Tanto a técnica de enfermagem quanto a enfermeira responderam que os principais motivos de procura pelas mulheres eram:

“Ansiedade, dor lombar muscular devido tratar-se de uma região exclusivamente agrícola e o trabalho ainda realizado ser braçal. A ansiedade e a depressão são bem notórias na população, principalmente nas mulheres, Os motivos são o estresse com o trabalho, família e principalmente ainda motivos conjugais. Em nosso ESF prevalece o machismo.” Técnica de enfermagem.

“Ansiedade, depressão e dor crônica. A área de abrangência de nossa ESF é totalmente rural, onde as pessoas trabalharam, quase que em sua maioria, na agricultura, de forma manual. Dessa forma o trabalho acabou acarretando em muitos problemas musculo esqueléticos, como dor lombar, dor em joelhos, dores dorsais,

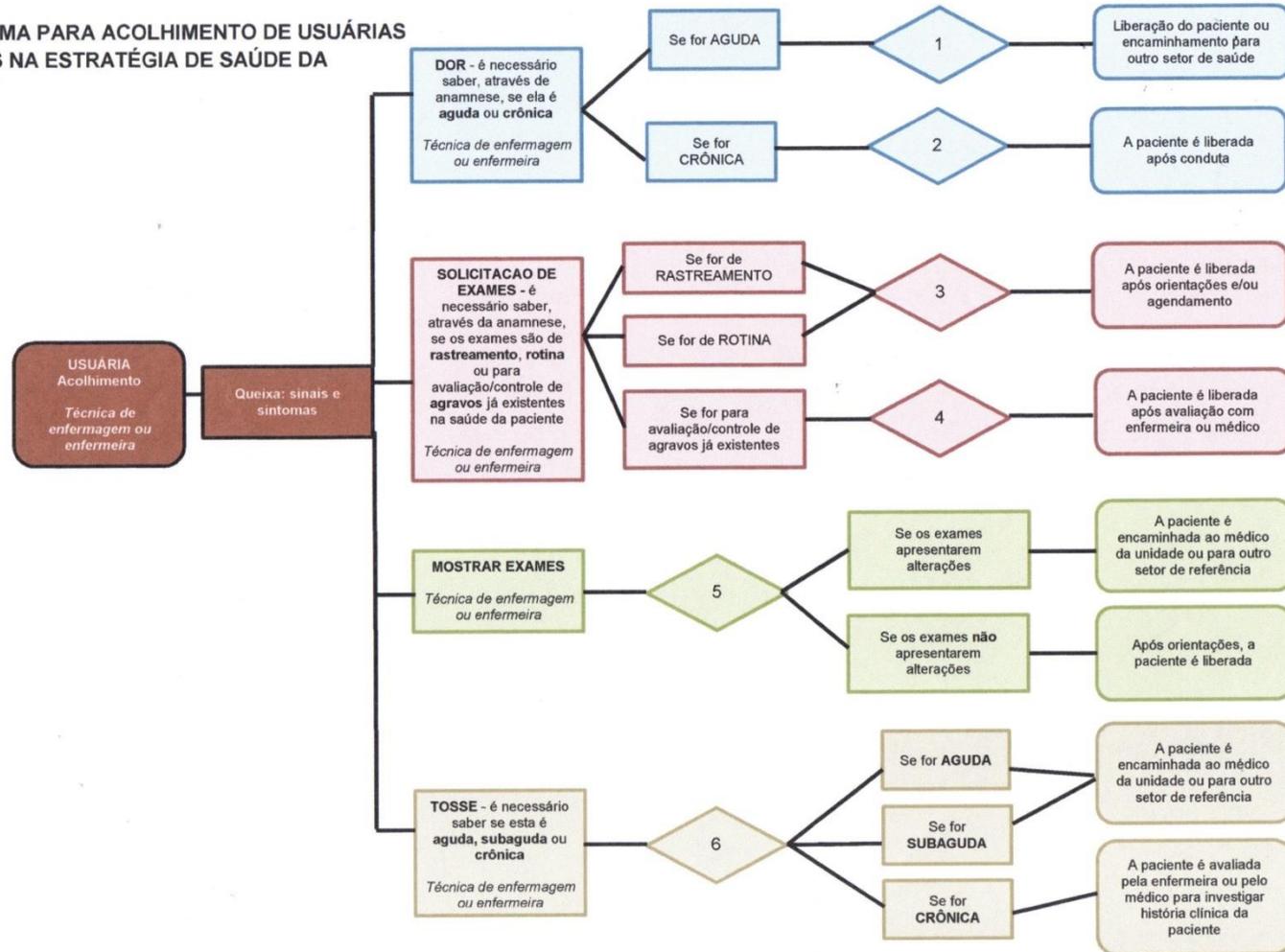
etc. Junto disso vê-se muitos problemas conjugais e familiares que muitas vezes resultam em quadros depressivos e de ansiedade. Outro ponto importante é que em nossa ESF existe uma significativa população idosa, onde, em muitos casos, os filhos já não residem mais com os pais. Percebe-se que isto, em alguns casos, também é um fator de estresse.” Enfermeira.

Destaca-se que as profissionais reconhecem as questões regionais como fatores intervenientes no contexto de saúde e adoecimento das mulheres, podendo-se relacionar estas dores principalmente com a condição laboral, ligada às dificuldades das atividades agrícolas.

A segunda questão abordou se havia a existência de um *fluxo de atendimento de mulheres em sua unidade, diferenciado para as mulheres*. Sobre este questionamento, ambas profissionais responderam que as mulheres ao chegar à unidade, são atendidas por livre demanda. A partir destes dados da análise dos prontuários e dos questionários, foi construído um fluxograma, a ser validado com a equipe da ESF IV e demais equipes que quisessem participar.

