

ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma contribuição do Enfermeiro à Humanização e Ambiência na Atenção Básica

Didiane Celino Andrade (Graduada); Enoghalliton de Abreu Arruda (Mestre); Jane de Souza Teixeira (Mestre); Luciene de Fátima Barrados Silva (Graduada)

Faculdade Santo Antônio de Pádua

Contato: enoghalliton.arruda@hotmail.com

Resumo: O acolhimento e o vínculo ainda é uma realidade um pouco distante no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. Em decorrência disso, o presente estudo tem como objetivo analisar as relações profissional X paciente (no que tange ao acolhimento e vínculo) como instrumento de trabalho que vise melhorias e qualidade na assistência e oferecendo subsídios para uma assistência de qualidade ao paciente e servindo também como fonte de informações para futuras pesquisas. Para a construção conceitual do presente estudo, utilizar-se-á, além de outras importantes fontes bibliográficas: Campos (2005); Brasil (2004) e Starfield (2002). Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica tendo como perguntas: De que modo o Enfermeiro atuante na Atenção Primária pode contribuir para que o acolhimento ocorra efetivamente nesses setores? Como o profissional pode estabelecer uma relação com o paciente, de modo a fazer com que ele compreenda que está doente e necessita realizar tratamento? Os resultados obtidos apontam que a atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família é de grande relevância para que o acolhimento e vínculo sejam uma realidade no seu cotidiano através da humanização do atendimento e qualidade na ambiência.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Acolhimento, Vínculo, Assistência Humanizada.

RECEPTION AND RELATIONSHIP IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

A contribution to the nurse Humanization and Ambience in Primary

Abstract: The host and the link is still a reality a little distant in everyday life of the Family Health Strategy. As a result, this study aims to analyze the professional relationships X patient (with respect to the reception and bond) as a working tool aimed at improvements and quality of care and providing grants for quality patient care and serving also as source of information for future research. For the conceptual construction of this study will be used, in addition to other important bibliographical sources: Campos (2005); Brazil (2004) and Starfield (2002). This is a bibliographic study with questions like: How does the acting nurse in primary care can contribute to the host actually occurs in these sectors? As the professional can establish a

relationship with the patient, to make him understand that you are sick and need to carry out treatment? The results show that the work of nurses in the Family Health Strategy is of great importance for the host and link a reality in their daily lives through the humanization of care and quality of ambience.

Keywords: Family Health Strategy; Home, Bonding; Humanized Assistance.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo se refere a contribuição do enfermeiro à humanização e ambiência na Atenção Básica, utilizando dispositivo do acolhimento e vínculo na Estratégia Saúde da Família, assunto esse que como oportunidade acadêmica, é de suma importância para qualquer profissional na área da saúde.

Através da valorização da relação enfermeiro X paciente, cria-se um pilar de sustentação para que esse paciente confie no profissional de saúde, conseguindo assim, uma melhor qualidade no atendimento.

As ações que são produzidas no campo da saúde se fundamentam nos conhecimentos de cada profissional, objetivando responder às necessidades de saúde dos pacientes.

É fundamental e importante que o paciente se sinta acolhido na unidade de saúde onde está inserido. Ao falarmos de acolhimento, falamos de ações onde o usuário é o centro, tais como: receber, escutar, orientar e acompanhar esse usuário de modo a criar vínculo, elemento essencial para a relação profissional X paciente.

Assim, apresenta-se como problemas de pesquisa: “De que modo o Enfermeiro atuante nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) pode contribuir para que o acolhimento ocorra efetivamente nesses setores?” e “Como o profissional pode estabelecer um a relação com o paciente, de modo a fazer com que ele compreenda que está doente e necessita realizar o tratamento?”.

Para responder aos problemas descritos, formula-se o seguinte objetivo geral: Analisar as relações entre profissional X paciente (no que tange ao acolhimento e vínculo) como instrumento de trabalho que vise melhorias e qualidade na assistência.

Para alcance do objetivo geral, observam-se os objetivos específicos abaixo:

- Refletir sobre o papel da equipe de enfermagem no processo de acolhimento ao paciente em UAPS;
- Inquirir sobre o acolhimento e vínculo como instrumento de qualificação na assistência ao usuário;
- Analisar a influência das práticas humanizadas como forma de melhorar o vínculo e o acesso nas UAPS.

O método adotado neste estudo foi a Revisão de Literatura. Foram consultadas as informações obtidas em sites na Internet como o SCIELO, Google Acadêmico, Cartilhas e Manuais do Ministério da Saúde, livros, artigos, dissertações e teses disponíveis no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) relacionados com o tema abordado. Dentre os teóricos utilizados para a construção do presente estudo, podemos destacar Campos (2005); Brasil (2004) e Starfield (2002).

