



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

HERMÊNIA FERREIRA DA SILVA

**CAJAZEIRAS
2009**

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

HERMÊNIA FERREIRA DA SILVA

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Co-orientador: Prof. Esp. Victor Hugo Farias da Silva

**CAJAZEIRAS
2009**



S586a Silva, Hermênnia Ferreira da.
Acolhimento e vínculo no trabalho de enfermagem na estratégia de saúde da família / Hermênnia Ferreira da Silva. - Cajazeiras, 2009.
51f. : il. color.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2009.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Estratégia de Saúde da Família. I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II. Silva, Victor Hugo Farias da. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 614

HERMÊNIA FERREIRA DA SILVA

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(Orientadora)**

**Prof. Esp. Victor Hugo Farias da Silva
(Co-orientador)**

**Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Membro examinador)**

**CAJAZEIRAS-PB
2009**

Aos meus pais, Abdias da Silva e Maria Auxiliadora Ferreira da Silva por sempre estarem presentes e nunca medirem esforços para minha educação, agradeço por tudo.

Dedico

AGRADECIMENTOS

É gratificante dizer obrigada àqueles que durante esse tempo de dívidas, incertezas, cansaço, alegrias ou tristezas, estiveram ao nosso lado!

A Deus pela minha existência, por ser minha fortaleza de todas as horas, estando sempre ao meu lado, conferindo-me sabedoria e paciência para a realização do meu maior sonho.

À “mainha”, Auxiliadora, mulher que supre todas as possibilidades de mãe, pelo apoio, carinho e confiança. Foi em teu amor que encontrei estímulo para a realização desse sonho!

A “papai”, Abdias, pelo exemplo de força, coragem e dedicação, ele que com seu jeito silencioso acompanha-me desde meus primeiros passos e nunca mediu esforços durante toda minha vida e assim esse sonho se realiza. O senhor faz parte dessa vitória!

Aos meus irmãos, Herytônio e Hillionne, pelo carinho e incentivo, vocês são tudo para mim.

Ao meu namorado, Eustáquio, pelo carinho, afeto, incentivo e companheirismo nos momentos mais importantes de minha vida. Mesmo quando tive que estar ausente, a grandeza de seu amor soube entender e perdoar. Obrigada pelos momentos vividos ao meu lado. Você é muito especial.

Ao meu tio Ribamar (in memorian), por todo amor. Sempre vou levar comigo a sua determinação de vencer todos os obstáculos!

À toda minha família: avós, tios, tias, primos, primas. Pelo amor e cumplicidade!

À minha turma, com quem muito aprendi em nossas vivências compartilhadas e dificuldades enfrentadas. Agradeço a cada pessoa.

Às amigas, Ana Cláudia e Joana Celline, por terem contribuído com seu conhecimento científico, orientando-me na forma de encaminhar esse Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada pela gentileza!

Aos amigos de sala, Edward, Karla e Virlene, por todas as batalhas enfrentadas e vencidas, obrigada pelo incentivo de lutar e nunca desistir dos nossos sonhos.

À Professora Rosimery, que me proporcionou em sua forma de ver a vida um despertar pela Estratégia de Saúde da Família, descobrindo assim o cuidar para com o outro. Obrigada!

Ao Professor, Victor Hugo, pela disponibilidade em contribuir com meu Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada pela atenção, gentileza e simplicidade.

A todos os professores da graduação de enfermagem que contribuíram especialmente para a definição do meu papel como enfermeira. Em especial aos professores: Alana, Berenice, Moacir, Dionísio, Raimundo, Rosy, Sérgio, Edineide, Rômulo e Kennia .

Ao Dr. Sabino Rolim Guimarães Filho, por me proporcionar a realização de um grande sonho: ver o mundo com outros olhos.

Aos animais de estimação que estiveram sempre presentes, proporcionando-me momentos de alegria.

A todos que passaram em minha vida, seja pelo gesto ou pela palavra. Obrigada!

RESUMO

SILVA, H.F. da. Acolhimento e vínculo no trabalho de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

O acolhimento é um modelo de cuidado estratégico para a humanização da atenção dentro desta nova concepção de saúde que se propõe o Sistema Único de Saúde (SUS), procurando dar uma resposta adequada ao usuário e fortalecendo sua autonomia. O vínculo estabelecido entre profissionais e usuários de um serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do mesmo durante a prestação do serviço. Este estudo teve como objetivos investigar como se realiza o acolhimento e a vivência do vínculo entre a equipe de enfermagem e a comunidade, a partir da assistência de enfermagem em Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de Cajazeiras – PB. O estudo foi do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado no período de novembro e dezembro do corrente ano. A amostra foi constituída por quatorze enfermeiros das USF da cidade de Cajazeiras - PB. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturado composto de perguntas objetivas e subjetivas limitados aos objetivos propostos, sendo estas analisadas pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados demonstram que o processo de acolhimento e vínculo não é utilizado de forma abrangente nas USF, pois os enfermeiros têm uma visão de que o acolhimento e o vínculo se dão na forma de receber o usuário, fazê-lo sentir-se bem e estabelecer de uma relação solidária e de confiança entre profissionais e usuários. Porém percebe-se que é necessário mais que isso, pois é preciso a criação de vínculo, da responsabilidade, e da incorporação do conceito de clínica ampliada.

Palavras-chave: Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família. Vínculo.

ABSTRACT

SILVA, H.F. da. **Acceptance and entail in the work of Nursing in the Strategy of Family Health.** 51f. Course Final Paper (TCC) - Academic Unit of Life Sciences (UACV), Federal University of Campina Grande, Cajazeiras,. 2009.