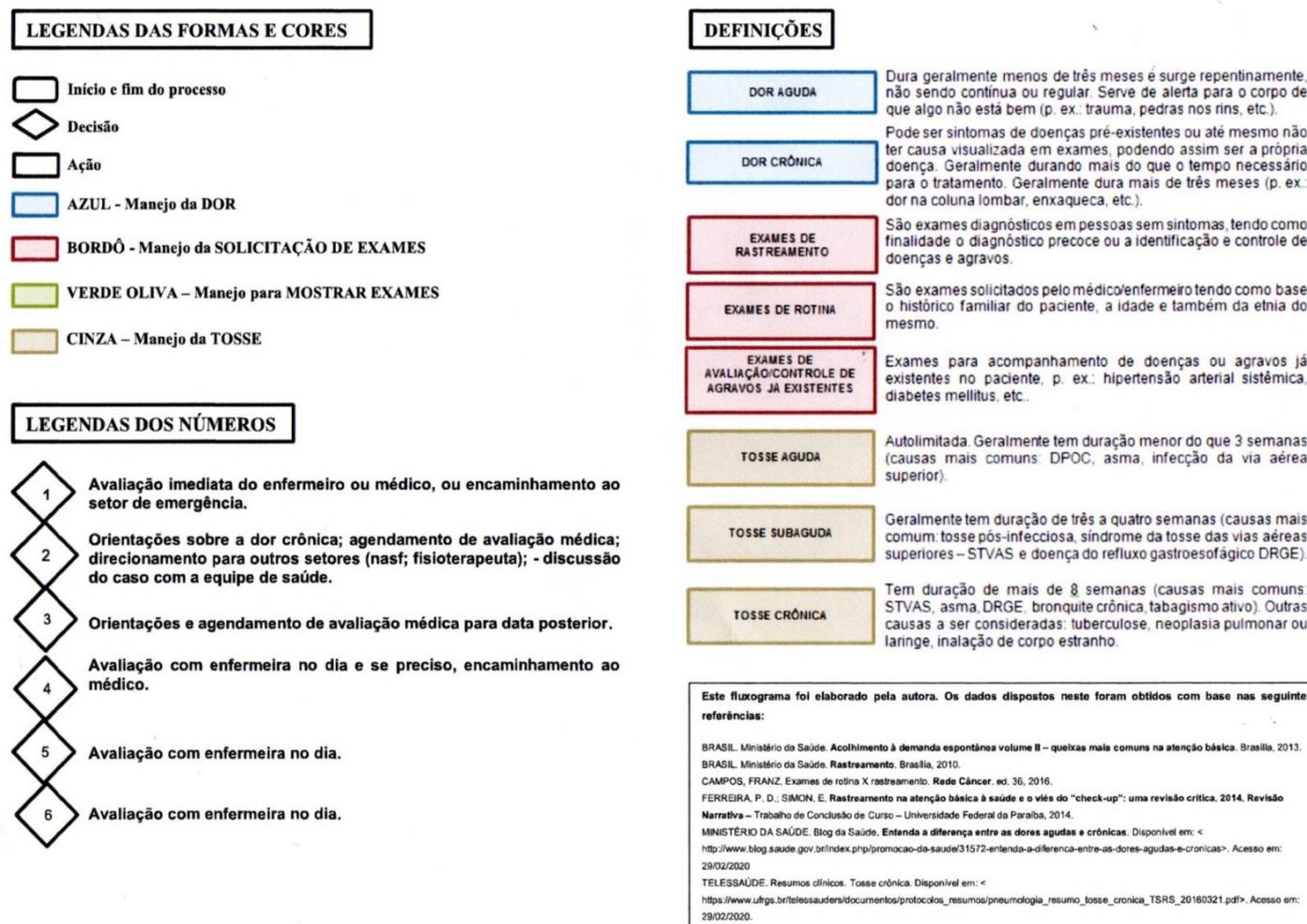
Figura 1 - Fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF I

FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Figura 2 Legendas para interpretação do fluxograma para acolhimento de usuárias atendidas na ESF IV



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A última etapa do estudo foi à realização do GF em que foram convidados os profissionais do acolhimento de outras ESFs. Participaram desta etapa sete profissionais, que avaliaram e validaram o fluxograma por meio de um instrumento contendo com os seguintes quesitos: 1) Quanto à apresentação visual do fluxograma, como você avalia; 2) quanto à definição das queixas, como você avalia; 3) quanto à atuação dos profissionais no fluxograma, como você avalia; 4) quanto à resolutividade das queixas, como você avalia; 5) na sua opinião, o que poderia melhorar no fluxograma?.

Este GF teve a duração de 25 minutos e 21 segundos, foi realizado na sala de reuniões da UBS. Ao final do GF, o fluxograma foi aprovado quanto à capacidade de organizar o fluxo de atendimento às mulheres. No entanto, quanto à resolutividade das queixas/motivos de procura seriam necessários outros desdobramentos e pactuações internas com a secretaria de saúde e outras instituições. A realidade de cada ESF, a população assistida, bem como as suas particularidades também foi destacada pelas profissionais como pontos importantes para levar em consideração para a aplicação do fluxograma.

“Eu acho que resolver o problema de superpopulação no dia...o manejo, mas não o problema do paciente...mas a questão de organizar o atendimento, sim...mas a queixa acho que não.” Participante nº 2.

“Como a nossa população não é tão grande nós conseguimos, sem agendar...eu até nem gosto muito de agendar...[...]Aí às vezes tem um monte de agendados e vem mais um monte de gente..” Participante nº 5.

Discussão

O principal motivo de procura das mulheres pela unidade de saúde foi a dor. Seja aguda ou crônica é um fator importante a ser considerado, uma vez que ela funciona como um indicativo ao corpo de que algo não está bem. A dor aguda geralmente faz o papel de alerta para o organismo, como por exemplo, em casos de danos em órgãos ou tecidos. A dor crônica é aquela que persiste mesmo após a cura da lesão ou mesmo quando relacionada a doenças crônicas. Esta dor pode acarretar em muitas outras manifestações na vida do indivíduo, como emocionais, físicas e até culturais (LOPES; FERRARI; JORGE, 2019).

Souza, Häfele, Siqueira (2019) no estudo realizado em uma das unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, também destacam a dor como um dos motivos de procura pelos serviços de saúde. Dentre outros aspectos, indicou que ser do sexo feminino estava associado com a dor crônica, 50 % mais do que em relação aos homens.

A tosse foi segundo maior motivo de procura das mulheres pelo serviço, podendo ser *aguda* (duração menor de três semanas), *subaguda* (duração entre três a oito semanas) ou *crônica* (duração entre três a oito semanas) constitui-se em uma importante razão de procura aos serviços de saúde. O estudo de Junior et al (2014) realizado com pacientes que procuraram uma unidade de saúde com sintomas respiratórios, em Goiânia-GO, apresenta a tosse como o sintoma respiratório mais prevalente nestes pacientes, principalmente no inverno, entretanto a tosse também esteve presentes nas outras estações, corroborando os achados deste estudo (TELESSAÚDE, ENTRE 2010 E 2020).

A procura pela unidade para solicitar/mostrar exames foi o terceiro motivo de procura. Quanto aos tipos de solicitação destacam-se três tipos, exames de rastreamento, onde os indivíduos são chamados para realizar exames em determinadas idades sem necessariamente ter alguma doença; exames de rotina, sendo que estes exames são solicitados com após avaliação no paciente com base nos seus históricos de saúde, familiar...ou exames de avaliação e controle de doenças já existentes (como hipertensão, diabetes, esclerose). (CAMPOS, 2016).

O estudo de Telles (2016) realizado em estudo realizado com pacientes atendidos em Unidade de Saúde da Família, em Vitória da Conquista, BA indicou que o acesso à realização de exames é parte inerente do direito à saúde de qualidade. Também se corrobora com o estudo de Gomes et al (2013), também realizado em Vitória da Conquista, Bahia, com uma população quilombola, que a solicitação de exames de rotina e prevenção também são muito procurados pelas mulheres.