Dentre os critérios de inclusão adotados, enquadraremos todos os documentos encontrados de relevância e pertinência ao presente estudo e, de acordo com os critérios de exclusão, serão descartados os documentos sem integração com o assunto. Vale ressaltar que se deu preferência aos documentos com data de publicação superior ao ano de 2010, porém, esse último não será considerado aqui, como critério de inclusão ou exclusão.

2 O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Historicamente a saúde pública vem passando por várias fases de evolução, tendo sempre o desafio de manter uma qualidade padrão para a população na sua maioria carente.

Desse modo, as políticas de saúde e as maneiras de se organizar os serviços não decorrem apenas da atualidade, mas, sim, de uma longa trajetória de formulações e embates, que resultaram de lutas políticas e ideológicas, travadas por diversos atores sociais no decorrer do tempo (CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E., 1998).

O marco que determinou as intensas transformações ocorridas no Sistema de Saúde do Brasil nos últimos vinte anos, foi a Constituição Federal de 1988, pois

através dela que se consolidou mudanças significativas no modelo político-institucional, principalmente quando define em seu artigo 196, a saúde como:

Entre seus princípios está a descentralização das ações e serviços de saúde, o que tem transferido responsabilidades prerrogativas e recursos para os governos municipais. Dessa forma, a descentralização surge como estratégia inovadora para expressar as diversidades regionais na atenção à saúde no Brasil.

Assim sendo, a política de descentralização no contexto da saúde passou por diversas transformações significativas para o fausto da saúde pública em âmbito nacional. Na busca para a construção conceitual da abordagem supracitada, podemos destacar, com grande magnitude.

Nesta mesma perspectiva, o Ministério da Saúde cria em 1991 o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), através do qual, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a focar a família e não mais o indivíduo. Introduziu-se então, concepções integradas com a comunidade visando executar intervenções em saúde, agindo de forma preventiva sobre a demanda ao invés de simplesmente aguardar sua chegada para agir (BRASIL, 2002a; VIANA; DAL POZ, 2005).

A APS surge para o fortalecer o avanço do sistema de saúde brasileiro, principalmente ao que tange à implementação do SUS. E é definida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção da saúde e proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Aos fins de 1993 surge uma discussão de que apesar de ter obtido êxito, o PACS, ainda era um instrumento não suficiente para modificar significativamente a APS, o que impossibilitava que o SUS se consolidasse (BRASIL, 2002b).

Sendo assim, em 1996, o governo federal finalmente reconheceu o PSF não como apenas um modelo de atenção simplificado, de pobre para pobre que recorta a população em fatias e nem a atenção em níveis, mas sim o concebe como estratégia que prioriza a substituição do modelo assistencial tradicional, como ação que dinamiza o SUS, firmada nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão (BRASIL, 2002c; 2004; FRANCO; MERHY, 1999).

Assim, pode-se afirmar que o PSF tem a Atenção Primária como ponto de partida e propõe a reconstrução de um novo modelo de assistência voltada à família, pressupondo reconhecimento da saúde expressada através da qualidade de vida do indivíduo, da humanização das práticas de saúde e prestação da atenção integral, contínua e de qualidade.

Com a proposta do PSF, a principal mudança é no foco, que passa a ser coletivo ao invés de olhar somente o indivíduo e a doença, respeitando a integralidade do usuário podendo levá-lo a uma maior autonomia (STARFIELD, 2002).

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extra – familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1998, p. 8).

Diante disso, o PSF é caracterizado como Estratégia por conta do seu caráter reestruturador, o que possibilita consolidar o SUS e reorganizar os serviços. Atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e, através de um documento oficial com data de março de 1996, o programa define-se como estratégia de reforma do modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004a; FRANCO; MERHY, 1999).

O Ministério da Saúde concebeu em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a função de dar apoio a inserção da ESF na rede de serviços ampliando sua abrangência e resolutividade. Este núcleo passa a ser composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuantes em conjunto com os profissionais das ESF, dividindo suas práticas em saúde nos territórios em que as ESF são responsáveis e nos quais o NASF está cadastrado (BRASIL, 2001b).

Starfield (2002) destaca que a ESF altera o modelo assistencial de saúde, que é centrado na doença, no médico e no hospital e propõe implementar os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social que regem o SUS. A prevenção é privilegiada pela ESF sem detrimento da parte curativa e oferece atendimento ao indivíduo e à comunidade através de uma equipe multiprofissional.

