

Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado

Bonding and User Embracement in Primary Health Care: potentialities and challenges for care

Vinculación y Acogimiento en la Atención Primaria de Salud: potencialidades y desafíos para el cuidado

Sheila Aparecida Ferreira Lachtim¹
Giselle Lima de Freitas²
Wellington Serra Lazarini³
Gerson Luiz Marinho⁴
Ana Lucia de Moraes Horta⁵
Elysângela Dittz Duarte⁶
Francisco Carlos Félix Lana⁷

1 Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sheila.massardi@gmail.com.

2 Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

4 Professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

5 Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

6 Professora associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

7 Professor titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO:

O objeto deste estudo é a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o vínculo e o acolhimento na Atenção Primária à Saúde. O objetivo é analisar as potencialidades e os limites dessas ferramentas para efetivação do princípio da integralidade no cuidado em saúde. Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa que analisou 251 entrevistas realizadas com enfermeiras(os) atuantes no Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. As entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado, foram gravadas e transcritas. Os dados produzidos foram tratados e explorados com auxílio do software MaxQda. A maior parte das participantes eram mulheres, brancas, residiam na mesma cidade de trabalho, graduaram-se em instituições privadas e tinham especialização na área. Os resultados foram organizados em três categorias: longitudinalidade e continuidade do cuidado; relação de afetividade e confiança; garantia de acesso aos serviços de saúde, identificação das necessidades de saúde. Os enfermeiros entendem que o vínculo e o acolhimento, que permeia a construção de afetividade e de confiança, favorecem a construção de um projeto terapêutico integral. Além disso, identificam que a prática em saúde amparada no vínculo e no acolhimento estão associados a uma maior valorização da profissão de enfermagem por parte da população.

Palavras-Chave: Percepção Social, Acolhimento, Continuidade da Assistência ao Paciente, Saúde Pública.

ABSTRACT:

The object of this study is the perception of nursing professionals about bonding and user embracement in Primary Health Care. The objective is to analyze the potentialities and limits of these tools to implement the principle of integrality in health care. This is a descriptive study with a qualitative approach that analyzed 251 interviews carried out with nurses working in Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro and São Paulo. The interviews, guided by a semi-structured script, were recorded and transcribed. The data produced were processed and explored with the help of the MaxQda software. Most of the participants were women, white, lived in the same city where they worked, graduated from private institutions and had specialization in the area. The results were organized into three categories: longitudinality and continuity of care; relationship of affection and trust; guarantee of access to health services, identification of health needs. Nurses understand that bonding and user embracement, which permeates the construction of affection and trust, favors the construction of an integral therapeutic project. In addition, they identify that health practice based on bonding and user embracement are associated with a greater appreciation of the nursing profession by the population.

Keywords: Social Perception, User Embracement, Continuity of Patient Care, Public Health.

RESUMEN:

El objeto de este estudio es la percepción de los profesionales de enfermería sobre el vínculo y la acogida en la Atención Primaria de Salud. El objetivo es analizar las potencialidades y límites de estas herramientas para implementar el principio de integralidad en la atención a la salud. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo que analizó 251 entrevistas realizadas con enfermeros que actúan en Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro y São Paulo. Las entrevistas, guiadas por un guión semiestructurado, fueron grabadas y transcritas. Los datos producidos fueron procesados y explorados con la ayuda del software MaxQda. La mayoría de los participantes eran mujeres, blancas, vivían en la misma ciudad donde trabajaban, egresadas de instituciones privadas y tenían especialización en el área. Los resultados se organizaron en tres categorías: longitudinalidad y continuidad de la atención; relación de afecto y confianza; garantía de acceso a los servicios de salud, identificación de necesidades de salud. Los enfermeros comprenden que el vínculo y la acogida, que permean la construcción de afecto y confianza, favorecen la construcción de un proyecto terapéutico integral. Además, identifican que las prácticas de salud basadas en el vínculo y la acogida están asociadas a una mayor valorización de la profesión de enfermería por parte de la población.

Palabras clave: Percepción Social, Acogimiento, Continuidad de la Atención al Paciente, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é organizada majoritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, por sua vez, tem como princípio a integralidade do cuidado. Dispositivos como o vínculo e o acolhimento são utilizados na APS no intuito de responder às necessidades de saúde. Contudo, a sua utilização é influenciada pela percepção dos profissionais de saúde (1).

