

ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA CONSULTA GINECOLÓGICA: CONCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS

ACCEPTANCE AND BONDING IN GYNECOLOGICAL CONSULTATION: NURSES' CONCEPTION

ACOGIDA Y VÍNCULO EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA: CONCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS

Francisco Antonio da Cruz Mendonça¹, Luis Rafael Leite Sampaio², Andrea Gomes Linard³, Raimunda Magalhães da Silva⁴, Lucijane Leite Sampaio⁵

Objetivou-se identificar a concepção de enfermeiras sobre o acolhimento e vínculo na consulta ginecológica em uma unidade de atenção secundária, de uma instituição de prevenção de câncer, localizada em Fortaleza-Ceará-Brasil. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com seis enfermeiras, através de entrevista semiestruturada, de setembro a outubro de 2007. Utilizou-se a análise de conteúdo para organização e interpretação dos dados. As enfermeiras expressaram que o acolhimento acontece no desenvolvimento de uma escuta atenta às queixas da paciente. Mencionaram a condição financeira e social das usuárias como empecilhos para o acesso ao serviço de saúde. Concluiu-se que o serviço de atenção secundária realiza o acolhimento de forma restrita e não promove a produção e manutenção do vínculo.

Descritores: Enfermagem; Acolhimento; Serviços de Saúde; Saúde da Mulher.

The aim of this research was to identify the nurses' conception concerning acceptance and bonding in gynecological consultation in a secondary care unit of a cancer prevention institute, in Fortaleza-Ceará-Brazil. A descriptive study with qualitative approach was carried out with six nurses through semi-structured interviews, from September to October 2007. We used content analysis to organize and interpret the data. Nurses expressed that effective welcoming is possible to happen when we carefully listen to the patients' complaints. The users' financial and social conditions were mentioned as barriers to access the health service. It was concluded that the secondary care service conducts the acceptance in a restrict way and does not promote the development and maintenance of the bond.

Descriptors: Nursing; User embracement; Health Services; Women's Health.

El objetivo fue identificar la concepción de las enfermeras acerca de la acogida y vínculo en la consulta ginecológica en una unidad de atención secundaria, de una institución de prevención de cáncer, en Fortaleza-Ceará-Brasil. Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, se llevó a cabo con seis enfermeras, a través de entrevista semiestruturada, de septiembre a octubre de 2007. Se utilizó el análisis de contenido para organizar e interpretar los datos. Las enfermeras expresaron que la acogida transcurre durante el proceso de escuchar atentamente las quejas de la paciente. Mencionaron la condición financiera y social de las usuarias como obstáculos para el acceso al servicio de salud. Se concluyó que el servicio de atención secundaria realiza la acogida de forma restringida y no promueve la producción y la mantención del vínculo.

Descritores: Enfermería; Acogimiento; Servicios de Salud; Salud de la Mujer.

¹ Enfermeiro do Hospital Municipal de Umirim-CE. Especialista em Saúde da Família. Professor da Graduação em Enfermagem da FANOR. Tutor da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Brasil. E-mail: fmendonca@fanor.edu.br

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Clínica. Bolsista CNPq. Mestrando em Farmacologia pela UFC. Brasil. E-mail: sampaiolrl@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Brasil. E-mail: linard72@gmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Brasil. E-mail: rmsilva@unifor.br

⁵ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Brasil. E-mail: lucijanesampaio@hotmail.com

Autor correspondente: Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Rua Antonio Gomes Guimarães, 150 Bairro: Papicu. CEP: 60.191-195. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: fmendonca@fanor.edu.br

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituir uma política assistencial que promova a continuidade das ações prestadas à população. Nesse contexto, os serviços prestados se desdobram em ações de prevenção, promoção, proteção, recuperação e avaliação das intervenções a partir da efetivação de suas diretrizes operacionais.

Para que os serviços ofertados na saúde sejam efetivamente desenvolvidos, exigem-se mudanças de postura dos gestores e, em especial, dos profissionais de saúde, sendo necessário desenvolver um trabalho coletivo e cooperativo, entre os sujeitos em uma rede de relações que exige diálogo e interações permanentes⁽¹⁾.