Ao procurarem os serviços de saúde, as pessoas buscam possíveis soluções para suas necessidades naquele momento e esperam ser observadas na sua singularidade, nas suas especificidades bem como de suas famílias com respeito às suas crenças e valores reafirmando a importância da humanização e do cuidado (CHAVES; MARTINES, 2003).

Não é possível haver humanização, se não houver acolhimento e vínculo por parte da equipe de saúde. Nesse sentido, Giordani (2008, p. 177) defende que:

Humanizar é basicamente, valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida desgastada diante do crescente processo tecnológico da Medicina e da desvalorização dos aspectos objetivos e subjetivos que integram o universo individual e social do indivíduo assistido, onde cada um poderá ter sua parcela de contribuição na promoção à saúde.

Um laço de confiança se estabelece quando o cliente se sente acolhido pela equipe, pois é essa equipe que muitas vezes estará, de certa maneira, muito próxima de seu convívio familiar diário, dessa forma, tem a oportunidade de criar vínculo que é um instrumento importante para assistência e para promoção de ações preventivas. No contexto de Saúde, acolher, significa receber bem, ouvir a demanda, buscar compreendê-la e se solidarizar com ela. Devendo ser desenvolvida por toda a equipe de Saúde, nas relações entre profissional de saúde X pessoa em cuidado (SILVEIRA, 2004).

Acredita-se que se as equipes de saúde estiverem continuamente renovando suas práticas, assumirá novas estratégias de superação das antigas formas instituídas de se “fazer saúde”.

Assim sendo, este primeiro capítulo abordou um pouco da construção histórica do SUS retratando a evolução da Saúde Pública em âmbito nacional e, desse modo, especificamente da APS. Por conseguinte, buscamos retratar a ESF e seus antecessores, de forma significativa, sobretudo, focalizar a importância do primeiro nível de Atenção à Saúde, bem como o enfoque dado à Saúde da Família em todo o seu contexto.

O capítulo seguinte abordará as interfaces do processo de acolhimento e vínculo realizado nas UAPS, dando enfoque nas eSF. Poder-se-á destacar, portanto, a importância da aproximação entre profissionais da Saúde da Família e paciente, bem como a relevância do papel do enfermeiro nesse processo. Por fim,

abordaremos a importância do acolhimento e vínculo para a melhoria dos serviços prestados e desempenho do tratamento do usuário.

3 AS INTERFACES DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO E VÍNCULO NAS UAPS

A infinita busca por melhor qualidade dos serviços de saúde vem crescendo, firmada na avaliação do atendimento oferecido aos usuários, como personagens principais deste sistema, para se repensar nos hábitos profissionais ou intervir sobre como esse profissional organiza os serviços, buscando o aperfeiçoamento dos mesmos.

De alguns anos até os dias atuais, a enfermagem procura a formulação de uma teoria e uma prática diferenciadas daquelas praticadas normalmente em instituições de saúde (hospital). Esse fato acontece devido a mudança no papel do enfermeiro no processo de reconstrução das políticas públicas de saúde logo após o SUS (ARAÚJO, 2007).

Desse modo, a ESF veio com intuito de buscar uma nova forma de atenção, baseando-se na promoção da saúde, centrando seu trabalho no acolhimento como dispositivo para as unidades de saúde da família, visitas domiciliares e equipes multiprofissionais. Todo o trabalho não apenas do enfermeiro como também de toda a equipe da ESF deve ser pautado, embasado e regido por princípios de humanização, ou seja, atender as necessidades humanas dos usuários.

Nesse sentido, para maior reflexão ao contexto das necessidades de humanização e ambiência proporcionados aos usuários dos serviços prestados na ESF, podemos, ainda, salientar com maior veemência a abordagem de Giordani (2008, p. 177), que além de nos proporcionar uma maior análise, defende que:

Humanizar é basicamente, valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida desgastada diante do crescente processo tecnológico da Medicina e da desvalorização dos aspectos objetivos e subjetivos que integram o universo individual e social do indivíduo assistido, onde cada um poderá ter sua parcela de contribuição na promoção à saúde.

O acolhimento é um instrumento extremamente importante na Saúde Pública, pois é através do qual se pode conseguir uma maior proximidade, podendo-se

planejar a assistência de Enfermagem mais singular. É uma postura ética, implica saberes é o abraçar o usuário ou comunidade o que o difere de triagem.

Sobre essa temática, Brasil (2001a) expressa que, para que haja resolutividade da atenção e articulação com os outros serviços de saúde, é preciso recepcionar esse cliente, ouvir seus medos, deixar que ele expresse suas angústias, ser responsável por ele estabelecendo um vínculo, para tanto, é necessário um profissional que seja capacitado, disposto a ouvir e que respeita seu momento de fragilidade, seu estado físico e emocional, conquistando uma ligação de afetividade e moralidade, onde haja respeito e ajuda mútua.