No cotidiano do cuidado em saúde, o vínculo e o acolhimento apresentam polissemia de sentidos, apesar de existirem definições e recomendações para a sua operacionalização na Política Nacional de Humanização (PNH) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entende-se aqui o acolhimento como o dispositivo clínico-político que reconhece o usuário e suas necessidades de saúde como legítimas e singulares (2). Portanto, é o acolhimento que ampara a relação humana no processo de cuidado. O vínculo, por sua vez, compõe o arcabouço prático do trabalho em saúde ao construir relações de confiança e afetividade entre a equipe de saúde e os usuários, o que aprofunda potencialmente a corresponsabilização do cuidado (3).

O acolhimento pode mobilizar outras ferramentas, por exemplo, a escuta qualificada, que favorece a construção de vínculo e uma melhor interpretação das necessidades dos usuários. Por isso, é considerada chave do processo de trabalho em saúde (4). O vínculo e o acolhimento são ferramentas que podem garantir, portanto, os atributos da Atenção Primária à Saúde, como primeiro acesso, longitudinalidade, continuidade e cuidado integral, por possuírem potência na intermediação das relações dos usuários e trabalhadores de saúde, aprimorando o processo de cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários (5).

É importante ressaltar que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e perpassam por diferentes dimensões, partindo do âmbito mais singular e individual para o âmbito estrutural e das relações sociais. Assim, as necessidades das pessoas e de grupos sociais que compõem um território adscrito são determinadas pelas questões específicas dos sujeitos e pelas relações que estabelecem com os serviços, com os profissionais e com a própria comunidade (6).

A compreensão ampliada das necessidades de saúde extrapola uma perspectiva focalista e prescritiva. Ademais, o enfermeiro é reconhecido pela comunidade atendida como o profissional com o vínculo longitudinal mais forte e responsável pela continuidade do cuidado (1).

Nesse sentido, este estudo questiona: Qual a percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde acerca do vínculo e do acolhimento como ferramentas de cuidado integral? O estudo objetiva analisar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre as potencialidades e os limites do vínculo e do acolhimento para efetivação do princípio da integralidade.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa que analisou entrevistas realizadas com enfermeiras(os) atuantes nos quatro estados da região Sudeste do Brasil, por ocasião da coleta de dados da pesquisa multicêntrica "Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos". A pesquisa foi encomendada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e coordenada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública/ Universidade de Brasília (NESP/UnB).

Os participantes da pesquisa são enfermeiros diretamente envolvidos em práticas assistenciais e/ou gerenciais atuantes há, pelo menos, três anos em equipes de Saúde da Família nas unidades de Atenção Primária. Como critérios de exclusão, considerou-se a ausência de vínculo de trabalho formal com o serviço. Foram entrevistados 251 profissionais de enfermagem nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista guiada por roteiro semiestruturado, no período de novembro de 2020 a setembro de 2021. O roteiro continha questões que buscavam identificar características sociodemográficas e perguntas que buscavam compreender a percepção dos profissionais sobre o vínculo e o acolhimento. As entrevistas ocorreram de forma presencial ou remota por pesquisadores treinados. No caso de

entrevista remota, utilizou-se um aplicativo que permitia a gravação em vídeo. As entrevistas presenciais foram gravadas em áudio e ocorreram em horário previamente agendado no local de trabalho dos participantes. Neste caso, respeitaram-se as determinações impostas pela pandemia da Covid-19, protegendo entrevistadores e entrevistados. As entrevistas tiveram uma duração média de 25 minutos.

O material produzido foi transcrito integralmente e após a fase de leitura flutuante com o objetivo de apreender as ideias, os dados foram organizados no software MaxQda em quatro grupos, a saber: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Após a fase de exploração, incluindo a formação de nuvens de palavras, as expressões que se sobressaíram formaram expressões significativas, as quais foram categorizadas em unidades de sentido segundo seu grau proximidade, permitindo a expressão de importantes subcategorias: o vínculo e o acolhimento. As enfermeiras foram identificadas de acordo com a letra "E" (enfermeira), somado a uma numeração, seguido do Estado correspondente (exemplo: E_01_SP).

O presente trabalho respeitou as normativas que envolvem a ética em pesquisa com seres humanos (Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB), sob número CAAE 20814619.2.0000.0030.