Essas interações devem ocorrer embasadas em uma relação de confiança, compromisso, ética e responsabilidades, nas quais cabe ao profissional de enfermagem oferecer uma assistência integral aos seus clientes. A integralidade no atendimento está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional de saúde que busca com prudência reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à saúde. Essa integralidade se encontra também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, de modo a não expandir o consumo de bens e serviços de saúde e nem dirigir a regulação dos corpos⁽²⁾.

O acolhimento configura-se em uma etapa indispensável ao atendimento em saúde e à efetivação do SUS, um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender aos que procuram os serviços de saúde, pactuando respostas mais adequadas aos usuários. Isso implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização⁽³⁾. Dessa forma, os objetivos do acolhimento seriam: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho⁽⁴⁾.

Logo, acolher não se limita apenas a uma recepção cordial, extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário⁽⁵⁾. Uma ferramenta imprescindível para promoção do acolhimento é a habilidade de comunicação interpessoal, seja por meio de palavras faladas e escritas, de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho do profissional de saúde exige conhecimento da comunicação e de fundamentos básicos como a ética⁽⁶⁾.

O atendimento baseado na escuta do usuário propicia o acolhimento, otimiza a assistência e possibilita aos profissionais conhecerem seus clientes e as prioridades de cada usuário no serviço de saúde⁽⁷⁾. No campo de atendimento da saúde feminina, o vínculo implica estabelecer relações tão próximas que impulsiona o profissional na responsabilização pela promoção da saúde e pelo bem-estar da usuária.

Na saúde da mulher, o bem-estar feminino vem sendo ameaçado por diversas causas, destacando-se episódios decorrentes dos fatores socioculturais, tecnológicos, profissionais e familiares, que podem concorrer para o surgimento dos mais variados tipos de cânceres.

Os desafios para a implantação do acolhimento e vínculo nas práticas clínicas de atendimento assumem variadas dimensões, essa problemática torna-se mais urgente quando se direciona ao nível de atenção secundária no âmbito da ginecologia. Nesta esfera, o serviço não possui clientela adstrita e comunicação efetiva com a rede básica. Associam-se, ainda, às fragilidades profissionais a detecção precoce, a doença, o tratamento e o êxito no momento efetivo para detecção precoce do câncer de mama e a prevenção do câncer de colo uterino, além do pouco tempo determinado para a consulta.

Desse modo, este estudo objetivou identificar a concepção de enfermeiras sobre o acolhimento e vínculo na consulta ginecológica em uma unidade de atenção secundária, de uma Instituição de Prevenção de Câncer, localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado no Instituto de Prevenção do Câncer, em Fortaleza, órgão de referência estadual de atenção à saúde da mulher em atendimento ambulatorial especializado na prevenção e tratamento do câncer de colo uterino, mama e exames complementares.

Participaram da pesquisa seis enfermeiras, profissionais da assistência ginecológica da unidade em estudo que realizavam consulta de enfermagem no Ambulatório de Ginecologia vinculado à instituição, independente da faixa etária, escolaridade, nível socioeconômico e estado civil.

A coleta de dados ocorreu de setembro a outubro de 2007, utilizou-se entrevista semiestruturada que abordou os dados sociodemográficos, a concepção sobre

o acesso das mulheres ao serviço de saúde, o acolhimento prévio, durante e após o atendimento das usuárias.

Para a análise das informações coletadas, procedeu-se primeiramente à transcrição dos depoimentos na íntegra. Nessa compilação de dados, utilizou-se análise de conteúdo⁽⁸⁻⁹⁾, processada a partir de um desmembramento do texto, em unidades de categorias temáticas. As categorias emergidas foram: Concepção das enfermeiras sobre acolhimento e vínculo; Acesso ao serviço de saúde pelas usuárias; e Dificuldades em promover acolhimento e vínculo.