The acceptance is inside a model of strategic care for the humanization of the attention in this new conception of health that intends the Unique Healthcare System (SUS), trying to give an appropriate answer to the user and strengthening his/her autonomy. The established entail between professionals and users of a healthcare service enlarges the effectiveness of the actions of health and favors the participation of it during the service. This paper had as objectives to investigate as the acceptance and the existence of the entail between the nursing team and the community is taken place, starting from the nursing attendance in Family Healthcare Units (USF) in the city of Cajazeiras - PB. The study type was descriptive, exploratory with qualitative approach, accomplished in the period of November and December of the current year. The sample was constituted by fourteen nurses of Family Healthcare Units in the city of Cajazeiras - PB. The data were collected through a semi-structured interview guide composed by objective and subjective questions limited to the proposed objectives, being them analyzed by the Collective Subject's Speech. The results demonstrate that the acceptance and entail process is not used in an including way in Family Healthcare Units, because the nurses have a vision that the acceptance and entail happen in the form of receiving the user, to make him/her feel well and to establish a trust and solidary relationship between professionals and users. However it is noticed that more than that is necessary, because it is required the creation of entail, of the responsibility, and of the concept incorporation of amplified clinic.

Keywords: Acceptance. Family Healthcare Strategy. Entail.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

LISTA DE SIGLAS

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Idéia Central 1 e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes do estudo em resposta a questão 01. “Que você entende por acolhimento?”..... 32
- Quadro 2-** Idéia Central 2 e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes do estudo em resposta a questão 02. “De que forma se dá a prestação da assistência multiprofissional?”..... 33
- Quadro 3-** Idéia Central 3 e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes do estudo em resposta a questão 04. “Que você entende por vínculo?”..... 34

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

LISTA DE GRÁFICOS E TABELA

Tabela 1 - Dados Sócio-demográficos dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.....	30
Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais envolvidos no processo de acolhimento na sua Unidade.....	35
Gráfico 2 – Distribuição das ações desenvolvidas para a implementação da prática do acolhimento e vínculo na Unidade de Saúde.....	37

SUMÁRIO

1 REFLEXÕES INICIAIS	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	17
2.2 Específicos.....	17
3 APORTE TEÓRICO	18
3.1 Concepções Acerca da Estratégia Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde	19
3.2 A Equipe Saúde da Família	21
3.3 Acolhimento e Vínculo na Atenção Básica.....	22
4 PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1 Caracterização da Pesquisa	27
4.2 Local do Estudo	27
4.3 Instrumento e Coleta dos Dados	27
4.4 Coleta dos Dados	27
4.5 Análise dos Dados	27
4.6 Considerações Éticas	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	45
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável	
Apêndice C – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Participante	
Apêndice D – Previsões orçamentárias	
Apêndice E – Cronograma	
Apêndice F – Questionário	
ANEXOS	49
Anexo A – Ofício ao Secretário Municipal de Saúde	
Anexo B - Ofício encaminhado ao CEP	

Os cuidados prestados à saúde dos indivíduos devem ser encarados em três níveis de atenção: o primário, o secundário e o terciário, sendo o primário o principal, tratando-se da prevenção de patologias. Desse modo, tem-se que os cuidados primários à saúde constituíram uma estratégia veiculada, primeiramente, pela Declaração de Alma-Ata que sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionarem um nível de saúde satisfatório para todos, independente das diferentes origens sociais e econômicas.

Nesse contexto, a atenção primária foi definida como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade. Essa abordagem propôs uma compreensão sobre cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro momento do processo de atenção à saúde, cuja apreensão ultrapassaria os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, e níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais (ASSIS, *et al.*, 2007).

Dessa forma a atenção primária, como estratégia de política de saúde, é considerada como essencial à saúde por ter sua base calcada em métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, que são universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade e, portanto, constitui parte integral do sistema de saúde do país (OHARA, *et al.*, 2008).

Baseado nesse princípio, o Programa Saúde da Família é implantado e teve sua fundação em 1994 pelo Ministério da Saúde, objetivando a reorganização da prática assistencial, em que a atenção passa a ser voltada para a família como um todo (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2002), valendo salientar que a história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura.

De acordo com Souza *et al.* (2008), o Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família busca a incorporação de um novo pensamento e novas ações que viabilizem a mudança no modelo assistencial, no qual a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, adotadas em práticas centradas no usuário, leva à necessidade de desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar a assistência.

Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Os profissionais enfermeiros possuem um papel fundamental nas equipes de saúde da família, pois, devido ao seu potencial articulador dos diversos trabalhos, são capazes de atuar como agentes de mudança, em busca da consolidação de novas práticas de saúde voltadas à integralidade das ações e comprometidas com as necessidades de saúde da população, entre elas, o acolhimento e vínculo no âmbito da atenção primária à saúde (COLOMÉ; LIMA, 2006).

Mediante tais preceitos e pela prática vivenciada em estágio, surgiu a necessidade de se investigar como é efetivado o acolhimento e vínculo nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras, utilizando, para tal, a vivência dos próprios enfermeiros, através de um estudo exploratório, qualitativo e de campo, utilizando como instrumento de coleta o questionário semi-estruturado.

2.1 Geral

Investigar como se realiza o acolhimento e a vivência do vínculo entre a equipe de enfermagem e a comunidade, a partir da assistência de enfermagem em Unidades de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras – PB.

2.2 Específicos

- Analisar o conhecimento dos Enfermeiros acerca do acolhimento e vínculo na Estratégia Saúde da Família;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para viabilizar um melhor atendimento, mediante os preceitos do acolhimento e vínculo.

3.1 Concepções Acerca da Estratégia Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde

A estruturação da atenção à saúde, nos moldes da prevenção, promoção e proteção da saúde é marcada por diversas lutas sociais, que culminaram em diversos movimentos sociais. Dentre eles, destaca-se a I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, na qual foi elaborada a Carta de Ottawa, que define a promoção da saúde como o processo de capacitação na comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

A partir de então, outros movimentos surgiram, dentre eles, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que culminou com a instalação do Sistema Único de Saúde - SUS, e da inclusão na constituição federal de uma pasta exclusiva da saúde, que definiu os princípios para a reorganização da atenção à saúde, tendo o Programa Saúde da Família – PSF, como estratégia que busca garantir a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujo princípio fundamental é a luta em torno da promoção da saúde.