Dessa forma, a ESF quando inserida num ambiente familiar pode enxergar possíveis problemas e mostrar uma nova direção que pode ajudar as relações fortalecendo o convívio, sem usar uma fórmula secreta ou receita pronta, ele mudará o comportamento familiar. Para tanto, o enfermeiro vendo a família num todo, dispõe de um poderoso recurso de implementação do cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), disposta no artigo 11 da lei 7.498 de 25 de junho 1986, como atividade exclusiva do enfermeiro a Consulta de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem (COREN, 2000).

A SAE é um poderoso instrumento para o enfermeiro melhorar a qualidade da assistência conferindo ao profissional maior autonomia das ações, respaldando-se legalmente aumentando o acolhimento e o vínculo com o cliente, dessa maneira, o seu trabalho se torna mais qualificado, valorizado e individualizado.

O acolhimento é parte importante da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH), traduzindo os princípios e o modo operacional das relações entre diferentes profissionais com usuários, e ainda entre diferentes pontos de atenção à saúde que constituem o SUS (BRASIL, 2004b).

Silveira (2004) afirma que o acolher é necessário para haver um trabalho humanizado, de forma que os profissionais de saúde prestem assistência integral em todos os setores estabelecendo, com isso, relações humanas na Saúde. Assim, desse modo, acolhimento e o vínculo devem ser as ferramentas de base para construção da assistência na ESF, tendo em vista uma reorganização na APS, levando um atendimento alistado em ações humanizadas aos usuários do SUS.

A equipe de saúde que assumir o dispositivo do acolhimento, coloca-se à disposição e se torna responsável pelas necessidades que os usuários possam apresentar. Além do mais, as equipes podem se deparar com situações das mais

variadas e desconhecidas e são desafiadas a ofertar ágeis e flexíveis respostas, capazes de se moldar a cada história de vida e às questões envolvidas no processo de adoecer (MÂNGIA et al., 2002).

O acolher não deve ser visto apenas como uma atividade em particular, mas sim como conteúdo de qualquer atividade assistencial. Oferecer assistência na prevenção ou na saúde traz sempre o compromisso do saber acolher e estar apto para estabelecer vínculo com o cliente.

O vínculo está diretamente ligado ao interesse do profissional pelo paciente, o quanto ele o conhece, quanto tempo ele se dedica para precisar esse vínculo. Campos (1997, p. 236) diz que um elo mais estável e duradouro entre ambos permitiria que o paciente exercesse plenamente seus direitos de cidadania. Quando o vínculo é formado nesse processo, aumenta a desenvoltura das ações de saúde e incentiva a autonomia do usuário.

O vínculo só é criado quando há condições, quando se mostra interesse por seus problemas, suas experiências, quando se presta atenção no que os sujeitos falam sem os atropelar com excessos de perguntas, necessita-se conferir o que se ouve para não ficar nenhuma dúvida. Não há que se ter medo em não saber sobre algo, dizer que vai se informar para dar uma melhor resposta, é preciso estabelecer parcerias e fazer acordos para trabalhar os problemas juntos superando dificuldades e ouvindo propostas de possíveis intervenções (FIGUEIREDO et al., 2008).

Atualmente, há uma necessidade por acolhimento e vínculo com o cliente, por conseguinte acolher no contexto da saúde é ser receptivo, saber ouvir a demanda, buscando formas de compreensão solidarizando-se com ela. Deve ser realizada por toda a equipe, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado (SILVEIRA, 2004).

O vínculo possui vários conceitos, e é apresentado articuladamente aos conceitos de integralidade, humanização e responsabilização. Ele vem para ligar, aproximar e permitir envolvimento mútuo entre sujeitos. Fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e o usuário é de grande relevância por favorecer a produção do cuidado através de uma relação de confiança e distribuição de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma relação estreita com a prática de cuidados, haja visto que ambos promovem harmonia, troca de carinhos e uma convivência reconstrutora de autonomias (SOUZA, 2010).

Para se estabelecer vínculo entre profissionais e usuários há uma possibilidade de se arquitetar uma nova prática que busque melhorar a qualidade da atenção à saúde. Starfield (2002) reintegra que o vínculo torna viável a continuidade do atendimento, evitando ações desnecessárias aumentando a participação do usuário à terapêutica proporcionando a longitudinalidade.

Dimensionar de forma apropriada, o que é o vínculo e como este pode colaborar para a longitudinalidade do cuidado é uma vertente para a produção de ambos na prática, embora não apenas.