Quanto aos aspectos éticos e legais, realizou-se este estudo mediante autorização do Comitê de Ética, da Universidade de Fortaleza/CE, conforme parecer emitido N°107/2006, obedecendo, no caso, às recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa desenvolvida com seres humanos⁽¹⁰⁾. Foi assegurado o anonimato às entrevistadas, caracterizadas pela letra (E) seguida com número arábico de um (1) a seis (6). Estas permitiram a gravação de suas falas e a assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As enfermeiras do estudo encontravam-se na faixa etária de 44 a 59 anos. Quanto à religião, quatro eram católicas, em relação ao estado civil, cinco declararam serem casadas. Possuíam especialização em áreas diversificadas de conhecimentos: saúde pública, saúde da família, enfermagem médico-cirúrgica e administração hospitalar.

O tempo de trabalho na área ginecológica variou entre 18 e 24 anos e relataram experiências em diversas práticas dos serviços de saúde. Essas experiências podem favorecer uma interação efetiva entre enfermeira-cliente e possibilitar o desenvolvimento de estratégias eficazes para a promoção da saúde da mulher e aprimoramento nas relações.

Concepção de enfermeiras sobre acolhimento e vínculo

A clínica subsidiada por conhecimentos científicos, direcionada para as necessidades de atenção à saúde da cliente, tornando-a sujeito agente no tratamento foi uma das concepções das enfermeiras sobre acolhimento e vínculo na consulta ginecológica. Ressaltaram, ainda, indispensável o desenvolvimento da escuta ativa: *acolhi-*

mento é tratar bem, é dar informações necessárias (E2). *Temos que ter tempo para ouvi-la e o cuidado de responder e resolver os problemas dela* (E5).

Relataram também que na prática clínica, os laços emocionais propiciam o atendimento e qualificam o indivíduo para o vínculo: *a paciente não vem só pelo problema patológico, vem carente de carinho, atenção e orientação* (E4). A conduta profissional de buscar respostas para os problemas apresentados pelas clientes intensifica a corresponsabilidade entre profissional e cliente: *somos responsáveis pela clientela por aquilo que a gente faz* (E1). *Quando percebemos alguma alteração que não podemos resolver chamamos outros profissionais* (E3).

Descreveram as inferências ao processo de apropriação da comunicação no acolhimento: *é importante transmitir o pensamento à clientela de maneira fácil, nada de muito termo científico* (E1). *Se não houvesse essa fala, esse linguajar a altura dela, a curiosidade da usuária fica limitada e a comunicação não acontece* (E5).

Citaram a credibilidade e comunicação para o seguimento do acolhimento, da confiança e da credibilidade, são etapas indispensáveis para livre decurso das fragilidades subjetivas inerentes à cliente: *credibilidade e comunicação são tudo na vida, olho no olho, uma conversa, a paciente falar de seus medos, suas dúvidas, responder o que ela quer saber e poder ajudar de alguma maneira ao que ela veio procurar* (E6). Através da comunicação ocorre a motivação e capacitação da clientela para atuar como agente de sua própria saúde: *boa informação com conhecimento promovo a saúde do paciente* (E4).

A qualidade da consulta, frente à comunicação interpessoal efetiva e a promoção da saúde, estará intrinsecamente associada às habilidades pessoais e às competências aprimoradas durante a vida acadêmica e profissional: *se o profissional for calado, a paciente sentirá vergonha de perguntar, dificultando a comunicação, mas se ele estiver disponível para ajudar, promover, comunicar, ela se sentirá a vontade, segura e com a saúde promovida* (E3).

As participantes referiram contribuições para melhoria do acolhimento, como a integração dos conhecimentos em saúde para promoção humana: *educação é prioridade na saúde, o profissional deve estar se reciclando. Se não fizer, não melhora o acolhimento, não vai está pronto para acolher sua cliente* (E1).

No entanto, com a máxima urgência, para melhoria do modo de acolher, recorreram-se à diminuição da demanda: *para fazer o acolhimento melhor e melhorar a comu-*

nicação, deveria ter demanda menor (E5). Temos dificuldade de ouvir quando tem muita cliente para atender (E2).