De acordo com Conill (2008), o desenho do SUS teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos na década de setenta, embora a criação do Programa Saúde da Família tenha como base um conjunto de fatores, tais como, a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos.

De acordo com Silva; Athaide (2008), a organização dos Serviços de Saúde no Brasil, sofreu uma inflexão com a institucionalização legal do SUS em 1988, através do estabelecimento dos princípios básicos da universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade, que se constituíram em desafios para os trabalhadores envolvidos com a assistência, o que tem levado, ao longo da trajetória histórica, a serem desenvolvidas diversas experimentações para concretizar esses princípios no cotidiano da atenção à saúde.

Para efetivar esse novo modelo de atenção a saúde, o PSF, implantado em 1994, inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental e a partir de 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com o propósito de reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, substituindo o modelo

assistencial vigente, desgastado pela insatisfação da população, ineficiência do setor e incapacidade de atender aos princípios do SUS. (REIS, et al., 2007)

Nesse sentido, mediante as novas vivências e pelo amplo espectro dado à saúde pública brasileira, o PSF deixa de ser um programa e passa a se constituir um instrumento de reorganização e reestruturação, passando a ser chamado de estratégia, por possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, área adscrita, com o propósito de enfrentar e solucionar os problemas identificados (RIBEIRO, et al., 2008).

A atenção básica constitui a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas do sujeito que busca assistência na rede de serviço, sendo definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária, que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, as Unidades de Saúde da Família representam, em sua grande maioria, o primeiro contato da população com os serviços de saúde, visto que organiza a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema (RIBEIRO, et al., 2008).

Dando sustentação a estratégia, tem-se assistência domiciliar, desenvolvida desde o século XVII, na Europa, e implementada na Estratégia Saúde da Família com o principal objetivo de promover e prevenir a saúde, sendo empregada a portadores de doenças crônicas, pacientes dependentes e outros agravos à saúde, devendo acontecer de forma integral, contínua, com resolutividade e de boa qualidade. Desse modo, os profissionais que realizam o atendimento domiciliar devem ter: habilidade para trabalhar com pessoas; capacidade de trabalhar em equipe: liderança, dedicação, ética e responsabilidade; utilizar linguagem acessível à população assistida; e empatia (OHARA, et al., 2008).

Vinte anos após sua implantação, o SUS é marcado por uma base conceitual calcada na estruturação financeira e de recursos físicos complexos, o que pode ser observado nas unidades de prestação à saúde, que disponibilizam tratamentos muitas vezes inéditos, de alto custo financeiro, muito embora o que falta é a conscientização dos profissionais para com a utilização de tais recursos, o que faz do sistema público e de acesso universal um jogo de interesses que vem a beneficiar apenas parte da população, contrariando assim os princípios norteadores do programa, refletindo de forma intrínseca na atenção primária prestada pela Estratégia Saúde da Família (MARQUES, 2009).

3.2 A Equipe Saúde da Família

O SUS assume em seu contexto um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidado, tratamento e acompanhamento individual e coletivo à saúde da população, o que demanda uma gama de profissionais competentes e ativos para a resolução de problemas existentes, e exige dos mesmos, além dos conhecimentos científicos, habilidades e atitudes, que norteiem a execução do processo (RIBEIRO, 2008).

Oliveira; Tunin; Silva (2008), afirmam que no processo de trabalho em saúde os profissionais utilizam de saberes tecnológicos que se categorizam em duras (máquinas, estruturas organizacionais, rotinas, normas, dentre outras), leve-duras (saberes bem-estruturados como a clínica médica e epidemiologia) e as leves (tecnologias de relação como vínculo, autonomização, acolhimento, entre outros).

O efetivo trabalho na saúde pública envolve atividades de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam de acordo com seus saberes específicos, fazendo com que a atuação conjunta torne-se imprescindível, em especial quando se refere à saúde da família, embora, neste âmbito, a falta de conexão entre as ações de saúde e as dificuldades de interação dos trabalhadores possam representar entraves no desenvolvimento do trabalho, gerando assim uma insatisfação dos usuários pelo déficit na assistência (COLOMÉ; LIMA, 2006).

Ohara *et al.* (2008) descreve as atribuições da equipe mínima da estratégia de saúde da família, de acordo com as categorias, como sendo:

- **Médico:** prestar assistência integral, dentro do limite de seus recursos, às pessoas de sua área de abrangência; criar vínculo com a população; além do atendimento médico-assistencial, abordar os aspectos preventivos às doenças; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológicas; efetuar ações de assistência à mulher, gestante, criança, hipertenso, diabético, idoso, etc.; fazer atendimentos de urgências; participar do planejamento e organizar os processos de trabalho na unidade, dentre outros;
- **Enfermeiro:** desenvolver ações de educação em serviço para o agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem, executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária dentro de sua competência, discutir com a equipe de forma permanente soluções, estratégias e metas para os processos de trabalho, consultas de enfermagem, atendimentos de grupo, efetuar ações de assistência à mulher, gestante, criança, hipertenso, diabético, idoso, controle da tuberculose, hanseníase, campanhas de imunização, etc.;

- **Auxiliar de enfermagem:** realiza visitas domiciliares, discussão de casos com a equipe, criar vínculo com a população, atividades específicas da função [...];
- **Agente Comunitário de Saúde:** realizar mapeamento da área de atuação, cadastrar famílias de sua microárea; identificar, junto com a equipe, as áreas e famílias de risco; realizar mensalmente as visitas domiciliares às famílias de sua responsabilidade; participar de processo educativo levado às famílias, incentivar a participação comunitária [...] estimular o aleitamento materno; verificar se as crianças estão com as vacinas em dia; levar orientação quanto à higiene bucal, dieta e prevenção.