Ao realizar a leitura da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada no ano de 2004, é possível perceber que, embora a mulher residente da área rural tenha sido incluída na política, a maior parte dos temas refere-se à área da saúde sexual e reprodutiva, o mesmo pode se dizer do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015, onde as mulheres residentes da área rural também foram incluídas, entretanto seu enfoque foi para o respeito de suas especificidades, acesso aos serviços de saúde, bem como a linhas de crédito e apoio ao empreendedorismo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

Outro ponto que merece atenção é que ambas as profissionais do acolhimento da ESF IV, ao responder o questionário, relataram acreditar que um dos motivos que mais traz as mulheres à unidade de saúde é a ansiedade e depressão e, embora os três principais motivos encontrados neste estudo não sejam diretamente ansiedade e depressão. Alguns estudos trazem que há uma relação entre a dor crônica e aguda com a depressão e a ansiedade (BRASIL; PONDÉ; 2009; MARTA et al., 2010).

Entre os resultados do grupo focal destaca-se a associação entre a dor e problemas de saúde mental, corroborando também com a experiência e percepção da pesquisadora. Em um estudo¹⁸ sobre o Problema Crônico de Coluna (PCC) associa a depressão como fator desencadeante do PCC, bem como fator ligado ao surgimento dele. Neste estudo a dor crônica, incluindo a dor na coluna dorsal, foi um dos principais motivos de procura (OLIVEIRA et al., 2020).

Ao contrário disto, neste estudo, poucas foram às queixas trazidas pelas mulheres que foram relacionadas à saúde reprodutiva e sexual. O que mostra que dentro destas políticas já criadas há uma deficiência de temas que contemplem as queixas trazidas diretamente pela mulher residente da área rural, como estas aqui vistas.

Ao voltar o pensamento sobre as políticas públicas para a saúde da mulher existentes até os dias de hoje é possível perceber a necessidade de novas formulações onde a mulher seja compreendida em todas as suas especificidades e particularidades a fim de possibilitar à mulher o acesso a serviços de saúde mais qualificados e resolutivos.

Conclusões

Conhecer a população assistida constitui-se em um dos principais pontos para ofertar um serviço de qualidade. No âmbito municipal a criação do fluxograma baseado nas principais procuras pelas mulheres é um passo muito importante para organizar o serviço na unidade básica de saúde, bem como aumentar a resolutividade e qualidade no atendimento a estas. Neste estudo, comprovou-se que os motivos de procura não são aqueles pautados pelas políticas públicas direcionadas às mulheres, ou seja, em sua grande maioria, ações relacionadas à saúde reprodutiva, uma vez que *dor, solicitar/mostrar exames e tosse* possivelmente estão relacionados a outras questões de saúde, como por exemplo, questões que podem ser culturais e também de trabalho, uma vez que a região seja predominantemente agrícola. Espera-se que este estudo possa servir para melhoria do serviço de acolhimento na APS, bem como servir de subsídio para criação de novas políticas públicas, protocolos ou formas de atendimento.

Referências

ADMAU – AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DO MÉDIO ALTO URUGUAI – **Dinâmica Agrária e Estratégias de Desenvolvimento da Agricultura do Município de Alpestre – RS**. Prefeitura Municipal de Alpestre. mar. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed., 3ª reimp. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as mulheres: 2013-2015**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2013.

BRASIL, I. S. P. S.; PONDE, M. P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 31, n.1, p. 24-31, 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a07.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2020.

CAMPOS, FRANZ. Exames de rotina X rastreamento. **Rede Câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, ed. 36, p. 20:22, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rrc-36-entrevista-exames-de-rotina-x-rastreamento.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1829-1842, setembro, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

JÚNIOR, J. L. R. S. et al. Sintomas respiratórios em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO. **Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 264-272, jul-set, 2014. Disponível em: < <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/825/640> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

LOPES, C. R.; FERRARI, V.; JORGE, C. C. Dor Crônica sob a Ótica Comportamental: Compreensão e Possibilidades de Intervenção. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 63-78, 2019. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n3/v11n3a05.pdf> >. Acesso em: 07 jul. 2020.

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 4, p. 1100-1106, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/35.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2020.

OLIVEIRA, C. V. A. et al. Prevalência e fatores associados a problema crônico de coluna em mulheres em idade fértil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 3, p. 1041-1049, 2020.

Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n3/1413-8123-csc-25-03-1041.pdf>>.
Acesso em: 19 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE. **Histórico do Município de Alpestre**. Entre 2010 e 2020. Disponível em: < <https://www.alpestre.rs.gov.br/municipio>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

SOUSA M. E. A.; TAVARES M. F. L.; ROCHA, R. M. Dimensões dos direitos fundamentais no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 09-30, abr-jun, 2019. Disponível em: < <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/525/589> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

SOUZA, D. F. S.; HÄFELE, V. SIQUEIRA, F. V. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 24, p. 10, dezembro, 2019. Disponível em: < <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14014/10978>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

TELLES, Mauro, F. **Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista, 2016.

TELESSAÚDE. **Resumos clínicos. Tosse crônica**. Entre 2010 e 2020. Disponível em: < https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_tosse_cronica_TSRS_20160321.pdf >. Acesso em: 02/05/2020.

THIOLLANT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

6 DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo estão no artigo e capítulo de livro que foram elaborados. Além disto, segue abaixo uma discussão sobre os motivos encontrados e sua relação com os programas de saúde e políticas públicas.

Após a realização desta pesquisa constatou-se que os principais motivos de procura pelas mulheres diferem daquilo que por muito tempo, e de certa forma ainda é, o foco das políticas e programas voltados para a saúde da mulher, como por exemplo, a saúde sexual, reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério e também temas relacionados à ISTs. O estudo de Silva et al (2017) demonstrou que os agravos ginecológicos estão bastante presentes na vida das mulheres, conquanto neste estudo as queixas ginecológicas não apareceram dentre as principais.

Ao falar-se das políticas públicas voltadas para as mulheres, faz-se importante lembrar que há muitos anos as mulheres veem buscando seu espaço e reivindicando seus direitos. Se no início da década de XX às ações voltadas para as mulheres traziam uma visão da mulher mãe e doméstica, aos poucos isto fora mudando. Ações ora negligenciadas foram sendo incorporadas aos poucos, como a prevenção das ISTs e a sobrecarga de trabalho das mulheres (BRASIL, 2004a).

No entanto, após a realização deste estudo, foi possível observar que os temas abrangidos nas políticas existentes, principalmente na PNAISM, não condizem com a demanda que fora visualizada. Os avanços conquistados até então são de fato de extrema relevância, voltar os olhares a assuntos que ora foram tabus, como a violência doméstica, mostrou que as políticas públicas podem ter progressos relevantes (BRASIL, 2004a).