Acesso ao serviço de saúde pelas usuárias

As participantes expressaram a condição financeira e social das usuárias como empecilhos para o acesso ao serviço de saúde: *vem com fome, só com o dinheiro do ônibus (E6). Geralmente a distância é muito longa e muitas dessas mulheres, por falta de dinheiro, encontram-se totalmente impedidas de virem realizar a consulta (E1).*

As filas, algumas vezes, estão relacionadas à ausência de manutenção dos equipamentos, evidenciando obstáculo tecnológico para o acesso: *a paciente fica na fila para abrir prontuário, mais ou menos três horas, às vezes o computador é lento, o sistema cai e espera bastante (E4).*

As enfermeiras expressaram a carência de confiança das clientes na capacidade de resolutividade dos serviços de saúde pela ineficiência pública em promover a quantidade de material necessária para o devido funcionamento: *não vou porque toda vida no posto do bairro não tem material (E6).*

A demanda pelo serviço especializado acarreta superlotação, dificultando o acesso e as condições de vida das pessoas: *as clientes ficam com muito medo de chegarem aqui e não conseguirem ficha, e às vezes tem que dormirem, infelizmente isso ainda está acontecendo (E4). Dizem que não funciona, não tem doutora, dão dez viagens para receber o exame (E5).*

As profissionais de enfermagem afirmaram houve uma facilidade do atendimento prestado nessa unidade de saúde quando a atenção primária e secundária começou a ser concretizada: *com este sistema de saúde as clientes vêm marcadas dos postos de saúde (E1). A estratégia de agendamento uma vez executada torna-se uma ação positiva para o serviço: porque a paciente vem com a certeza de ser atendida naquele dia (E3). Entretanto, a tentativa de ofertar o agendamento, ainda, não está totalmente efetivada: tem uma duplicidade de demanda, a agendada e a espontânea (E4). Este fato deve-se à privação de comunicação entre os Centros de Saúde da Família e o serviço especializado para o preenchimento das vagas pela demanda agendada: *vagas estão sendo preenchidas com a demanda espontânea, uma coisa que nunca acabou (E6).**

Os problemas de ordem social inseridos nas famílias são maiores que os processos patológicos que afligem o corpo dessas usuárias e veem na figura da enfermeira uma fonte de alívio: *a clientela é de baixa renda, semianalfa-*

betas. Isso faz com que a consulta demore mais, porque se passa mais tempo explicando. Porém não mudo a qualidade da minha consulta, procuro entendê-las, para poder ajudar melhor (E2).

Para garantir o acolhimento, torna-se essencial a manutenção da comunicação e a abordagem psicossocial: *conversamos muito na consulta, então percebemos as condições delas que não são boas (E1). Tem mulher que não quer saber nada de prevenção, quer conversar sobre o marido ou filho que bateu nela (E5).*

Dificuldades em promover acolhimento e vínculo

As dificuldades apontadas pelas enfermeiras para promoção do acolhimento e vínculo na consulta ginecológica perpassam da ordem microsocial à macrosocial. Quanto à promoção do conforto e da privacidade nas práticas da consulta ginecológica, observam-se as dificuldades por meio da ambiência ao propiciar o acolhimento: *o ambulatório tem área física precária, mas o nosso dever é atender bem. Com a privacidade preservada, o atendimento torna-se individual, elas ficam a vontade para perguntar e ouvir as respostas (E6). Entretanto, esta estratégia de atendimento à mulher é parcialmente proporcionada, o que compromete a qualidade da assistência, necessitando desenvolver estratégias de superação das limitações físicas para que as clientes sejam atendidas satisfatoriamente: *deixar o ambiente mais propício para elas sentirem melhores. Então chego organizo a sala, deixo a tristeza lá fora, porque faço aquilo que gosto (E1).**