Destaca-se também a equipe de saúde bucal, encontradas nas seguintes modalidades: a equipe de saúde bucal modalidade I (composta por cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário), e equipe de saúde bucal modalidade II (composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental), cuja importância é definida no papel que a saúde bucal representa na vida do ser humano, uma vez que ela influencia a maneira como ele cresce, diverte-se, fala, mastiga, saboreia os alimentos, nutre-se e socializa-se. Além da equipe de saúde bucal, outro profissional merece destaque, o nutricionista, tendo em vista que a alimentação representa uma essencial contribuição para a assistência, prevenção e promoção à saúde. (OHARA, *et al.*, 2008).

3.3 Acolhimento e Vínculo na Atenção Básica

De acordo com Souza *et al.* (2008), o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado em meados da década de 1990, como uma mudança tecno-assistencial com base no modelo “em defesa da vida”, passando a ser visto como um dispositivo eficaz para o atendimento da exigência de acesso, propiciando vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, e assim desencadear cuidado integral.

Corroborando com esse pensamento, Brasil (2006), define acolher como o processo de dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir, expressando os sentimentos de “estar com” e em “estar perto de”, e, por isso o acolhimento é referenciado como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Comungando com esse pensamento Oliveira; Tunin; Silva (2008) afirmam que, o acolhimento pode ser visto em três dimensões: postura, instrumentalização e reformulação. A postura pressupõe a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas; como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas,

resgata o conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais de saúde na assistência; e por fim, como reformulador do processo de trabalho, identifica as demandas dos usuários e assim rearticula-se o serviço.

Para Silva (2009), a noção de acolhimento/vínculo refere-se à relação estabelecida na porta de entrada da unidade pela equipe de profissionais com os pacientes, configurando-se numa conduta essencial ao ofício de cuidar, favorecendo a utilização regular do estabelecimento da autonomia e cidadania.

Conceituando acolher Oliveira; Tunin; Silva (2008) descrevem-no como o processo de tratar humanizadamente toda a demanda; dar resposta aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção e pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

BRASIL (2006), defende que para se colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional é necessário uma mudança no fazer em saúde, implicando em: protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde; reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário; elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária; mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e de tomada de decisão, a partir de escuta, trocas e decisões coletivas; uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos; uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Nesse sentido, os serviços de saúde que têm assistência voltada aos usuários, devem desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, e assim, no trabalho de saúde devem estar incorporadas tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais como é o caso do acolhimento e vínculo (SOUZA, *et al.*, 2008).

Portanto torna-se fundamental observar o acolhimento como um processo de humanização, não restringindo seu conceito ao âmbito de recepção, mas entendendo este setor como uma passagem para que nele ocorra processos de produção de saúde (BRASIL, 2005).

Desse modo, os princípios norteadores do processo de acolhimento envolvem: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA, *et al.*, 2008).

Acolher o usuário e o profissional, segundo Brasil *et al.* (2008), deve não se limitar apenas aos aspectos físicos, e sim escutar a queixa, os medos e as expectativas, além de identificar os riscos e a vulnerabilidade, valorizar a avaliação do próprio usuário, e responsabilizar-se por uma resposta ao problema. É, portanto, essencial para o processo de acolhimento que as pessoas que atuam na Estratégia Saúde da Família sejam qualificadas para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar, como afirma Souza *et al.* (2008).

De acordo com Reis *et al.* (2007, p. 659) com relação ao processo de acolhimento e vínculo,

O trabalhador da saúde tem sempre muito a dizer: tome isso, não tome isso, faça assim, não faça assim; bom seria se tivesse mais a ouvir do que a dizer, pois assim abririam possibilidades de descobrir novas necessidades e a interação com os usuários poderia pautar-se na escuta, e não apenas em prescrições que, a priori, desconsideram as condições de existência das pessoas [...].

A partir de tais pressupostos, nota-se que a humanização é fator crucial para o acolhimento, e entendendo dessa forma o Ministério da Saúde criou em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, e mais tarde em 2002, implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde, como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente em que a humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, sendo eles os usuários, os trabalhadores e os gestores. De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BECK, *et al.*, 2009).

Para a efetivação do processo de acolhimento, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), faz-se necessário:

1. Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade;

2. Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados;
3. Construção de rodas de conversas, objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas; no adensamento do processo, ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade;
4. Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços;
5. Identificar profissionais sensibilizados para a proposta;
6. Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa;
7. Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção;
8. E assinalamento constante da indissociabilidade entre a atenção e a gestão.

Tem-se, portanto que, mediante o encontro entre profissionais e usuários dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, objetivando estimular a autonomia quanto à saúde. Nesse sentido, o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SCHIMITH; LIMA, 2004).

4.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa constitui-se como descritiva e exploratória, que segundo Gil (1999) são técnicas utilizadas quando existe uma preocupação com a atuação prática de determinado sujeito. Tem-se ainda a caracterização qualitativa da pesquisa, ao ponto que, segundo Silva; Menezes (2001), considera que a existência de um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não se tem traduções numéricas, tendo, pois, o ambiente natural como fonte direta para a coleta de dados.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas 14 (quatorze) Unidades de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras, incluindo assim as da zona urbana e zona rural.

4.3 População e amostra

A população foi composta dos enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde supracitadas, constituindo 14 enfermeiros, e a amostra o quantitativo de todos os enfermeiros (14) que se dispuseram a participar da pesquisa.

4.4 Instrumento de coleta dos dados

Foi realizado como instrumento para coleta de dados um questionário semi-estruturado que se constituiu de uma série ordenada de perguntas objetivas e limitadas aos objetivos propostos, que foram ser respondidas por escrito, de forma sucinta e linguagem compreensível. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2009.