O vínculo manifesta-se através da relação entre profissional e usuário se existe confiança e segurança com profissional. Por sua vez, se o profissional perceber a história do usuário, se tem qualificação, é interessado, é eficiente e atencioso, possibilita que este se sinta confortável e satisfeito com a assistência que está recebendo (MARTINS, 2006).

Acredita-se que o vínculo entre profissional e usuário deve ser priorizado para haver um atendimento de maneira co-responsabilizada, fornecendo uma boa qualidade de vida tanto para profissionais como para usuários, construindo assim uma família com saúde, ou seja, feliz.

4 O ENFERMEIRO FRENTE AO CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO E AMBIÊNCIA COMO PRECEDÊNCIA AO ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA ESF

O avanço tecnológico tem sido o grande responsável por distanciar profissionais de saúde e usuários; e quanto mais tecnicizado o serviço, mais desumana é a relação entre seus atores (OLIVEIRA et al., 2006). Vários são os estudos sobre humanização na área da saúde e inúmeras são as propostas para se enfrentar as dificuldades que envolvem a humanização nos serviços.

Para avanços e desenvolvimento do presente estudo, devemos nos atentar, por hora, para a seguinte questão: O que significa humanizar?

Fortes (2004) se refere à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde; é a adoção de uma postura ética e de respeito ao outro, entendido não apenas como um mero consumidor, mas, sim, como um cidadão.

O termo humanização dificilmente se conseguirá conceituar, pois nos apresenta características complexas, subjetivas e de variadas dimensões. O discurso da humanização na área de atenção a saúde é organizado em defesa dos direitos de cidadania e ética (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Por não possuir uma definição clara, a humanização, torna-se a base de um amplo conjunto de iniciativas que tem como intuito ampliar a qualidade técnica do atendimento, reconhecendo os direitos do paciente e dos profissionais, democratizando as relações referentes ao atendimento. Essa não definição do conceito de humanização bem como, das ações humanizadoras na saúde que requer a opinião de usuários e profissionais tenha lugar mais relevante no dia-a-dia da instituição (DESLANDES, 2005).

Campos (2005) afirma que humanizar na saúde se vincula à evolução da sociedade, no qual se destaca valores ligados à defesa da vida, à ética, à desalienação e à modificação do trabalho num processo criativo.

Há muito tempo se vem discutindo sobre a humanização do atendimento, isso se deve, principalmente, à fragilidade do paciente e o combate entre tecnologia X humanização. Entretanto, pouca ênfase se tem dado sobre essa temática tão relevante nos atendimentos na Atenção Básica, onde muitas vezes o cliente não está adoecido, mas sim necessita e busca um atendimento humanizado e de qualidade.

Humanizar ou humanar é conceito de se tornar humano, benévolo, afável, civilizar, dar condições humanas. Pode-se dizer, portanto, que humanizar é um processo em constante transformação, podendo sofrer impactos mediante ao contexto em que acontece, só sendo possível e acessível pelo próprio homem (RIZZOTO, 2002).

Para Deslandes (2006), a ênfase dada ao termo humanização não significa se tratar de algo novo, ou uma nova espécie de modismo ou conceito. Os esforços conceituais, os debates e a luta por novas oportunidades de se organizar esses cuidados não são novidade de forma alguma no campo da saúde.

Assim sendo, ao que se refere às ações desenvolvidas, para se tornar um ambiente acolhedor com foco na hospitalidade das pessoas e na humanização, visam promover o acolhimento e conseqüentemente o vínculo dos mesmos. De acordo com o Ministério da Saúde, em suas políticas propostas, as características de promoção do ambiente acolhedor se define como ambiência (BRASIL, 2004b).

A humanização da ambiência não está relacionada exclusivamente a técnicas e nem tampouco instrumentais. Há que se considerar as características do espaço físico que poder-se-iam suprir aos anseios psicológicos bem como os materiais e ainda assim contribuir com o estabelecer de positivas interações entre o indivíduo e seu entorno.

De acordo com documentos oficiais da PNH, o ambiente físico e social das instituições de saúde deve promover a integração de usuários e de seus familiares no cuidado à saúde. E, além disso, o conforto resultante de um atendimento qualificado está estreitamente relacionado às questões de ambiência oferecida pelos serviços (BRASIL, 2010).

Toledo (2007) afirma que é nesses espaços que aprendemos o quanto somos frágeis, impotentes e sós diante da doença, é também nesses espaços que encontramos coragem, solidariedade e esperança necessárias ao processo de cura.