Devido à alta demanda e ao reduzido espaço físico, a privacidade torna-se comprometida, pois na consulta ginecológica torna-se necessário manter mais de uma cliente no consultório: *hoje de manhã atendi 19 pacientes e não dá para chamar de uma por uma, fica uma em atendimento e a outra em espera (E4). A perda do controle em relação à entrada e saída do consultório prejudica, ainda mais, a privacidade: *a demanda é tão grande que a privacidade fica comprometida, todo mundo tem acesso à porta (E3).**

Denunciaram as condições excessivas de trabalho que podem ser geradas pela maior concentração de usuárias nos serviços especializados: *faço de 16 a 20 atendimentos por dia. Esse é um número excessivo para ter melhor qualidade, talvez fosse melhor menos pacientes, teríamos mais tempo, logicamente a qualidade melhoraria (E6).*

A assistência farmacêutica é um importante aliado no acolhimento. Denuncia-se que *relacionado à ginecologia não tem nada, nem um comprimido para dor de cabeça e a pa-*

ciente vai receber a medicação nos postos (E1). Para a enfermeira, esse é um grande problema, se a paciente recebesse a medicação onde foi prescrita, receberia orientações, se tivesse dúvida perguntaria, ficaria mais tranqüila e indo em outro lugar não sei como funciona (E3). Outra participante relatou sobre os benefícios para a usuária: se aqui ela já sáísse com a medicação, evitaria a perda de tempo, enfrentar nova fila, nova burocracia. Muitas vezes o posto diz que não tem, manda vir outro dia. Para paciente e para mim isso é terrível (E4).

Na atenção secundária, o vínculo perdura enquanto houver a presença da doença, mas o cuidado preventivo deve ser realizado na atenção primária à saúde: *a paciente tem o retorno, mas o acompanhamento mesmo tem no posto (E4). Evidencia-se a dificuldade de manutenção de vínculo após o atendimento, a enfermeira da unidade de referência não tem comunicação com o profissional que encaminhou (E2). Se houvesse essa comunicação com certeza o acolhimento e vínculo seriam ideais (E5).*

Percebeu-se pelas falas das enfermeiras a dificuldade para construção do acolhimento e do vínculo na atenção secundária: *não tem feedback depois que a paciente é atendida, perco contato e isso não é bom, pois o ciclo fica quebrado (E3). Não existe possibilidade de retorno (E6). A rotatividade do atendimento provocada pelas altas demandas propicia o agravamento desta situação: ficam sem vínculo porque ela vai e amanhã já são outras. Não sei por onde andam, não tenho mais a paciente e em termos de acolhimento isso não é bom (E1).*

A prática do acolhimento e vínculo na consulta de enfermagem ginecológica pode ser prejudicada diante da alta demanda, mesmo assim, a profissional declarou consumir um maior tempo da consulta com clientes mais necessitadas: *o certo são dezesseis, mas eu faço até trinta, porque a paciente pode ter problema, querer conversar e outra pode ter menos (E1). Existe uma preocupação quanto ao atendimento satisfatório, apesar da realização de ações em serviço em um mínimo de tempo: atendi 19 pacientes e não gostei, não saí satisfeita, não consegui fazer como gostaria de ter feito, porque você acaba tendo que correr (E4).*

DISCUSSÃO

O acolhimento, na perspectiva das enfermeiras, aproxima-se da compreensão de ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços⁽¹⁾.

O acolhimento corresponde ao ato de receber a paciente, estendendo-se durante o atendimento, ouvindo suas queixas e dando-lhe oportunidade para que suas preocupações sejam reveladas, implica na escuta e no compromisso em ofertar respostas às necessidades de saúde da usuária, conforme cultura, saber e capacidade de avaliar riscos⁽¹¹⁾.

Por essa razão, o ideal, no contexto da clínica ampliada, seria articular o melhor da clínica à subjetividade através da escuta do sujeito envolvido na relação terapêutica no contexto social⁽¹²⁾. O acolhimento é a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e atendê-las ou direcioná-las para o sistema que seja capaz de responder a suas demandas⁽¹³⁾.

A responsabilidade pela clientela revela o nível de envolvimento e compromisso do profissional com a formação do vínculo e a sua capacidade para oferecer uma adequada intervenção para os problemas apresentados pelas usuárias ou por algo que lhe foi confiado⁽⁴⁾.