4.5 Coleta dos dados

Após apreciação e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa foi enviado um ofício para a secretaria municipal de saúde para autorização da pesquisa, e assim, após o deferimento do pedido a pesquisa foi iniciada.

Ao abordar os enfermeiros, o objetivo do estudo foi explicitado, bem como apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desse modo, os enfermeiros documentaram a aceitação verbal para participarem da pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Foi utilizado para análise dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003), que permite o resgate das opiniões coletadas, mediante transcrição das respostas adquiridas, seguida pela indexação das palavras chaves, identificação das idéias centrais, seleção do discurso e elaboração dos quadros de exposição. Logo após, foi realizado um confronto com a literatura atual para possíveis convergências ou divergências de pensamentos. Já os dados objetivos foram organizados, tabulados e distribuídos em gráficos com a ajuda de software específico e, seguidamente analisados, referenciando o estudo pré-estabelecido (SILVA; MENEZES, 2001).

4.7 Considerações éticas

A pesquisa teve sua base calcada nos aspectos ético/legais estabelecidos pela Resolução nº.196/96 de 10 de outubro de 1996, que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos desde que sejam cumpridos os preceitos legais da bioética. Dessa forma, foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa, assegurando-lhe a confidencialidade, não-maleficência e privacidade dos dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para uma melhor compreensão desse, os dados foram apresentados e analisados em dois momentos; o primeiro referente aos dados sóciodemográficos, que receberam tratamento estatístico simples, a partir de gráficos e tabelas e o segundo relativo as questões subjetivas que foram analisados qualitativamente a luz do discurso do sujeito coletivo proposto por Lefèvre; Lefèvre (2003).

5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

A seguir, são apresentados os dados coletados mediante a aplicação do instrumento de coleta a quatorze enfermeiros da Atenção Básica do município de Cajazeiras - PB, seus respectivos resultados analisados e discutidos à luz da literatura pertinente.

Tabela 1 - Dados sóciodemográficos dos Enfermeiros da ESF:

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	<i>f</i>	%
SEXO		
FEMININO	13	93
MASCULINO	01	7
ESTADO CIVIL		
SOLTEIRO	06	43
CASADO	07	50
DIVORCIADO	01	7
FAIXA ETÁRIA		
21-25	02	14
26-30	06	43
31-35	02	14
36-40	01	7
ACIMA DE 46	03	22
TEMPO DE ATUAÇÃO		
DE 1 ANO A 2 ANOS	11	79
ACIMA DE 2 ANOS	03	21
PÓS-GRADUAÇÃO		
SAÚDE PÚBLICA	12	86
SAÚDE COLETIVA	01	7
NÃO CURSOU	01	7

Hoje, mesmo diante da emancipação feminina, verificamos que o sexo feminino predomina no cuidado, reproduzindo uma história que remonta dos nossos antepassados, em que o papel fundamental da mulher, devido seu instinto materno e habilidades domésticas, era cuidar dos enfermos. Podemos observar essa realidade, a partir dos resultados da pesquisa, como mostra os dados da Tabela 1 7,14% são do sexo masculino, enquanto que 92,85% são

do sexo feminino. Logicamente que esses dados não diminuem o conhecimento do sexo masculino sobre o processo de cuidar, porém torna-se claro que as mulheres ainda predominam na enfermagem, assim como na época em que a enfermagem expandia-se, sob a influência dos valores expressos por Florence Nightingale no século XIX.

Segundo Atkisson; Murray (1989), nos anos de 1875, quando abriram as primeiras escolas de enfermagem, um dos principais requisitos era ser do sexo feminino, o que reforça que a seleção das candidatas, obedeciam aos pontos de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional.

Percebemos a partir dos discursos dos autores que, a própria sociedade já determinava no processo seletivo que apenas mulheres participassem da seleção para a profissão, e mesmo nos dias atuais, mesmo o sexo não representando um requisito, as mulheres continuam constituindo uma maioria nas escolas de enfermagem e nos campos de atuação.

No que diz respeito à faixa etária, observou-se que 14,28% possuíam entre 21 a 25 anos, e 42,85% entre 26 a 30 anos, predominando na pesquisa, os jovens. A partir da idéia de Gonçalves (2001), a competência do enfermeiro independe da sua faixa etária, mas sim do espaço conquistado pelo mesmo e a consciência crítica que terá sobre a prática da enfermagem.

No que concerne ao estado civil 50% eram casados, 42,85% eram solteiros, e apenas 7,14% eram divorciados, predominando os enfermeiros casados. Esses dados nos levam a constatar que independente dos mesmos terem suas famílias constituídas ou não, os profissionais buscam sua estabilidade financeira ingressando no mercado de trabalho.

O mercado de trabalho para os enfermeiros cresce a cada dia e diversifica-se cada vez mais. Essa ampliação dos campos de atuação deve-se ao reconhecimento do profissional enfermeiro e ao seu preparo para atuar em todos os níveis de assistência à saúde, nas mais diversas áreas.

Em relação ao tempo de atuação, foi verificado que 78,57% dos enfermeiros atuam há menos de um ano e 21,42% há mais de dois anos. Com relação a esta variável é possível observar que o tempo de atuação não faz com que o profissional saiba mais ou menos sobre acolhimento e vínculo. Este saber está intrinsecamente ligado à relação que o profissional mantém com o usuário e a comunidade.

Referente as especializações, 85,8% dos enfermeiros possuíam pós-graduação em Saúde Pública, 7,1% em Saúde coletiva e 7,1% não cursou nenhuma.

O enfermeiro é um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos. Esse profissional possui a capacidade de conhecer e intervir sobre os problemas e as situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, além de estar capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

5.2. Dados qualitativos analisados segundo DSC – Lefèvre; Lefèvre (2003)

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Que você entende por acolhimento?