Assim sendo, a PNH tem a valorização da ambiência como uma de suas diretrizes, organizando espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Ainda segundo o Ministério da Saúde, ambiência compreende os espaços físicos, sociais e profissionais, de relações interpessoais que estejam em sintonia com um projeto que se volte para uma atenção acolhedora, humana e resolutiva, o que nem sempre é real na vivência de muitos trabalhadores das equipes de enfermagem por conta da insatisfação de suas condições de trabalho (BRASIL, 2004b).

Humanizar o ambiente é também poder contar com os dons de cada um, pois todos temos algo de bom a acrescentar. É aceitar que cada um com seus recursos pode esculpir, desenhar ou esboçar, isso diz respeito à característica individual, seja com o jeito alegre e espontâneo do funcionário da limpeza, ou com a forma amorosa do profissional de enfermagem quando realiza um procedimento.

O ambiente de trabalho se constitui de espaços físicos e sociais. Referindo-nos a ambiência social, requer estabelecer relações interpessoais que sejam alicerçadas no auto-conhecimento e no conhecimento de outrem, podendo ser mecanismos que oferecem qualidade de vida no trabalho, o que, indubitavelmente, tornará o processo humano (ZOBOLLI, 2001. p. 75).

Esse espaço deve ser utilizado para se construir sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se constrói vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. É fundamental investir em um novo modo de convivência nas organizações e, para tanto, seus

componentes devem ser incentivados a reconhecer que lidam sempre com outras pessoas que também têm interesses e desejos com os quais se deve agregar.

Uma ambiência em que se pode oferecer boas condições de permanência do indivíduo bem como, da família na unidade auxilia para que se tenha melhores resultados ao tratamento, fortalecendo o vínculo entre unidade de saúde e comunidade elevando o usuário e sua rede de suporte social a uma posição de protagonista nos cuidados em saúde, vindo ao encontro do que é preconizado nas diretrizes da PNH (BRASIL, 2008).

No sentido de se oferecer uma boa ambiência, o acolhimento aparece como um agente facilitador da saúde de quem aplica e de quem faz uso do serviço, pois acelera o atendimento, dispondo o gerenciamento das carências dos usuários, priorizando o cuidado da vida e o bem-estar desses sujeitos, facilitando sua conexão com a rede de serviços. Isso favorece o desenvolver de relações harmônicas entre os sujeitos, levando a melhores condições de trabalho para profissionais e de melhor assistência em saúde aos usuários (FALK M. L. R.; FALK J. W.; OLIVEIRA; MOTTA, 2010).

Pautada nos princípios de integralidade da atenção, universalidade do acesso, descentralização político-administrativa, busca da equidade e incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas a, ESF desde a década de 90 vem para reorientar os serviços de saúde, através de intervenções que possibilita aos profissionais da equipe, uma compreensão mais ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de agir além das práticas curativas (BRASIL, 2007, p. 61).

Desse modo, a ESF deveria estar preparada para receber aqueles indivíduos que vão até a unidade à procura de cuidado. Os indivíduos ao chegarem até a unidade de saúde, muitas vezes se encontram em situações de vulnerabilidade e a forma como este é recebido é o que vai determinar o tipo de relação que será estabelecida inicialmente com a equipe de saúde. Dar acolhida é acolher, aceitar, dar crédito a, admitir, dar ouvidos, atender, receber bem, agasalhar (FERREIRA, 1975).

O acolhimento expressa um ato ou efeito de acolher, é um “estar com” e um “estar perto de”, é uma ação de aproximação, ou seja, é uma atitude de inclusão. E é nesse sentido que o acolhimento firma-se como uma das diretrizes de maior relevância da PNH.

Teixeira (2003) explica que, há décadas, a problemática do acolhimento substituiu gradativamente as análises sobre a abrangência do território pelos serviços de saúde. É completa:

Não queremos dizer que o problema da universalidade do acesso esteja resolvido em termos quantitativos, mas significa que já atingimos um patamar crítico de cobertura de serviços, em que o problema do acesso não depende mais apenas da expansão do número de unidades prestadoras, mas, cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nessas unidades (TEIXEIRA, 2003, p. 61).

Em se tratando de ESF, quando se determina que a equipe de saúde da família se responsabilize por uma determinada população, e ao instituir que essa mesma equipe seja a primeira referência e esteja bem preparada para acolher os indivíduos, frente a problemas de qualquer nível de saúde identificado, se instaura um tensionamento e muitas das vezes o profissional pode inconscientemente acabar mecanizando a escuta e o atendimento, distanciando-se do acolhimento e da humanização.

O acolhimento é um dispositivo fundamental no espaço da assistência, porém não se deve confundir com recepção, pois acolher implica em se fazer presente a escuta do outro, com interesse genuíno para se estabelecer uma relação terapêutica (AYRES, 2004).