Materiais elaborados, de fundamental importância, como o PNPM, os Protocolos da Atenção Básica – Saúde das mulheres, que trazem especificidades muito pertinentes na temática, como as queixas mais comuns dentro da área, bem como atenção ao pré-natal de baixo risco, puerpério e aleitamento materno. Percebe-se que estes materiais também não abrangem os motivos de busca encontrados neste estudo (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016b).

Voltando-se para as políticas e ações ofertadas pelo estado do Rio Grande do Sul, é possível observar os projetos prioritários permeiam às áreas da saúde materna, através do projeto Rede Cegonha, onde os grupos de trabalho atuam nas áreas de direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento da violência contra a mulher e colo e mama. Logo, as mesmas áreas abrangidas pelas políticas e protocolos nacionais (RIO GRANDE DO SUL, ENTRE 2010 E 2020).

A Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre, onde este estudo foi realizado tem como objetivo ações muito semelhantes às do Estado e, conseqüentemente, do país, relacionadas ao câncer de colo de útero em mama, planejamento familiar, ações e planejamentos para controle das ISTs e AIDS (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE, 2018).

O cuidado da mulher no que concerne à saúde reprodutiva tem sido enfatizado pelos sistemas de saúde, com ênfase às seguintes vertentes: pré-natal, parto, puerpério; bem como planejamento no âmbito da reprodução. Outras vertentes priorizadas são: prevenção referente às neoplasias malignas de mama e de colo uterino. Entretanto, a prestação de atendimento às mulheres de forma integral é um processo em fase ainda não concretizada. Este processo engloba acolher requisições e carências do público feminino. Atingir a integralidade no quesito da Atenção Básica envolve o estabelecimento de ações amplas que contemplem a saúde e as necessidades apresentadas pelas usuárias. (SILVA et al 2019, p. 250)

Quanto ao manejo da dor, no Brasil não existem políticas públicas específicas voltadas para a temática, existindo somente informações acerca do assunto. No ano de 2001, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), lançou o manual Cuidados Paliativos Oncológicos – controle da dor, no entanto refere-se de forma mais específica aos cânceres. Também existe a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, fundada no ano de 1983, promovendo estudos e assistências com relação a dor, atuando até hoje na temática (BRASIL, 2001; SBED, ENTRE 2015 E 2020).

No tocante aos exames, sejam eles de rotina, rastreio ou acompanhamento, sua importância e necessidade podem ser encontrados na descrição de agravos e rastreamento de doenças ou prevenção de outras. No ano de 2001, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Apoio aos Gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos, onde traz a classificação de exames laboratoriais, funcionamento e logística da rede laboratorial, dentre outros assuntos (BRASIL, 2003).

O estudo de Gomide et al. (2018) realizado em cinco unidades de Pronto Atendimento na cidade de Ribeirão Preto-SP com os indivíduos que estavam aguardando atendimento nestas unidades, traz relatos que indicam insatisfação de alguns pacientes devido à falta da solicitação de exames e conseqüentemente baixa resolutividade das queixas. Por outro lado, o estudo de Figueiredo et al. (2017) relata que a solicitação de exames pelos profissionais médicos está relacionada com a sua formação profissional. Também aponta que as características da unidade de trabalho também influenciam o médico na solicitação de exames.

Com relação à queixa de tosse, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2010 um caderno de atenção básica sobre doenças respiratórias crônicas, onde trouxe alguns dos

principais agravos em saúde vistos na área, como a rinite alérgica, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica, onde traz informações importantes também sobre os sintomas respiratórios, dentre eles a tosse. Entretanto não há nada específico sobre a saúde da mulher (BRASIL, 2010b).

Levando em consideração as três queixas/procuras encontradas, sendo elas, a *dor*, *solicitar/mostrar exames* e a *tosse*, pode-se visualizar que de forma direta, nenhuma delas é abrangida diretamente pelas políticas de saúde da mulher. Embora alguns estudos mostrem que a dor crônica esteja mais associada a ser do sexo feminino e que a tosse manifesta-se duas vezes mais nas mulheres do que os homens (SATIA et al., 2016; SOUZA; HÄFELE; SIQUEIRA, 2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo pode-se dizer que a proposta desta pesquisa foi atingida. Apesar da dificuldade em encontrar materiais, estudos e políticas que subsidiassem o seu desenvolvimento, conseguiu-se elaborar o fluxograma que poderá servir como instrumento para melhoria dos fluxos de atendimento dentro da unidade, diminuir filas de espera e também trazer maior empoderamento aos profissionais que o utilizarão. Também foi possível caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde, os principais motivos que levam às mulheres a procurar a UBS e a percepção dos profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento nas unidades.

Destaca-se que o estudo apontou que ainda há fragilidade de instrumentos que facilitem e incentivem a pesquisa sobre as necessidades de saúde, que não apenas as queixas ginecológicas dentro do campo da saúde da mulher, seja no âmbito nacional, estadual, e principalmente regional, a fim de poder ofertar serviços que de fato sejam mais resolutivos às queixas das usuárias.

É visível a necessidade de maiores atividades de promoção da saúde para esta área específica, principalmente levando em consideração as três queixas/procuras que foram vistas neste estudo, haja vista que as mulheres são as maiores frequentadoras dos sistemas de saúde.

Vale relatar que houve algumas limitações durante esse processo de investigação. Durante a busca pelos prontuários do ano de 2018, houve a mudança de um profissional, onde o profissional anterior preenchia o prontuário eletrônico de forma mais direta, com pouquíssimas informações dos atendimentos, dificultando muito a busca e compreensão dos dados, já o outro, preenchia de forma muito rica, com muitas informações. Outro fator foi a limitação de poder acessar aos prontuários dentro da unidade básica de saúde, o que acabou por limitar os horários para as coletas de dados.

Pode-se dizer que saber o que leva as mulheres aos serviços de saúde foi de suma importância para o serviço de saúde do município de Alpestre, uma vez que a partir daí é possível criar instrumentos que monitorem periodicamente as razões de procura destas, bem como ofertar ações de forma mais resolutiva para estas usuárias. Dentro da enfermagem se identifica cada vez mais a importância da pesquisa em saúde, pois somente através dela é que se podem descobrir novos parâmetros e adequar o manejo conforme a necessidade.

Os três motivos vistos neste estudo apontam que a saúde pública tem muito a ser analisada e explorada. Espera-se que a partir disto possam-se criar novas portarias que

fomentem a pesquisa na saúde da mulher, bem como a criação de novas formas de atendimento com novos olhares nesta área. Também se almeja que os resultados aqui vistos possam servir para subsidiar a construção de mais materiais, como protocolos e também manuais voltados à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. N. **O trabalho prescrito e real do agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento fitoterápico. Farmacopeia Brasileira**. Brasília, 1 ed., 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulários de Fitoterápicos. Farmacopeia Brasileira**. Brasília, 1 ed., 2018.