RESULTADOS

Foram entrevistados 251 enfermeiros, sendo 100 do estado de Minas Gerais, 53 do Espírito Santo, 45 do Rio de Janeiro e 53 de São Paulo. Os participantes tinham idade média entre 31 a 40 anos (64,6%), eram predominantemente do sexo feminino (89,2%), autodeclarados pardos (41,5%), seguidos de brancos. Em relação à remuneração a maioria (23,7%) recebe entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

Idade (anos)	Frequência (%)
18 a 30	6,9
31 a 40	64,6
41 a 59	27
acima de 60 anos	1,5
Sexo	
Masculino	10,8
Feminino	89,2
Raça/ Cor	
Branco	39,4
Pardo	41,5
Preto	17,5
Indígena	0,4
Amarelo	1,2
Renda do Enfermeiro	
Menos de R\$2.000	0,4
De R\$2.001 a R\$3.000	23,7
De R\$3.001 a R\$4.000	19
De R\$4.001 a R\$5.000	15,7
De R\$5.001 a R\$6.000	14
De R\$6.001 a R\$7.000	12
De R\$7.001 a R\$8.000	4
De R\$8.001 a R\$9.000	3,2
Acima de R\$9.000	8

Fonte: produção dos autores.

A maioria dos entrevistados residia no local em que trabalhava e a tipologia dos municípios era Rural Adjacente, seguido de Urbano. Quanto à formação, cerca de 64% têm mais de 10 anos de formação. Os enfermeiros foram em sua maioria provenientes de instituições privadas de ensino (72%), e a maioria (64%) possuía especialização na área da Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família ou Saúde Coletiva. Sendo que a minoria (7%) relatou formação na modalidade *stricto sensu*. A maior parte das entrevistadas (32%) atua na APS há mais de 6 anos, mas um quantitativo expressivo atua há mais de 11 anos (24,7).

Tabela 2 - Informações sobre tempo de atuação na APS e na Unidade Básica de Saúde.

Tempo de atuação na APS	Frequência (%)
Até 5 anos	22
De 6 a 10 anos	32
De 11 a 15 anos	24,7
De 16 a 20 anos	7,2
Acima de 20 anos	3,1
Tempo de trabalho na mesma UBS	
Até 5 anos	60
De 6 a 10 anos	19,5
De 11 a 15 anos	11,5
De 16 a 20 anos	4
Acima de 20 anos	5

Fonte: produção dos autores.

Ao analisar as falas das enfermeiras relacionadas ao vínculo e ao acolhimento obteve-se três categorias de análise: longitudinalidade e continuidade do cuidado; relação de afetividade e confiança; garantia de acesso aos serviços de saúde, identificação das necessidades de saúde.

Figura 1 - Dimensões dos dispositivos de vínculo e acolhimento relatados.



Fonte: produção dos autores.

Longitudinalidade e continuidade do cuidado

A longitudinalidade do cuidado é atributo essencial da APS, reconhecida pelos enfermeiros entrevistados. Os participantes relacionaram o estabelecimento do vínculo à longitudinalidade e continuidade do cuidado ao entenderem que é por meio da construção de uma relação de confiança que os usuários aderem ao tratamento proposto. Afirmaram ainda que as relações de confiança estabelecidas entre enfermeiros e usuários impactam positivamente nas ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos dos usuários com doenças crônicas.

“todo dia tem alguém da saúde ligando, perguntando se está bem, se melhorou, se não melhorou, então acho que é um fator positivo isso aí, é muito importante isso. É um vínculo maior que a gente cria com esse paciente, né? (E_232_SP)

É ele participando das reuniões, ele participando do acolhimento correto, ele vindo. A gente conseguindo fazer esse trabalho de acompanhamento dele, isso, isso é gratificante para o enfermeiro, isso aí (E_131_ES)

Como garantia da longitudinalidade, os enfermeiros entendem que a responsabilização pelo cuidado à saúde dos usuários é fundamental, bem como o atendimento às suas necessidades. Para tal, evidenciou-se que a escuta qualificada é ferramenta para interpretar as necessidades de saúde trazidas pela população adscrita.