Uma vez ultrapassada a etapa do acesso imediato, como salienta Campos (2005), se estabelece processos de negociação entre profissionais e usuários, almejando identificar as necessidades destes últimos e a busca de produção de vínculo. Este autor relembra que o vínculo com os usuários do serviço de saúde, o qual tem como objetivo lhes estimular a autonomia quanto a sua própria saúde, aumenta a eficácia das ações nesse sentido, bem como favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

Este capítulo nos ensina que não se produz cuidado humanizado sem se ter pelo menos noção de humanização, um ponto que é importante quando pensamos na formação dos profissionais da saúde que buscam combinar o esperado conhecimento técnico com o desejado aspecto afetivo. É preciso nos dispor a ver o outro em seus direitos e sua singularidade desenvolvendo a afetividade e uma possível abertura para o diálogo e a escuta.

Por oferecerem uma assistência atenciosa e cuidadosa às necessidades e anseios da população, a ESF nos permite participar ativamente de todo o processo de construção do acolhimento e do vínculo, o que permite que as pessoas se sintam livres em suas decisões e respeitadas no serviço de saúde. Neste mundo tão individualizado e em constantes alterações sociais, esse talvez seja o grande desafio para se humanizar os serviços de saúde.

5 CONCLUSÃO

Através do estudo de pesquisa bibliográfica, constatou-se que no que diz respeito à acolhimento e vínculo é que estes são processos específicos das práticas de produção e promoção de saúde o que implica comprometimento do profissional pelo usuário, sabendo ouvir suas queixas, levando em consideração cada uma de suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que garanta a análise da demanda oferecendo atenção integral, resolutiva e responsável por meio de associações das redes internas e externas dos serviços de saúde para a continuação da assistência, quando necessário.

A ESF nos permite participar ativamente de todo o processo de construção do acolhimento e do vínculo por que oferece uma assistência atenciosa e cuidadosa às necessidades e anseios da população, o que permite que essas pessoas se sintam livres em suas decisões e respeitadas no serviço de saúde. Neste mundo tão individualizado e em constantes alterações sociais, esse talvez seja o grande desafio para se humanizar os serviços de saúde.

Os problemas de pesquisa que orientaram este estudo foram: “De que modo o Enfermeiro atuante na Atenção Primária pode contribuir para que o acolhimento ocorra efetivamente nesses setores?” e “Como o profissional pode estabelecer uma relação com o paciente, de modo a fazer com que ele compreenda que está doente e necessita realizar o tratamento?”. Dessa forma, conduziu-se que para realizar uma assistência voltada para o indivíduo e pelo indivíduo, é imprescindível que se conheça de perto sua realidade bem como de sua família estabelecendo vínculo para garantir integralidade na atenção e firmar o trabalho em equipe enfocando a multidisciplinaridade, promovendo a saúde, fortalecendo as ações intersetoriais,

estimulando, assim, a participação social, estabelecendo, dessa forma, laços de comprometimento e de co-responsabilidade entre profissional X paciente.

Assim sendo, consegue-se ao longo da análise, obter conclusões sobre a importância de se acolher bem um paciente nas unidades de saúde, oferecendo cuidado mais abrangente, responsabilizando toda equipe de se encarregar em oferecer atenção humanizada e de valorização do cliente como um todo, referenciando sua família como auxílio em cada momento, tanto na ação preventiva como curativa.

O objetivo geral foi alcançado, ao verificar a importância da relação profissional X paciente quando este profissional adentra a sua casa e conhece de perto sua realidade e quando este indivíduo se sente bem acolhido nas unidades de saúde. Os profissionais ganham a confiança de cada um deles para que possam obter abertura necessária para o desenvolver do seu trabalho, isso sem dúvida contribui para a promoção da sua saúde e conseqüentemente cria-se um vínculo com esse paciente e os seus.

O primeiro objetivo específico foi atingido, uma vez que foram colocados pontos importantes referentes ao processo de acolhimento e vínculo nas UAPS. A equipe deve estar bem preparada para manter um vínculo com o cliente, assistindo-o de forma positiva bem como sua família.

O segundo objetivo específico também foi atingido, pois nos possibilitou apresentar o acolhimento e o vínculo como instrumentos de qualidade na assistência ao usuário, uma vez que, acolhimento e o vínculo dependem diretamente do modo de se produzir o trabalho em saúde, por sua vez o acolhimento regulariza o acesso através de ações e serviços apropriados, já o vínculo entre profissional/paciente encoraja a autonomia e a cidadania, motivando sua participação durante a prestação do serviço.