Idéia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Respeitar	[...] é tratar o usuário como um todo, respeitando a individualidade de cada um. [...] baseado na escuta de modo a estimular a confiabilidade.
Criar vínculo	[...] é a forma respeitosa e individualizada de receber quem nos procura e fazê-lo sentir-se bem, criar vínculo estabelecendo confiança entre os profissionais e usuários. [...] é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais e usuários.

A palavra acolhimento no Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (2000), está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. “E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a.”

Assim, o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, identificando demandas dos usuários e replanejando o atendimento dos mesmos. Busca ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a

reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Desse modo, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupondo um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento.

Observou-se, nos discursos, que a forma de acolhimento na ESF, é entendida pelos entrevistados como um atendimento que se dá de forma respeitosa, e dessa forma é capaz de promover uma interação entre enfermeiro/usuário e toda equipe.

A percepção dos entrevistados reflete na forma de receber o usuário em sua unidade, mas na realidade observa-se que para a promoção do acolhimento é necessário muito mais do que receber bem, e sim criar um vínculo, para que o mesmo adquira confiança em toda a equipe.

Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: De que forma se dá a prestação da assistência multiprofissional?

Idéia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Integração	<i>[...] com assistência profissional contínua desempenhando da melhor forma suas funções de maneira integrada e compromissada com saúde do usuário. [...] cada profissional respeita o outro e age em prol da comunidade.</i>
Compromisso	<i>[...] tendo consciência do compromisso com a comunidade, através da união dos profissionais. [...] a equipe se responsabiliza integralmente pelo usuário.</i>

De acordo com Ângelo (1995), o exercício da autonomia e autodeterminação do enfermeiro, dá-se quando ele domina o conhecimento de seu campo, quando ele cria conhecimento sobre sua prática e usa o conhecimento de uma forma conveniente no cuidado a saúde. Se o profissional possuir um conhecimento teórico e experimental desempenhará o poder de decisão que lhe será exigido, libertando-o da subjugação profissional e pessoal historicamente impressa na Enfermagem. E assim, deverá fazer parte dos objetivos de todo profissional, tornar-se capacitado na área em que atua.

O desafio é mudar a organização do processo de trabalho, a forma como cada um se coloca junto ao usuário, responsabilizando-se pelo seu problema. Logo, concorre para instalação dessa situação, desvalorização dos trabalhadores de saúde, as precárias relações de trabalho, o baixo investimento no processo de educação permanente e o despreparo dos profissionais para lidar com a relação interpessoal que a prática de saúde supõe.

Dessa forma, a integração, busca o sentido da integralidade, que existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que tem em suas concepções a idéia força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (Pinheiro, 2001).

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Que você entende por vínculo?

Idéia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Confiança	[...] relação de confiança entre equipe e usuários, despertando o interesse de ambas as partes, para que o usuário retorne à unidade. [...] conhecer de forma detalhada cada usuário. [...] quando a comunidade entende que a unidade é uma extensão de sua casa. [...] é o que faz com que o usuário retorne ao serviço.

A palavra vínculo no Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (2000), “é tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido”.

Franco; Merhy (2003), entendem a Estratégia Saúde da Família baseada nas diretrizes do acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização do usuário. Definem acolhimento como manter a unidade de saúde permeável a todos os usuários que dela necessitarem, e também a escuta qualificada; já o vínculo é estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores; e a autonomização é o resultado da produção de cuidados que represente ganhos de autonomia, melhorando as condições de “viver a vida” de forma singular.

No entanto, deve-se considerar que as relações entre os trabalhadores de saúde e usuários, historicamente, pautaram-se por diferenças de poder, baseadas no saber técnico: quem fala detém o poder de prescrever ao outro como proceder. O vínculo pressupõe outra forma de relação com horizontalização e reconhecimento do outro como detentor de poderes/direitos e saberes/culturas.

Para Fortuna (2003), a população deposita na equipe suas esperanças e anseios porque também a equipe de saúde oferta saúde e bem-estar. Essa promessa nem sempre pode ser cumprida, especialmente se tornarmos saúde como resultante das condições de vida. E a equipe tende a evitar um contato mais direto com a demanda dos usuários, evitando a própria dor e caindo às vezes em profunda impotência: vai do que “pode tudo curar”, para o que “não pode mais nada fazer”.

5.3 Dados quantitativos

Acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço, Schimith; Lima (2004).

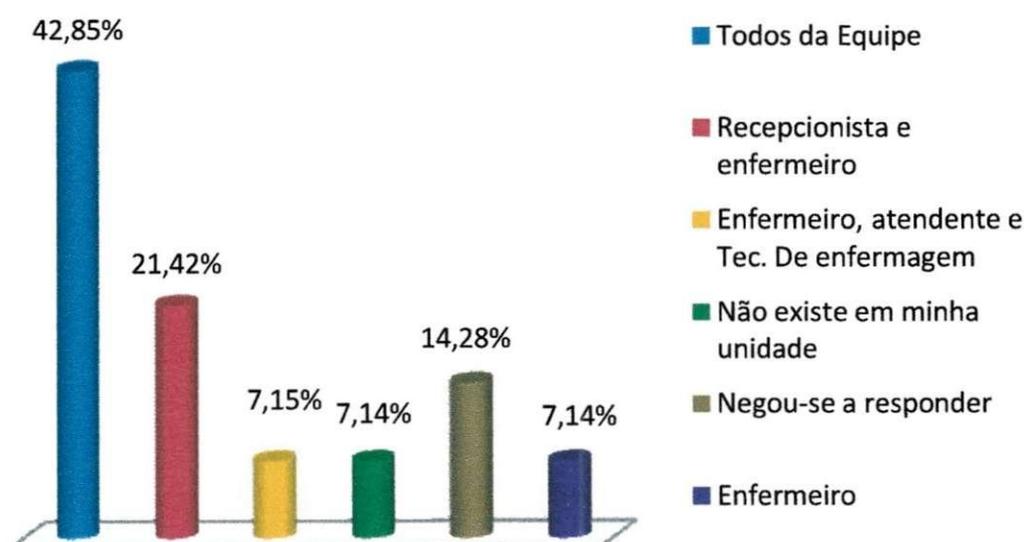


Gráfico I – Quais os profissionais envolvidos no processo de acolhimento na sua Unidade.