ARAÚJO, J. S. S. et al. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 105, p. 411-422, abr-jun, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00411.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BARCELOS, M. R. B. et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, p. 349-354, 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a05v30n7.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed., 3ª reimp. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **8º Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final, 1986: de 17 a 21 de março de 1986**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 out. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários: Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978**. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1 ed., 2ª reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de atenção programática. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento passa a utilizar nomenclatura “IST” no lugar de “DST”.** Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 11 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2004b.

_____. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para as mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as mulheres: 2013-2015.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

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

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.** 21 set. 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 27 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 17 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Apoio aos Gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos**. 1 ed., 2ª reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARLOS, I. L. et al. Acolhimento e estratégia de saúde da família: Relato de experiência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 27, p. 1-6, janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2343>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CAZELLA, L. G. et al. Qualidade de vida de mulheres e as características sociodemográficas associadas. **Enfermagem em Foco**, v.10, n. 3, p.34-39, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2448/565>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

COELHO, E. A. C. et al. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: subsídios para construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 574-584, set-dez, 2012. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6850/6695>> Acesso em: 05 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 564, de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que acrescenta os Capítulos sobre o oferecimento de cuidados paliativos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 dez. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em: 05 jul. 2020

COSTA CABRAL, D. M. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: Perfil dos Pacientes, Queixas Apresentadas e Conduta dos Profissionais de Saúde. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 15, n. 3, p.238-244, jul-set, 2012. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14994>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

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

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p.703-715, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. 2. ed; São Paulo: Manole, 2013.

FIGUEIREDO, M. F. S. et al. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **SAÚDE DEBATE**. v. 41, n. 114, p. 729-740, jul-set, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0729.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2020.

FREITAS, F. L.; FREITAS, T. G. de. **Eventos agudos na atenção básica: cefaleia**. Florianópolis. p. 31, 2013. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/806/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

FURTADO, F. M. S. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1., p. 129-140, jan-abr, 2019. Disponível em: < http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995561/12_7017-francisca-marina-port_norm_ing.pdf >. Acesso em: 05 jul. 2020.

GALVÃO, G. O. **Manual de fluxogramas: processos relacionados ao ecossistema de estímulo à inovação**. Natal: IFRN, 2017. 58 p. Disponível em: < <https://memoria.ifrn.edu.br/bitstream/handle/1044/1514/Manual%20de%20Fluxogramas%20-%20ebook%20%281%29.pdf?sequence=5&isAllowed=y> >. Acesso em: 28 jun. 2020.

GONÇALVES, A. M. C. et al.; Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n2/0047-2085-jbpsiq-67-2-0101.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

GOMES, A. P. F.; CASTANHEIRA, M.; PEREIRA, S. Perfil do consumo de frutas e hortaliças de mulheres idosas em um programa de saúde para o envelhecimento saudável no

Rio de Janeiro. **Nutrición clínica y dietética hospitalaria**, v. 37, n. 4, p. 160-166, 2017. Disponível em: <<https://revista.nutricion.org/PDF/GOMESAP.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1829-1842, setembro, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**. v. 28, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180081/001070499.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 set. 2020.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico – Principais resultados – população residente por sexo**, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques>>. Acesso em: 29/09/2018

JÚNIOR, J. L. R. S. et al. Sintomas respiratórios em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO. **Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 264-272, jul-set, 2014. Disponível em: < <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/825/640> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

KINALSKI, D. D. F. et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 443-8, mar-abr, 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf >. Acesso em: 05 jul. 2020.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, G. S. R. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1 ed. Porto Alegre: Moriá, 2016

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 705-714, jul-set, 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

LENA, P. T.; et al. Perfil epidemiológico de mulheres mastectomizadas em um serviço de referência localizado no Vale do Taquari/RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 2, p. 122-128, abr-jun, 2019. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12102/8025>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **SAÚDE DEBATE**, v. 42, número especial 1, p. 261-274, setembro, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0261.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

NADER, M. B.; RANGEL, L. A. S. **Mulher e gênero em debate**: representações, poder e ideologia. Vitória: EDUFES, 2014.

OLIVEIRA, E. H.; SOARES, L. F. Prevalência de Vaginites infecciosas através da Citologia Clínica: Um estudo no Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 1, p. 33-35, 2007. Disponível em: < http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/08/RBAC_Vol39_n1-completa.pdf >. Acesso em: 06 jul. 2020.

OLIVEIRA GONÇALVES, L. de.; FARINHA, M. G.; GOTO, T. A. Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, v. 22, n. 2., p. 225-232, jul-dez, 2016. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v22n2/v22n2a15.pdf> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

OLIVEIRA, R. D. **Saúde da Mulher: construindo um direito. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus rebatimentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2016.

PASQUAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Atenção à Saúde da Mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p.21-27, junho, 2015. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00021.pdf >. Acesso em: 06 jul. 2020.

PAULA, W. K. A. S. et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020113.pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento**: plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: < <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

PINHO, R. A. **CUIDADO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE FLUXOGRAMA ORGANIZATIVO**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. São Paulo: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2018/2021**. Alpestre, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE. **Histórico do Município de Alpestre**. Entre 2010 e 2020. Disponível em: < <https://www.alpestre.rs.gov.br/municipio>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

REZENDE, P. S. **A atenção à Saúde das Mulheres: integralidade e gênero – Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

RUVIARO, L. F.; FILIPPIN, L. I. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-131, abr-jun, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n2/06.pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

RODRIGUES, I. S. A et al. Ocorrência de Lombalgia em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 11, n. 3, p. 823-827, abr-jun, 2019. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7064/pdf_1 >. Acesso em: 06 jul. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Saúde da Mulher**. Entre 2010 e 2020. Disponível em: < <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-da-mulher>>. Acesso em: 13/06/2020.

SATIA, I. et al. Towards understanding and managing chronic cough. **Clinical Medicine**, v. 16, n. Suppl 6, p. 92-97, 2016. Disponível em: < https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/16/Suppl_6/s92 >. Acesso em: 06 jul. 2020.

SANTOS, L. V. et al. Características sociodemográficas e risco para doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres atendidas na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 111-115, jan-fev, 2014. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11456/8992> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

SBED - Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. **Quem somos**. Entre 2015 e 2020. Disponível em: < <https://sbed.org.br/institucional/> >. Acesso em: 13/06/2020.