Eles vêm, a gente está aberto pra escutar, né, pra ouvir. Então através dessa conversa a gente já determina o que o paciente, a gente descobre que o paciente tá querendo, tá precisando e a gente resolve a situação (E_89_MG)

Eu aprimorei minha escuta, a escuta e o acolhimento das pessoas que chegam ao centro de saúde. A gente viu que é muito paciente que a ferida dele não é uma ferida física, é uma ferida emocional. E essa...é a gente tem que aprimorar essa escuta para esse paciente que independente da idade, chega com uma queixa, mas na verdade ele tem outra, e a gente enxergar, eu aprendi a enxergar além do que ele está me dizendo com a palavra, enxergar o que ele estava dizendo com a postura, com as atitudes... (E_25_MG)

Ainda que mencionada como uma tecnologia leve essencial para o acolhimento de demandas e para a construção de vínculo, a escuta qualificada é subutilizada e preterida pelo alto volume de usuários que solicitam atendimentos pontuais, comprometendo a longitudinalidade do cuidado. As dificuldades para a garantia da longitudinalidade, da continuidade e da integralidade do cuidado, foram expressas tanto na dificuldade de mobilização para atividades educativas quanto no acompanhamento individual, principalmente nas zonas rurais.

O que acontece... a gente tem uma dificuldade muito grande de adesão. Então, as pessoas querem as coisas tudo prontas. Eles querem sentir a dor e ir lá resolver. Eles não querem parar pra ouvir, a prevenção, a forma do cuidado. Você tem então 600 hipertensos e quando você faz uma reunião aparece cinquenta, setenta, às vezes trinta, então é complicado (E_68_MG)

Relação de afetividade e confiança

O estabelecimento do vínculo pressupõe uma relação de confiança e afetividade, intensificadas ao longo do tempo, longitudinalmente. As entrevistadas externalizam em suas falas que a reciprocidade de uma relação de confiança e afetividade com os usuários facilita a abordagem e potencializa o cuidado, inclusive, na atenção a casos complexos, como o assédio, por exemplo.

Facilidade... é justamente essa questão de a gente conseguir formar vínculos. Essa questão de vínculo facilita muito, a forma como você vai... você tem o vínculo, você já sabe...você conhece as pessoas. Essa questão de trabalhar no PSF, você conhece muito, você sabe como cada pessoa. Às vezes, você conhece até o jeito da pessoa, isso aí né forma uma facilidade de você abordar, de você conseguir chegar na resolutividade da demanda que a pessoa trouxe para você (E_18_MG)

“já aconteceu de meninas me procurarem porque foram assediadas e elas queriam saber se aquilo era um assédio ou não... né. Então eu deixo bem claro nas consultas, que elas podem me procurar em todos os sentidos que surgir dúvidas né, com relação a tudo isso (E_215_SP).

Para os entrevistados, uma relação fortalecida com o usuário contribui para a valorização da enfermagem na Atenção Primária. A APS, em especial a Estratégia Saúde da Família, foi reconhecida como lócus de trabalho que garante autonomia e reconhecimento para a enfermagem pela proximidade com o usuário e com a realidade do território.

Então assim, o expediente não encerra às 17h, não é um plantão como acontece em hospitais, você deixa o seu plantão ali e você foi pra sua casa, amanhã você vai voltar, talvez aquele paciente esteja, talvez ele não esteja mais lá... na Atenção Primária não é assim, a gente tem vínculo com as pessoas. As pessoas têm seu contato, elas te procuram, elas pedem sua ajuda, elas querem uma orientação... Eu encaro até bem, depende do dia, do estado de espírito. Mas na maioria das vezes eu encaro bem, porque quando alguém me liga e me pede uma orientação é sinal de que confia no que eu falo, né? Então dá credibilidade ao meu trabalho (E_53_MG)

Eu acho que essa questão assim, da gente encontrar esse lugar mesmo de conquistar o usuário, conseguir vínculo, sabe? Motiva muito esse reconhecimento, esse cuidado que você vê a melhora do paciente a cada dia. Você vê que seu trabalho está dando certo (E_38_MG)

“eu não me vejo trabalhando dentro de um hospital mais, por conta desse contato, desse vínculo que é estabelecido com o paciente, então eu não me vejo em outro lugar por conta dessa autonomia (E_174_RJ).

Por outro lado, os riscos da proximidade da relação enfermeiro/usuário também foram expressos e os enfermeiros sinalizaram a necessidade de ponderar riscos e benefícios no desenho dos planos terapêuticos, uma vez que a proximidade pode influenciar na tomada de decisão.