Observa-se que no gráfico I, os enfermeiros apontam quais são os profissionais envolvidos no processo de acolhimento na sua Unidade, dos quais 42,85% relatam que todos da equipe estão envolvidos nesse processo de acolhimento, 21,42 só o recepcionista e o enfermeiro; 7,14% enfermeiro, atendente e técnico de enfermagem; 7,14 relatam não existir o processo de acolhimento em sua unidade; 14,28 negaram-se a responder e 7,14 só o enfermeiro.

Para Franco; Bueno; Merhy (1999), esses processos intercessores - como o Acolhimento - é atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de “pensar” a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário- centrada.

O acolhimento na saúde, para Bueno; Merhy (2009), deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania.

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas.

Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.

O cuidar não pode ser traduzido como noção romantizada de abnegação, mas deve se concretizar em ações articuladas ao contexto sóciopolítico, tendo os cuidadores a responsabilização de construir coletivamente instrumentos que favoreçam a formação de sujeitos críticos-reflexivos capazes de mobilização política para buscar a transformação da realidade em que vivem (COELHO; FONSECA, 2002).

Em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais para a implementação da prática do acolhimento e vínculo na Unidade de Saúde 57, 14%, afirmaram que a visita domiciliar é o grande passo para conquistar o usuário; 28,57 relatam que o treinamento da equipe para recepção do usuário motiva a implementação da prática e 14, 28 negaram-se a responder.

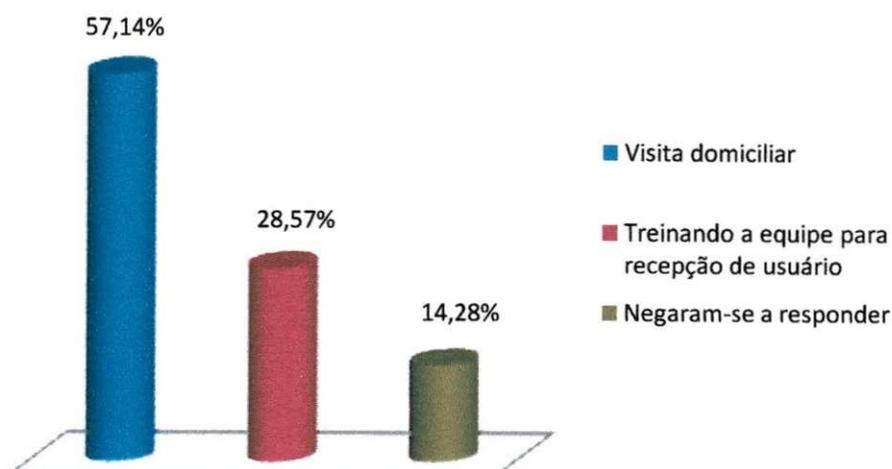


Gráfico II – As ações desenvolvidas por você para a implementação da prática do acolhimento e vínculo na Unidade de Saúde.

Identificou-se uma relação entre a produção de vínculo e o atendimento clínico com continuidade. A visita domiciliária também é um instrumento visto como importante estratégia de intervenção dentro da proposta de PSF. Na ESF são realizadas visitas domiciliares por todos os profissionais: os atendimentos médicos e de enfermagem são programados previamente e, também, solicitados pela demanda espontânea. Geralmente, são visitados pacientes impossibilitados de ir até a unidade. Por serem tão importantes essas visitas, seria necessário ampliar o atendimento domiciliar, especialmente no que se refere à internação domiciliar que está proposta no PSF, e evitar internações hospitalares e suas complicações (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato às demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde.

Para Ribeiro; Fugerato (2003), constatam a importância de considerar o ser humano como único e tentar compreendê-lo da forma como ele é. É necessário ouvi-lo e valorizá-lo para ultrapassar as barreiras do dia-a-dia, É saber ouvir, escutar com o coração, não apenas para cumprir uma obrigação. Será que o ser humano em algum momento deixou perceber que ele é humano, que tem fraquezas, dificuldades e limitações?

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta como estratégia de reorganização da atenção a saúde, a questão do acolhimento na atenção primária como atividade realizada pela combinação de alguns dispositivos organizacionais dos serviços de saúde.

O acolhimento deve ser entendido como um instrumento utilizado pela equipe de saúde com base nos fundamentos do programa, buscando atender ao usuário, promovendo seu bem-estar e atendendo suas necessidades de forma humanizada.

O Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Considerando que a atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do paciente, sugerimos a re-aproximação dos profissionais de saúde a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos.

Ressaltamos a importância da mudança dos profissionais no modo de trabalhar em equipe, para que cada um se proponha a realizar com competência técnica, habilidade e dedicação o cuidar de si e do outro.

Pretendemos com esse estudo, na medida do possível, contribuir para que alguns profissionais repensem seus valores, suas atitudes e promovam com dedicação transformações para humanizar a assistência.

Assim, a humanização e o acolhimento não são uma etapa do atendimento. São atitudes que percorrem todo o processo de trabalho e interação com os indivíduos, as famílias e comunidades. Começa na confiança, cria-se na solidariedade e nutre-se, dia-a-dia, na generosidade das pessoas ao ouvirem mutuamente, logo, não tem fim (MENDONÇA et al. 2005).