O acolhimento é mais que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários⁽¹⁴⁾.

A comunicação no acolhimento é uma estratégia de produzir saúde. Envolve não somente a capacidade de se fazer claro, mas, sobretudo, de escutar o outro de forma acolhedora. Para sensibilizar e mobilizar os indivíduos, é preciso atingir a subjetividade, não apenas conceder-lhes informação, proporcionando um entendimento conceitual. A origem da palavra comunicar está no latim *comunicare*, tem por significado *por em comum*. Desta forma, comunicação é um lugar de passagem de um ponto para outro. Não existe essa partilha se não houver compreensão por parte dos envolvidos⁽¹⁵⁾.

O diálogo não pode ser reduzido à fala ou à conversação, é uma atitude para com o outro e pressupõe a valorização das percepções dos sujeitos, não como subjetividades descontextualizadas, mas como sinalização de experiências complexas e materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde⁽¹⁶⁾.

A fala dialógica está além de um ato técnico e automatizado. Para isso, convém ao enfermeiro adquirir capacidade de compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades, dimensões amplificadas,

sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado em uma unidade municipal da saúde da Bahia revelou que o acolhimento na consulta ginecológica possibilitou a compreensão da postura do profissional de saúde frente ao usuário, o que significou também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde⁽¹⁴⁾.

O acolhimento deve ser o ponto de partida para o cuidado integral e longitudinal, com vista a atender as complexas necessidades de saúde das usuárias que, muitas vezes, não se restringem ao plano biológico. Sendo assim, será possível pensar na integralidade e longitudinalidade se o profissional estiver disposto a ouvir o outro, valorizando a comunicação verbal e compreendendo a não-verbal.

Pesquisa realizada, em Porto Alegre-RS, sobre o acesso e acolhimento, compreendeu-se por acesso ao serviço de saúde a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para obtenção do atendimento como filas, local e tempo de espera, tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e possibilidade de agendamento prévio⁽¹³⁾.

Para obter o acesso aos serviços de saúde, a primeira etapa a ser vencida pela usuária é o atendimento de sua necessidade de saúde⁽⁷⁾. Faz-se necessário que os serviços atendam ao princípio da universalidade, no qual todos os cidadãos devem ter acesso e responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Alterar tal situação requer o compartilhamento entre as três esferas de governo municipal, estadual e federal, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil e, em especial, por meio das instâncias de participação e de controle social do SUS⁽¹⁾.

Verificou-se que quando se oportuniza um espaço para o diálogo com a usuária, por mais reduzido que seja, abre-se uma porta para que a “vida lá fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade⁽⁵⁾. Estudo realizado sobre planejamento, comunicação e integralidade da atenção em saúde comprovou que pessoas em sofrimento com experiências complexas transbordam os muros das unidades de saúde⁽¹⁸⁾.

A assistência à saúde da mulher no País necessita ser pautada na eficiência e resolutividade, sendo assim,

recomenda-se que o número de consultas ou de citopatologias coletadas deve ser de três coletas/hora para o enfermeiro. Cada consulta deve ter duração de 20 minutos⁽¹⁹⁾, no entanto, na prática, prioriza-se a quantidade de pessoas a serem consultadas em detrimento da qualidade do atendimento. Evidencia-se a alta demanda de consulta ginecológica na atenção secundária e que o número de atendimentos ultrapassa o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A dificuldade de obtenção do medicamento pelas usuárias da instituição deste estudo corrobora estudo realizado em duas unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre-RS, o qual identificou a migração das usuárias, entre diferentes unidades de saúde, em busca de medicamentos não disponíveis no local em que ocorreu o atendimento⁽⁷⁾.

Outro estudo identificou que a ausência da medicação impossibilita a continuidade do atendimento, e a equipe sente-se insatisfeita com essas condições de trabalho, revelando um sentimento de indignação quando se depara com o sofrimento da usuária, dificultando o acolhimento e vínculo⁽²⁰⁾.