SILVA, A. M. H. P. et al. Sazonal frequency of Bacterial vaginosis and Candida sp in Pap smears observed in a private laboratory in Fortaleza, Brazil, from 2012 to 2015. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.29, n. 2, p.50-53, 2017. Disponível em: < <http://www.jbdst.inpub.solutions/publicas/jbdst/arquivos/150922569128Q40CCPROEMHAQFLOKCEDEPG0M6DDE/2177-8264-JBDST-29-02-00050.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

SILVA, M. A. **Sistema de referência para o parto hospitalar do programa Rede Cegonha Carioca**: perspectiva das puérperas sobre a assistência da enfermeira. 2018. Dissertação (Mestrado em enfermagem – área de concentração: enfermagem, saúde e sociedade) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, N. R. da, et al. Perfil de saúde de mulheres atendidas em estratégias saúde da família em Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 242-257, jan-jun, 2019. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999693/3415-12857-1-pb.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

SOUSA M. E. A.; TAVARES M. F. L.; ROCHA, R. M. Dimensões dos direitos fundamentais no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 09-30, abr-jun, 2019. Disponível em: < <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/525/589> >. Acesso em: 05 jul. 2020.

SOUSA, J. L. de, et al. Medicamentos Utilizados na Enxaqueca: Rotina em Unidades Básicas de Saúde e em Hospital. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, março, p. 71-76, 2015. Disponível em: < <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16269/15052>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

SOUZA, D. F. S.; HÄFELE, V. SIQUEIRA, F. V. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 24, p. 10, dezembro, 2019. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14014/10978>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SOUZA, R. de, et al. **Grupo Focal**. Rio de Janeiro; IBAM; CONANDA, 2013. Disponível em: < http://www.ibam.org.br/media/arquivos/estudos/grupos_focais_analise_medida_socioeducativa_1.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2020.

TELLES, M. F. **Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista, 2016.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

THIOLLANT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRINDADE, A. P. N. T. da; BORGES, R. C. C. O.; BITTAR, C. M. L. Impacto de um programa de tratamento em pacientes com alterações na coluna. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 31, n. 4, p. 1-8, out-dez, 2018. Disponível em: < <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8748/pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

WARKENTIN, P. F. et. al. Organização da atenção na saúde bucal em um município da região metropolitana de Curitiba: percepção do usuário. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, p.212-220, abr-jun, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16238> >. Acesso em: 06 jun. 2020.

XAVIER, A. G. et al. Análise das práticas profissionais de enfermeiras na perspectiva da integralidade da assistência à mulher. **Rev Rene**, v. 15, n. 5 p. 851-859, set-out, 2014. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3259/pdf> >. Acesso em: 06 jul. 2020.

**APÊNDICE A: FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS PARA A ANÁLISE DO
PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO FEMININA
ATENDIDA NA UNIDADE BÁSICA NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2018 À
DEZEMBRO DE 2018**

Número: _____

Nome do Pesquisador: _____ Data: __/__/____

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

RAÇA: Branca Preta Amarela Parda Indígena

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____ **IDADE:** _____

SITUAÇÃO CONJUGAL

Casada Solteira Divorciada Viúva Amasiada
 Não informado

NACIONALIDADE

Brasileira Naturalizado Estrangeiro

QUAL O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- Creche
- Pré-escola (exceto CA)
- Classe de Alfabetização – CA
- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
- Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Fundamental Especial
- Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)
- Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 8ª)
- Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico, etc)
- Ensino médio especial
- Ensino médio EJA (supletivo)

<input type="radio"/> Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para adultos (mobral, etc) <input type="radio"/> Nenhum	
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado / Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público / Militar <input type="radio"/> Outro	
PERFIL DE SAÚDE	
Está fumante?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz uso de álcool?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz uso de outras drogas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tem hipertensão arterial?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tem diabetes?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Teve AVC / derrame?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Teve infarto?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tem doença cardíaca / do coração?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, indique qual (is):	
<input type="radio"/> Insuficiência cardíaca <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Não sabe	
Tem ou teve problemas nos rins?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, indique qual (is):	
<input type="radio"/> Insuficiência renal <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Não sabe	
Tem doença respiratória / no pulmão?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, indique qual (is):	
<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> DPOC / Enfisema <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Não sabe	

- Está com hanseníase? Sim Não
- Está com tuberculose? Sim Não
- Tem ou teve câncer? Sim Não
- Teve alguma internação nos últimos 12 meses? Sim Não

Se sim, por qual causa?

Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?

Sim Não

Está acamado?

Sim Não

Está Domiciliado?

Sim Não

Usa plantas medicinais?

Sim Não

Se sim, indique qual (is)?

Usa outras práticas integrativas e complementares?

Sim Não

Outras condições de saúde?

1 – Qual?

2 – Qual?

3 – Qual?

DADOS SOBRE MOTIVOS DE PROCURA À UNIDADE

Entre o período de janeiro de 2018 e dezembro de 2018 quantas vezes procurou a unidade? _____

Data da 1º procura pela Unidade Básica no período destacado: ___/___/___

Motivo: _____

Qual foi o profissional que a atendeu: _____

Houve algum encaminhamento? Se sim, qual foi o motivo e para qual profissional? _____

Data da 2º procura pela Unidade Básica no período destacado: ___/___/___

<p>Motivo: _____</p> <p>_____</p>
<p>Qual foi o profissional que a atendeu: _____</p>
<p>Houve algum encaminhamento? Se sim, qual foi o motivo e para qual profissional? _____</p> <p>_____</p>
<p>Data da 3ª procura pela Unidade Básica no período destacado: ___/___/___</p>
<p>Motivo: _____</p> <p>_____</p>
<p>Qual foi o profissional que a atendeu: _____</p>
<p>Houve algum encaminhamento? Se sim, qual foi o motivo e para qual profissional? _____</p> <p>_____</p>

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL – PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUE REALIZAM O ACOLHIMENTO DE MULHERES NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Número: _____

Data: ___/___/_____

Profissão: _____

ESF nº: _____

1) Quais você acredita serem os principais motivos de procura pela sua unidade de mulheres?

2) Como é o fluxo de atendimento de mulheres em sua unidade? Existe algum fluxo diferenciado para as mulheres?

**APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO DO FLUXOGRAMA PARA
ACOLHIMENTO DE USUÁRIAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IV**

Data: ___/___/___

Enfermeira

Técnica de Enfermagem

1) Quanto à apresentação visual do fluxograma, como você avalia:

<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Difícil compreensão	<input type="checkbox"/> Precisa melhorar	<input type="checkbox"/> Bom
-------------------------------	--	---	------------------------------

2) Quanto à definição das queixas, como você avalia:

<input type="checkbox"/> Clara e concisa	<input type="checkbox"/> Difícil compreensão	<input type="checkbox"/> Fácil entendimento
	<input type="checkbox"/> Precisa melhorar	

3) Quanto à atuação dos profissionais do fluxograma, como você avalia:

<input type="checkbox"/> Participação significativa	<input type="checkbox"/> Participação irrelevante
<input type="checkbox"/> Precisa melhorar	

4) Quanto à resolutividade das queixas, como você avalia:

<input type="checkbox"/> Resolutividade efetiva	<input type="checkbox"/> Desfecho insatisfatório
<input type="checkbox"/> Precisa implementar novos desfechos	

5) Na sua opinião, o que poderia melhorar no fluxograma?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FLUXOGRAMA PARA O ACOLHIMENTO ÀS MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALPESTRE-RS

Pesquisador: DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHÉ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16664219.8.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

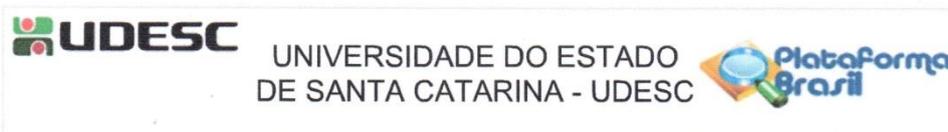
Número do Parecer: 3.670.579

Apresentação do Projeto:

Trata-se da terceira versão submetida ao CEP de projeto de dissertação do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, do Centro de Educação Superior do Oeste (CEO), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Projeto vinculado à mestranda Paola Franceschi Zanatta, sob orientação da professora Denise Antunes de Azambuja Zocche.

Conforme as pesquisadoras "(...) Os movimentos feministas existentes antes dos anos 80 criticavam fortemente a forma de atenção à saúde que era dada a esta população específica, isto porque por naquela época os programas que existiam para o cuidado à saúde da mulher baseavam-se somente em intervenções no campo materno e infantil, excluindo todas as particularidades que faziam parte do contexto de vida da mulher, questões de gênero e também direitos sexuais (BRASIL, 2004, a) (...)". Além disso, "(...) Quando se refere à saúde da mulher alguns pontos apresentam relevância, como os direitos sexuais e reprodutivos femininos, que por muito tempo foram negligenciados, ou seja, direito a ter controle sobre o próprio corpo e vivenciar relações sexuais por livre consentimento e desejo. Assim como o direito à atenção de qualidade onde seja garantida a sua privacidade e dignidade. Neste contexto faz-se necessário destacar alguns acontecimentos na história que trazem esta questão à tona (LEITE; PAES, 2009) (...)". Ainda indicam que "(...) Diante do exposto, percebe-se a necessidade de voltar à atenção para o atendimento à saúde da mulher, para descobrir quais são as principais razões que as levam a

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



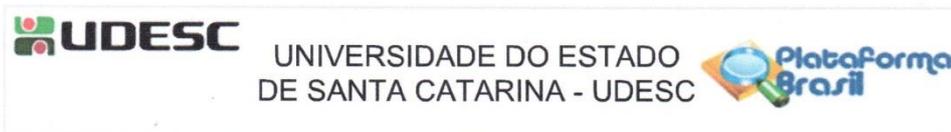
Continuação do Parecer: 3.670.579

procurar os serviços de saúde, de modo que se possa desenvolver uma forma mais eficiente de prevenção da problemática encontrada (...)"

Trata-se de pesquisa mista, apresentando abordagem quantitativa e qualitativa. Na parte quantitativa, será realizada pesquisa transversal com coleta por meio de prontuários eletrônicos das mulheres que frequentaram as unidades básicas de saúde do município de Alpestre-RS, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, para verificar o perfil sociodemográfico e de saúde. Para a abordagem qualitativa, será feita, segundo pesquisadoras, "(...) construção de cunho participativo, onde os indivíduos implicados no tema em questão participarão dos caminhos metodológicos da pesquisa, para isto serão utilizadas para norteio as doze etapas da Pesquisa-ação (...)". De acordo com projeto, são indicadas: 1 – Fase exploratória, 2 – Tema da pesquisa; 3 – Colocação dos problemas; 4 – O lugar da teoria; 5 – Hipóteses = estas fases compreendem a 1ª Etapa do projeto de pesquisa – “Definição do problema de pesquisa; Políticas de saúde; Definição do referencial teórico que irá subsidiar a pesquisa”; 6 – Seminário; 7 – Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; 8 – Coleta de dados = estas fases compreendem a 2ª etapa do projeto de pesquisa – Pesquisa nos prontuários selecionados sendo utilizado formulário para a coleta de dados; Entrega aos profissionais responsáveis pelo acolhimento da ESF IV questionário individual sobre o acolhimento de mulheres na atenção básica de saúde; Início à construção do Fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde; Após a construção, serão realizados dois grupos focais temáticos (profissionais responsáveis pelo acolhimento nas demais ESFs do município de Alpestre); 9 – Aprendizagem; 10 - Saber formal/saber informal = estas fases compreendem a 3ª etapa do projeto de pesquisa – “Apresentar o fluxograma para o Conselho Municipal de Saúde para obter aprovação”; 11 - Plano de ação = esta fase compreende a 4ª etapa do projeto de pesquisa – “Capacitar os enfermeiros e técnicos de enfermagem”; 12 – Divulgação externa = esta fase compreende a 5ª etapa do projeto de pesquisa – “Divulgar os resultados para o Conselho Municipal de Saúde e Coren”. Conforme pesquisadoras, “Por se tratar de uma pesquisa ação será utilizado o método de seleção intencional, a qual os indivíduos serão selecionados com base nos objetivos propostos. Posto isto, os participantes da pesquisa incluídos serão os profissionais de enfermagem (enfermeira ou técnico de enfermagem) responsáveis pelo acolhimento da ESF IV”.

Serão excluídos do estudo profissionais de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que não realizem o acolhimento. Posteriormente, para etapa de elaboração do fluxograma, serão

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.670.579

convidados para participar dos grupos focais os profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento das demais ESFs (CRESWELL, 2010)".

De acordo com o cronograma apresentado na versão atual, o percurso da ação de campo será de outubro de 2019 a dezembro de 2019. A pesquisa tem prazo de término previsto para junho de 2020. Quanto ao orçamento, discriminam valor de R\$6.240,00, classificando-o como custeio, e informam financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário desta pesquisa é "Elaborar um fluxograma de acolhimento às mulheres atendidas na Atenção Básica, no município de Alpestre".

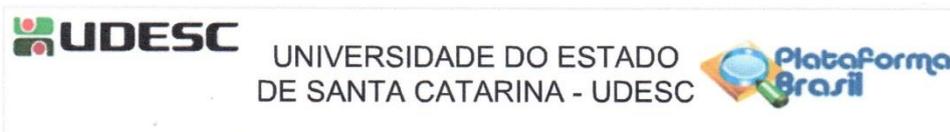
Quanto aos objetivos secundários, indicam: "- Identificar a prevalência dos motivos de procura pela Unidade Básica de Saúde de mulheres no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018; - Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre os motivos de procura das mulheres pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Alpestre; - Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde das mulheres no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018 que procuram atendimento na Atenção Básica do município de Alpestre".