No processo de acolhimento, o respeito pela autonomia dos usuários é relevante. Segundo Mutamoto (2003), ele afirma que acolhimento é processo, processo de relações, de produção de subjetividades, produzido nas ações de saúde com o envolvimento entre as partes (equipe/trabalhador-usuário), prevalecendo à escuta, responsabilização pelo outro, pelo

problema apresentado, pelo cuidado, bem como favorecendo o desenvolvimento da autonomia e cidadania do usuário.

É preciso garantir que todos os usuários que buscam os serviços de saúde recebam atendimento de qualidade, de forma humanizada e com resolutividade, já que a porta de entrada ao sistema também pode significar a porta de saída, ao usuário insatisfeito, que muitas vezes é atendido por uma recepção despreparada para acolher. Muitos infelizmente, ainda utilizam os processos antigos, nos quais as pessoas são atendidas por ordem de chegada nas filas e pior número de vagas de consultas médicas, sem haver nenhum critério de prioridades e sem envolvimento da equipe de saúde como a discussão da demanda e ações para a prevenção dos agravos à saúde da comunidade.

Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, como garantia do acesso às ações de saúde pelos usuários, levando ao acolhimento humanizado no serviço.

REFERÊNCIAS

ÂNGELO, M.; FORCELLA, M. T.; FUKULDA, I. M. K. **Do empirismo à ciência: A evolução do conhecimento de enfermagem.** Rev. escola de enfermagem da USP, São Paulo, v. 29, n. 2, 1995.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem.** Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1989.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodologia e prática. **Rev. APS**, 2007.

BECK, C. L. C. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 54-61, mar 2009.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

Bueno W. S., Merhy E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. Acessado em: 14/ out/2009.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Rev. Bras. Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 4, ago. 2002.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. **Pensando o Cuidado na Relação Dialética entre Sujeitos Sociais.** P.8, 2002.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) v.27, n. 4. P.548-56, dez 2006.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio Século XXI Escolar: o minidicionário da língua portuguesa.** 4 ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 2000.

FORTUNA, C.M. **Cuidado de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida.** 2003.Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Rev Saúde em Debate**, v. 60, p. 118-122, 2003

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, m. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo, Atlas, 1999.

GONÇALVES, L. H. T. Tendências assistenciais de enfermagem – assistência ao idoso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis: ABEn/SC, 2001.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Educs, Caxias do Sul, 2003.

MARQUES, M.B. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 81, p. 56-63, jan./abr. 2009.

MENDONÇA, A. V. M; et. al. **Primeira Mostra de Saúde da Família – Camaragibe Dez Anos: uma síntese das rodas de diálogo**. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, nº1, dez. 2005.

MUTAMOTO, S. **Encontros e Desencontros entre Trabalhadores e Usuários na Saúde em Transformação: Um Ensaio Cartográfico do Acolhimento**. 2003. Tese de (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, Ribeirão Preto, p.40.

OHARA, C.V.S; et al. O comportamento sexual de adolescentes em algumas escolas no município de Embu, São Paulo, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 4, p.581-7, dez 2008.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS-UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

REIS, M.A.S. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.11, n.23, p.655-66, set./dez. 2007.

RIBEIRO, A.F.; et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discursos dos profissionais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008.

RIBEIRO, M.I.L.C.; FUREGATO, A.R.F. **Reflexões sobre a Importância do Relacionamento Interpessoal na formação de Profissionais de Enfermagem**. Nuesing, nº6, p.19-24, 2003.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov./dez., 2004

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVA, A.C.B.; ATHAYDE, M. O programa de saúde da família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 33, n. 117, p. 23-25, 2008.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Rev. Atual, Florianópolis, Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, J.C.C. e. **O trabalho de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família**. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup 1, 2008.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador responsável: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Pesquisador participante: Hermênia Ferreira da Silva

Eu _____, RG _____,
CPF _____, residente na _____, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de identificar como é realizado o acolhimento e como é vivenciado o vínculo no que concerne a assistência de enfermagem em Unidades de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras – PB. Para desenvolvê-lo será necessário aplicar questionário semi-estruturado.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras (PB), telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250/ 3335-4586, ou ainda junto ao pesquisador responsável o professor ..., telefone (83) ...

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro ainda estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2:

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

A. Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () outros

Faixa etária: () abaixo de 20 anos () 21-25 anos () 26-30 anos () 31-35 anos

() 36-40 anos () 41-45 anos () 46 anos - acima

B. Dados de formação profissional

Ano de formatura: ____ / ____ / _____

Unidade de Saúde que atua: _____

Tempo de trabalho na referida unidade: _____

Participou de cursos de especialização? Quais? _____

Participou de cursos referentes à estratégia saúde da família? _____

C. Dados específicos

Que você entende por acolhimento?

A equipe da Unidade funciona de forma integrada na prestação de assistência multiprofissional? De que forma?

Quais os profissionais envolvidos no processo de acolhimento na sua Unidade e de que forma?

Que você entende por vínculo?

Relate as ações desenvolvidas por você para a implementação da prática do acolhimento e vínculo na Unidade de Saúde?

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB

OFÍCIO CCE/CFP/Nº 004

Da: Coordenação do Curso de Enfermagem

À: Secretária Municipal de Saúde

Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira

Venho por meio deste, solicitar a V. As. Autorização para a aluna Hermênnia Ferreira da Silva, matrícula Nº 50522122, coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulada: **Acolhimento e Vínculo no Trabalho de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.**

Sob a orientação da Professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

Fu Fabro M Silva

Coordenador de Pesquisa e Extensão

Raelza Borges de A. Pereira

Ilma. Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira

Secretária Municipal de Saúde

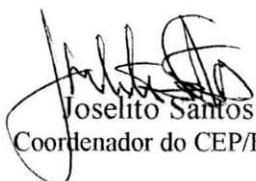


**FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Acolhimento e vínculo no trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família**, protocolo 3451009 da pesquisadora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, foi aprovado, em reunião realizada no dia 12/11/2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 16 de dezembro de 2009.


Josélio Santos
Coordenador do CEP/FSM