O terceiro e último objetivo específico também foi respondido, uma vez que retratamos a influência da prática da humanização para melhorar o vínculo e o acesso nas UAPS funciona, não bastando apenas investir em tecnologias e equipamentos, o tratamento será mais eficaz se essa pessoa for acolhida, respeitada e ouvida pelos profissionais de saúde disponibilizando um atendimento mais humano e eficiente.

Diante do exposto, conclui-se que a busca por melhor qualidade dos serviços de saúde vem crescendo baseada na avaliação do atendimento oferecido aos

usuários. Assim sendo, a ESF fornece ao seu cliente muito além de práticas curativas, ela busca uma nova forma de atenção, baseando-se na promoção da saúde, centrando seu trabalho na totalidade do cliente.

Para tornar sólido esse novo modelo de APS, a equipe deve estar preparada para lidar com a diversidade de histórias e realidades de vida que encontrarão no seu dia-a-dia, essa ligação com a comunidade possibilita o desenvolver do acolhimento e do vínculo, isso faz com que a equipe desenvolva ações diretas com a comunidade, contribuindo, dessa forma, para melhoria da qualidade dos serviços.

Os avanços tecnológicos muitas vezes distanciam profissionais e usuários, é aí que entra a humanização dos serviços. É necessário que profissionais tenham o olhar e o agir sensíveis ao outro, dessa forma, se estabelece uma estreita relação entre qualidade da atenção, humanização e satisfação do usuário, por isso que se faz importante humanizar o ambiente de trabalho, é lá que se estabelecerão relações interpessoais e de construção do vínculo potencializando as ações de saúde.

Ainda que os pontos discutidos possam apresentar lacunas, não consideraríamos correto encerrar aqui este estudo teórico. Assim, podendo surgir novos questionamentos sobre o assunto e propiciando novos estudos.

Salienta-se também quanto a intenção de que o mesmo seja lido e as direções aqui expostas sejam colocadas em prática por profissionais de enfermagem bem como para outros profissionais e familiares.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, D. C.; STOFFEL, A. A forma exata: do produto ou do corpo? O que é vendido nas campanhas Deca?. **Gestão e Desenvolvimento**, Novo Hamburgo, RS, ano 4, v. 4, n. 2, ago., 2007. p. 83-91.

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2004; 9 (3): 583-92.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - A Política Nacional de Humanização**: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS: Brasília (DF), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, 2007. p. 61.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v.2, n.5, mai., 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Manual do Programa Nacional da Assistência Hospitalar. 2001b. In. **Portal humaniza.org.br**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em 18 de jun. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novos Horizontes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v. 2, n.4, jan., 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Brasília, 2002c, p.48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Textos do Departamento de Atenção Básica**, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização de modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**, 2004b.

BRASIL - Ministério da Saúde/IDEC. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 2003. disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/sus_plano_saude.pdf>. Acesso em: 02 de mai. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. p. 398-400.

CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: **Cecílio LCO**. Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O mundo da Saúde**. São Paulo. v. 27, n. 2, 2003, p. 274-279.

COREN/SP. Conselho Regional de Enfermagem. **Resolução COFEN n.001/2000**, 2000. In: Portal COREN-SP. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br/drupal6/sites/default/files/Principais_Legislacoes.pdf>. Acesso em 03 de abr, de 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. Apud CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde - Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface com saúde educ.**, 2005; 9 (17): 389-406.

DESLANDES, S. F. **Humanização**: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2006.

FALK, M. L. R; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F. A.; MOTTA, M. S. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**. Mar., 2010; 13(1):4-9.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T., **SUS e PSF para Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, 2004; 13 (3): 30-5.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, 1999. p. 345-353.

GIORDANI, A. T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

MÂNGIA, E. F. et al. Acolhimento: uma postura. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr., 2002.

MARTINS, P. G. **Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção.** 2006. [dissertação]. Ribeirão Preto/SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006. P. 151.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência em saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, 2006; 14 (2): 277-84.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.

RIZZOTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, 2002, Mar.-Abr.; 55 (2): 196-9.

SILVEIRA, M. F. A. et al. **Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para Humanização da Atenção à saúde.** C it EF C Itib. 71-78, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1707/1415>>. Acesso em: 22 de jul. de 2015.

SOUZA, K. M. J.; DUARTE, L.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2010. 44 (4): 904-910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_07.pdf>. Acesso em 30 de jul. de 2015.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>>. Acesso em: 09 de ago. de 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R. R. **Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., editor. ABRASCO; Rio de Janeiro, 2003, p. 61.

TOLEDO, L. C. M. **Humanização do edifício hospitalar – tema em aberto.** O lugar do projeto. Rio de Janeiro: Contracapa, 2007.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, 2005, p. 225-264.