Análise ética – Conforme constava em parecer anterior, os objetivos apresentados são passíveis de desenvolvimento para pesquisa, sendo descritos de forma análoga no Projeto Detalhado (PD) e Projeto Básico da Plataforma Brasil (PB).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No Projeto Básico (PB) indicam "Os riscos dos procedimentos deste projeto, nas entrevistas e nos grupos focais serão mínimos e poderão ocorrer em decorrência da possibilidade de gerar desconfortos relacionados ao cotidiano de trabalho dos participantes ao responder as questões e/ou participar dos grupos focais. Caso isso aconteça o participante será encaminhado a um serviço de apoio psicológico da rede municipal de saúde. Com relação ao risco relacionados ao acesso ao prontuário, os dados coletados serão usados apenas para análise quantitativa da pesquisa, preservando a identidade e anonimadas usuárias (população feminina do estudo). Os dados do prontuário serão fornecidos pela secretaria municipal de saúde em forma de relatório

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.670.579

sem a identificação das usuárias. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a oportunidade de fazer parte de um estudo em que um instrumento para melhoria do acolhimento às mulheres será desenvolvido, contribuindo diretamente para o aprimoramento dos serviços de saúde. O manuseio dos dados será realizado somente pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa”.

No TCLE direcionado aos profissionais de enfermagem, as pesquisadoras descrevem: “Os riscos dos procedimentos deste projeto serão mínimos e poderão ocorrer em decorrência da possibilidade de gerar desconfortos relacionados ao cotidiano de trabalho dos participantes ao responder as questões e/ou participar dos grupos focais. Caso isso aconteça você será encaminhado a um serviço de apoio psicológico da rede municipal de saúde”.

Análise ética – Conforme constava no parecer anterior, os riscos estão classificados, e expõem, especificamente, os possíveis riscos associados à pesquisa, como formas de controle, minimização e seguimento. Também, no Projeto Básico (PB), acrescentam os possíveis riscos relacionados ao acesso ao prontuário, com as formas de armazenamento e controle destes dados.

Quanto aos benefícios, no PB informam “Diretos melhoria no processo de acolhimento das mulheres atendidas na Atenção Básica do município. Indiretos: produção de conhecimento sobre acolhimento na atenção básica”. O TCLE traz “Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a oportunidade de fazer parte de um estudo em que um instrumento para melhoria do acolhimento às mulheres será desenvolvido, contribuindo diretamente para o aprimoramento dos serviços de saúde”.

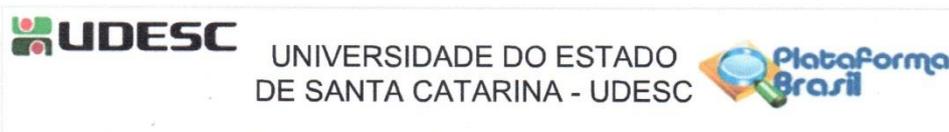
Análise ética – Conforme constava no parecer anterior, as pesquisadoras expõem os benefícios diretos e indiretos da pesquisa, de forma padronizada nos documentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta mérito científico, acadêmico, assim como relevância social e na área da saúde.

O projeto se apresenta bem estruturado e embasado cientificamente, e a consideração reportada no parecer anterior foi realizada, sendo que a indicação se voltava ao cronograma, havendo sua

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.670.579

atualização. Reforça-se, somente, que a previsão da coleta estava para iniciar em 01/10/2019, com término para 30/12/2019, sendo o protocolo submetido em data anterior à prevista e a pesquisadora assinala que aguarda a conclusão da análise e aprovação para início da coleta de dados. Como há esta afirmação e prazo da coleta se estendendo até dezembro, aceita-se o cronograma reformulado para esta versão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTOS APRESENTADOS/ANEXADOS: Folha de rosto; TCLE; Projeto de Pesquisa Detalhado; Projeto de Pesquisa Básico gerado pela Plataforma Brasil; Instrumentos de pesquisa – questionários e roteiros dos grupos focais; Declaração de Ciência do Fiel Guardiã; Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas (Secretaria Municipal de Saúde de Alpestre-RS).

Análise ética – todos os documentos apresentados estão adequados e dentro das recomendações do CEPESH/UDESC. Foi incluída a Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas, na versão atual, devidamente preenchida e assinada pela pesquisadora, responsável pela Instituição Proponente e responsável de outra Instituição (Secretário Municipal de Saúde e Saneamento de Alpestre-RS).

Recomendações:

Sem recomendações.

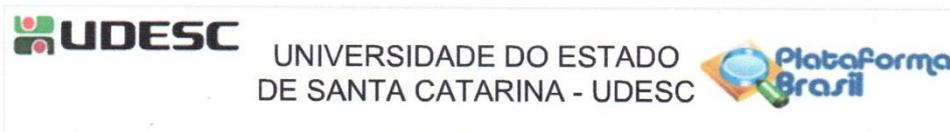
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIAS DA VERSÃO ANTERIOR (VERSÃO 2):

- 1) Atualizar cronograma para coleta de dados ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEPESH (vide item "Comentários e Considerações sobre a Pesquisa" deste parecer) – PENDÊNCIA ATENDIDA.
- 2) Anexar, preenchida e assinada, a Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas, de acordo com modelo site CEPESH/UDESC – PENDÊNCIA ATENDIDA.

Como as pendências indicadas foram cumpridas e não havendo pendências relacionadas à versão

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.670.579

atual submetida, considera-se o PROJETO APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

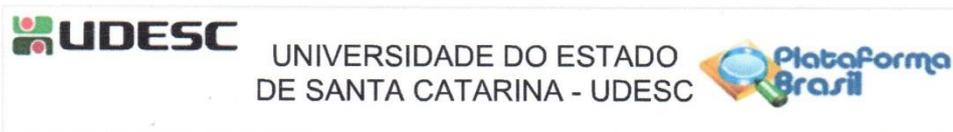
O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEP SH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEP SH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEP SH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEP SH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1366527.pdf	17/09/2019 08:04:27		Aceito
Outros	Declaracao_Anuencia.pdf	17/09/2019 08:02:28	Paola Franceschi Zanatta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Paola_2_VERSAO_CEP.docx	13/09/2019 21:32:59	Paola Franceschi Zanatta	Aceito
Outros	DECLARACAO_FIEL_GUARDIAO.pdf	09/08/2019 11:51:28	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE.docx	09/08/2019 11:50:56	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	02/07/2019 14:12:18	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE	Aceito

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.670.579

Outros	APENDICE_B_QUESTIONARIO_INDIVI DUAL.pdf	22/06/2019 16:58:28	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	22/06/2019 16:58:00	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 30 de Outubro de 2019

Assinado por:
Gesilani Júlia da Silva Honório
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com