Chama atenção o fato de 93% dos participantes atuarem e residirem na mesma cidade, diminuindo o desgaste de deslocamento. Afinal, foi identificado como núcleo de sentido também o desgaste físico, ocasionado pelo excesso de trabalho, incluindo nos momentos de lazer e descanso,

A gente chega até a entrar na casa, então, a gente tem o acompanhamento mais de perto, acho isso legal, então acho que isso... é um ponto favorável também, embora, a gente perca um pouco a visão enquanto a gente começa a ficar muito próximo do paciente, a gente perde um pouco a visão porque... parece que acostuma com ele também... Mas eu acho que é mais favorável do que não (E_241_SP).

Nós temos uma comunicação muito forte com a família, né? Inclusive a família praticamente tem meu WhatsApp. Todas as famílias das comunidades, fica até difícil... Só que muitos preferem conversar diretamente com o enfermeiro, nós temos um vínculo com a família seja quem for, na residência sempre vai ter um que tem mais intimidade com o enfermeiro (E_93_MG)

Identificação das necessidades de saúde e a garantia de acesso aos serviços de saúde

Nas categorias anteriores, os participantes do estudo perceberam vínculo e acolhimento como garantia de cuidado longitudinal e que a relação de afetividade estabelecida proporciona mais benefícios para esse cuidado. Evidenciou-se também, a partir dessas construções, que os entrevistados conseguem identificar as necessidades de saúde, apontando a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nesse processo, e conseguem estabelecer acesso aos serviços da unidade de saúde, e também da rede de atenção à saúde.

Os ACS mantêm a gente informado o tempo todo do que está acontecendo nas áreas, né. Então, essa equipe que a gente tem de ACS lá é bem eficiente nessa situação, nesse quesito aí. Sempre eles mantêm a gente bem-informado de acordo com a necessidade das famílias, né. Em relação a tudo, situação vacinal, a necessidade de visita domiciliar, então eles sempre mantêm a gente informado (E_16_MG)

A gente tem alguns locais que a gente encaminha, como o CECO, pra atividades que eles podem estar realizando, a gente tenta interagir com as ONGs que a gente tem aqui. A assistente social vai muito à frente dessas questões, ofertando inscrições que a gente tem no MSTI de cursos que a pessoa possa fazer que são gratuitos, então a gente tenta direcionar pra uma inserção na sociedade através das atividades e com o apoio do CECO e das ONGs (E_141_ES).

O menor número de famílias adscritas foi mencionado como facilitador no atendimento às demandas e na garantia do acesso. A complexidade dos casos atendidos na Atenção Primária à Saúde, determinados pela desigualdade social, expõe os usuários a situações de vulnerabilidade, o que dificulta a garantia de acesso à saúde e de direitos por questões econômicas, sociais e familiares.

“Então como a gente não tem uma população muito grande o acesso é muito facilitado né, então essa é uma, as pessoas conseguem conversar, acho que isso também facilita o vínculo, porque você tem um tempo, que você consegue dispensa, um tempo maior, que você consegue dispensa. Então assim há humanização no sentido de você não ter um excesso de demanda né? (E_221_SP(...))

Porque é uma população que vem aumentando muito, nós aqui nesta unidade, nós temos uma população de idosos ela é um número razoável, e idosos em situações sociais muito complicado. Eu acho que o grande problema que a gente enfrenta aqui hoje é aquele idoso que mora sozinho, e que não tem

suporte familiar nenhum, então é o que é mais difícil, você dá uma assistência de dar uma continuidade, porque envolve na questão da saúde, mas envolve questão familiar, econômica (E_73_MG)

a gente tem a busca ativa de base, porque como a gente tem muitos problemas sociais, tem muitas demandas também do conselho tutelar, de paciente que às vezes... vamos dizer: até da DST mesmo, que vai se tratando lá e some. Às vezes, é um paciente de HIV que não tá indo nas consultas, então a gente tem muita busca ativa, mas a nossa demanda espontânea é bem grande (E_91_MG)

As pessoas não procuram, se convidar não vai. É muito difícil. Eu pego um pedaço da zona rural, mas é aqui na cidade, é no bairro. Ele é um bairro. Um muito carente. Financeira, um bairro mais pobre né. Acho que eu tenho uns 490 [hipertensos], é muita coisa. Eu não consigo. Minha demanda maior é com a saúde mental, só que a puericultura também, eu acho que criança demanda muito. Eu tenho muita criança na minha unidade, então assim a criança e saúde mental... Tem aquelas mães que é certinha, que quer ir todo mês. Agora tem outras mães que não importam, então tem mãe que eu consigo acompanhar todo mês (E_83_MG)