Um problema referido por uma enfermeira, a *dificuldade de transporte* (E3) das usuárias ao se deslocarem ao serviço de atenção secundária para consulta ginecológica, evidenciou a dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Este fato também foi percebido em outro estudo, no qual verificou que a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é fator que facilita ou dificulta o acesso⁽¹³⁾.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como interface na construção do vínculo com a usuária após atendimento, pois vínculo edificado eficazmente proporciona novos encontros entre profissional e cliente. O vínculo propõe o retorno da clientela como forma de redução do sofrimento, pois apresenta credibilidade e confiança no serviço⁽²⁰⁾.

A criação de vínculos implica em relações próximas e claras, nas quais ocorre a sensibilização ante o sofrimento do outro, o profissional sente-se responsável pela cliente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

A diretriz de acolher, responsabilizar, resolver, criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todos os níveis de atenção à saúde, as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva⁽¹⁾.

A equipe da atenção primária não deve se eximir da responsabilidade do acompanhamento da mulher, independente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida. Salienta-se que o relacionamento interpessoal satisfatório entre usuárias e profissional de saúde é de suma importância. Ao considerar essa relação empática e de confiança, o enfermeiro poderá contribuir com a tranquilidade durante a realização da consulta ginecológica e o estabelecimento de acolhimento e vínculo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras entrevistadas consideraram que o acolhimento e vínculo na consulta ginecológica ocorrem mediante o desenvolvimento de uma escuta atenta às queixas das pacientes e que o serviço de atenção secundária realiza o acolhimento de forma restrita e não promove a produção e manutenção do vínculo.

A formação do vínculo entre profissional e cliente torna-se fragilizada em decorrência do elevado número de consultas. Existem muitos desafios a serem superados, pois algumas enfermeiras têm procurado uma melhor resposta para os litígios da saúde dos indivíduos, entretanto necessitam da ação conjunta da estrutura micro e macropolítica.

O acesso ao serviço de saúde é deficiente e não propicia uma postura acolhedora às usuárias. A ausência de resolutividade da atenção primária à saúde da mulher impõe a atenção especializada uma alta demanda. A atenção básica perde a postura de promotora de vínculo com a clientela adstrita, com a saúde dos sujeitos sob sua responsabilidade. Isto é, perde a função de receptora e condutora da saúde da cliente no âmbito dos níveis de atenção do SUS.

A alta demanda desorganiza a estrutura de funcionamento do serviço, dificultando a acolhida, o vínculo e a comunicação entre os níveis da atenção. O acesso torna-se precário e a demanda espontânea passa a ser a principal forma de atendimento, as longas filas e o período extenso continuam como requisitos mínimos para o acesso.

O serviço de atenção secundária realiza o acolhimento e o vínculo de forma limitado e não promove a produção e manutenção destas ações. Propõe-se uma aproximação entre o proposto pelos princípios constitucionais do SUS para o acolhimento e vínculo. Para tanto, exige dos gestores um movimento constante de mudan-

ças na infraestrutura e no processo de trabalho para que a saúde coletiva atue como guardião da saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9(17): 287-301.
3. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS — acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(2):331-40.
5. Lopes MJM, Silva JLA. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde, *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12(4):683-8.
6. Teixeira CAB, Silva RM, Rodrigues MSP, Linard AG, Diógenes MAR, Mendonça FAC. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. *Rev APS* 2009; 12(1):16-28.
7. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1):12-7.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona; 1977.
9. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiras. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 supl.):15-25.
11. Sousa IGS, Moura ERF, Oliveira NC, Eduardo KGT. Prevenção do câncer de colo de útero: percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais. *Rev Rene.* 2008; 9(2):38-46.
12. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

13. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34.
14. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(4):493-503.
15. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
16. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):150-3.
17. Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(5):723-8.
18. Pitta AMR, Rivera FJU. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006; 10(20):395-410.
19. Ministério da Saúde (BR). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.

Recebido: 29/10/2009

Aceito: 05/11/2010