DISCUSSÃO

Na Atenção Primária à Saúde o acolhimento e o vínculo são ferramentas muito presentes no cotidiano do processo de trabalho da enfermeira e da equipe multiprofissional como um todo. É possível reconhecer nesses instrumentos tanto fortalecimentos no processo de produção de saúde como desgastes. Por isso, é necessário permitir aos trabalhadores desenvolverem suas práticas de acolhimento e vínculo, garantindo sua própria humanização no serviço (7).

Nesse sentido, dentre as questões fortalecedoras o acolhimento e o vínculo foram reconhecidos como instrumentos capazes de favorecer o cuidado, utilizando-se de uma escuta qualificada, uma relação de reciprocidade e respeito. Possibilita manter a responsabilização clínica e sanitária no território e compartilhar metas de projetos terapêuticos estabelecidas conjuntamente (7). Como constatado, houve relato da potência desses instrumentos inclusive para casos considerados mais complexos e de difícil manejo para a equipe e usuários como casos de assédio e violências.

De modo geral, a organização do processo de trabalho na APS pressupõe que no acolhimento as enfermeiras fazem tanto a supervisão, quando este é realizada pelo técnico de enfermagem, quanto o atendimento dos usuários que procuram o serviço com necessidades de saúde (8). Assim a enfermeira é a principal profissional responsável pelo acolhimento, nas falas direcionam inclusive para uma sensação de maior valorização e reconhecimento do trabalho, algo visto como muito positivo. De acordo com os resultados foi possível verificar que parte importante das enfermeiras atuam há um tempo significativo na APS e na mesma unidade de saúde, o que pode melhorar o vínculo e o acolhimento por parte dos profissionais de enfermagem (7).

Como já discutido, há grande expectativa entre os profissionais de saúde que um bom acolhimento mediado por uma escuta qualificada e com um usuário que tem vínculo com o profissional que o atende, pode ter uma melhor adesão ao seu plano de cuidado. Todavia, há a possibilidade de que o usuário não cumpra com o plano proposto, isso gera um mal-estar no profissional que culpabiliza o usuário e tenta interpretar onde poderia ter agido diferente para um desfecho melhor. Esse é um apontamento importante pensando na dialética das relações humanas, sem negar o acolhimento e o vínculo como instrumentos importantes no processo de trabalho da APS (8).

Contudo, observa-se que a grande demanda de atendimento diário espontâneo e dificuldades no processo de trabalho, principalmente causadas pela pandemia, acaba por diminuir a possibilidade de uma escuta qualificada, o que resulta por um lado frustração

por parte das profissionais, e por outro lado o efeito negativo na população, incluindo a quebra do vínculo, sem um atendimento capaz de interpretar as suas reais necessidades de saúde. Isso pode acontecer tanto por subestimar o território como também por não realizar um diagnóstico sobre as vulnerabilidades sociais das famílias que ali vivem (9). Além da alta demanda, outros fatores podem influenciar negativamente no desenvolvimento do acolhimento e formação do vínculo, tais como falta de treinamento e infraestrutura incompatível com um ambiente acolhedor (7).

Embora muito importante, poucos estudos observaram a classificação de risco e o diagnóstico das vulnerabilidades, enquanto componentes do acolhimento. Contudo, há trabalho (10) que observou isso como uma das dificuldades de efetivar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e a RAS são justamente questões relacionadas à vulnerabilidade social da população adscrita.

O vínculo é abordado na literatura como um processo dialógico. Uma vez que é necessário a manutenção de uma relação de afetividade, confiança e reciprocidade que pode vir acompanhada de um excesso "intimidade" por parte do usuário, dificultando as tomadas de decisão e consequentemente o trabalho do enfermeiro (11). Por outro lado, o vínculo bem construído e com limites é muito benéfico para a redução da carga de trabalho da enfermeira¹². As falas das enfermeiras corroboram com esse movimento dialógico, uma vez que observam que o vínculo contribui para seu trabalho, porém expressam dificuldades de limites para com alguns usuários, principalmente, nas que residem próximo a UBS que atua.

Pouco discutido, mas um achado importante é o trabalho *full time* que algumas enfermeiras descreveram, incluindo atendimentos fora do local de trabalho, nos momentos de lazer ou folga da profissional. Isso possivelmente aparece como resultado por conta da heterogeneidade da amostra que possibilitou a participação de enfermeiras que estão nas regiões mais remotas e fora dos grandes centros urbanos. Pela proximidade da moradia com o seu território adscrito trouxeram que sempre acolhem os usuários mesmo nos dias de folga. Em contraponto, nos centros urbanos o contato com os usuários se dá por meio do uso de tecnologias por meio das redes sociais, também *full time*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou compreender a percepção dos enfermeiros em relação aos dispositivos de vínculo e acolhimento que tem a potência para responder às necessidades de saúde, respeitando o princípio da integralidade do cuidado. Sendo assim, a percepção mais evidente foi que esses dispositivos favorecem a dimensão relacional, por meio do desenvolvimento da afetividade e confiança. Os enfermeiros acreditam que uma abordagem pautada na empatia e no respeito ao outro potencializa o cuidado e favorece a construção de projetos terapêuticos com corresponsabilização mesmo diante de casos complexos. Além de melhorar a percepção que os usuários têm da profissão, tornando o enfermeiro um membro valorizado na APS.

É importante salientar que o trabalho *full time* em fluxo tensionado do enfermeiro não pode ser naturalizado como uma consequência direta da necessidade de manutenção das relações de afetividade e responsabilidade do cuidado com os usuários. Por isso, é necessário que a gestão da saúde pública crie políticas que auxiliem o trabalhador, revertendo uma orientação neoliberal e culpabilizadora. Embora esse estudo não tenha como objetivo adensar essa particularidade, é possível reconhecer esse resultado como um achado relevante.

Na dimensão organizacional o uso do vínculo e do acolhimento foram expressos como ferramentas na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde. Por possibilitarem um diagnóstico das necessidades de saúde do território adscrito e favorecer um processo contínuo de cuidado, incluindo a possibilidade de produção de projetos terapêuticos. A dimensão operacional os enfermeiros enfatizaram que esses dispositivos são fundamentais para interpretar as necessidades de saúde da população do território, bem como pensar a organização e trajeto terapêutico na rede de atenção à saúde.

Pelo caráter do próprio estudo qualitativo, não se busca generalizar as questões discutidas por esse grupo de enfermeiros. Contudo, é importante salientar que a amplitude da amostra que alcançou diversos cenários na região sudeste permitiu observar congruências importantes nas percepções dos enfermeiros relacionadas ao vínculo e acolhimento.

Por fim, é importante rever o uso do vínculo e do acolhimento na saúde, compreendendo-os a partir do encontro de dois ou mais sujeitos em seus modos de viver, de produzir saúde e cuidado, e não reduzi-los a instrumentos de ordenação do cardápio de cuidados ofertados.

REFERÊNCIAS

1. Acyilino EM, Almeida PF, Hoffmann LMA. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2021; 31(1): e310123.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH (Folheto) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*. 2017; 27(4): 1003-1022.
4. Cecilio, LCO, Lacaz FAC. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
5. Barros MMAF, Mendes MLC, Frota LMA, Almeida JRS. (2018). Acolhimento em Unidade de Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios. *SANARE*. 2018; 17(2): 114-119.
6. Souza DOM, Mendonça HPF. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. *Interface*. 2017; 21(62): 543-552.
7. Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity? *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2009; 13(31): 303-314.
8. Pinto JM, Pedrosa MEF, Silva KMM, Gener MES. Atribuições da Enfermagem e a Importância do Acolhimento do Enfermeiro na Atenção Básica: Uma Revisão Bibliográfica Integrativa. *JNT - Facit Business and Technology Journal*. 2021; 26(1): 200-211.
9. Romanini M, Guareschi PA, Roso A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde debate*. 2017; 41 (113): 486-499.
10. Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, Tomasi CD, Zanini MTB, Fertoni HP. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. *Revista CEFAC*. 2018; 20(1): 69-78.
11. Giordani JMA, Unfer B, Merhy EE, Hilgert JB. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassíntese. *Rev. APS*. 2021; 23(1): 7-25.
12. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(3): 861-870.
13. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(1): 147-158.