

Ambiência na Estratégia Saúde da Família

Ambience in the Family Healthcare Strategy

Ana Claudia Pinheiro Garcia^{1,*}

Maria Angélica Carvalho
Andrade¹

Priscilla Caran Contarato¹

Flávio Ignes Tristão¹

Erika Maria Sampaio Rocha¹

Adriana Esteves Rabello¹

Rita de Cássia Duarte Lima¹

RESUMO

A ambiência constitui-se em uma importante ferramenta facilitadora do processo de trabalho das equipes de saúde da família, tanto no seu aspecto estrutural quanto nos relacionados às interações entre trabalhadores e usuários. O artigo tem como objetivo analisar os aspectos relacionados à ambiência na percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado nos municípios capixabas com população superior a 50 mil habitantes. Os resultados demonstraram que mais da metade dos profissionais consideraram que o espaço físico não permitia o atendimento de forma confortável. Observou-se divergência nas respostas em relação ao acesso à tecnologia para desenvolvimento das ações básicas entendidas equivocadamente somente como um produto ou equipamento — tecnologia dura, em detrimento das tecnologias leves. Foram apontadas limitações e dificuldades pelos trabalhadores em manter a privacidade dos usuários; informaram ainda ausência de manutenção satisfatória do espaço físico e apresentaram opiniões contraditórias em relação à construção das Unidades Básicas de Saúde. Conclui-se que os profissionais demonstraram olhares diferenciados sobre o seu local de trabalho e persistem limitações em relação à ambiência para a produção do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Humanização da Assistência; Ambiência

ABSTRACT

Ambience is considered an important factor that affects the work process of family healthcare teams, their structural aspect, as well as the aspects related to the interaction among workers and clients. The article aims to analyze the aspects related to ambience in the perception of the professionals involved in the Family Healthcare Strategy. This descriptive exploratory study with a quantitative approach was performed in Espírito Santo's state municipalities having a population of more than 50,000 inhabitants. The results showed that more than half of the professionals considered that the physical space did not allow for comfortable care of the client. A divergence was observed in the answers related to access to technology for the development of basic actions. Technology was misunderstood as being a product or piece of equipment only (hard technology), as opposed to soft technology, i.e., different types of knowledge. The workers pointed out the limitations and difficulties in maintaining the privacy of the clients. They also highlighted the absence of satisfactory maintenance of the physical space and presented contradictory opinions in relation to the facilities of the basic healthcare units. It was concluded that the professionals have different viewpoints regarding their place of work and that there are limitations in the ambience for the production of teamwork in the Family Healthcare Strategy.

KEYWORDS: Family Healthcare Strategy; Humanization of Assistance; Ambience

¹ Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

* E-mail: anacpgarcia@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge, no Brasil, como uma solução abrangente para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país e para o funcionamento adequado da rede de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe-se a atender os usuários nos territórios, com maior resolubilidade e respeito às subjetividades, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos, entre eles, a ambiência.

A ambiência na saúde, preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH)¹ do Ministério da Saúde, “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”. É considerada como um fator estruturante para a promoção de conforto e bem-estar, de acolhimento dos usuários e seus familiares e do processo terapêutico. Nesse entendimento, “a estrutura física, os recursos humanos e as relações sociais do espaço de trabalho, aspectos que caracterizam o conforto, a subjetividade e o processo de trabalho, são elementos que interferem no tratamento do usuário”².

Importante ressaltar que, ao adotar o conceito de ambiência para a arquitetura nos espaços da saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS, para além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais¹.

Ao adaptar o conceito ambiência para a área de saúde, destaca-se a grande importância para a configuração do serviço no seu aspecto concreto estrutural, como também na interação e vínculos com os usuários do serviço e seus familiares, e como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, no qual deve assegurar o direito à privacidade e o respeito à individualidade, possibilitando a produção de subjetividades, traduzindo-se num espaço que instiga a reflexão das práticas e dos modos de operar nele, contribuindo para transformação de paradigmas existentes.

Nesse sentido, o cuidado em serviços de saúde, de acordo com Ronchi e Avellar², pode ser manifesto na ambiência dos serviços de saúde, uma vez que influencia o trabalho e produz formas de cuidar, configurando-se como uma importante estratégia de promoção da saúde. Consequentemente, para estas autoras, saúde e ambiência não podem ser dissociadas, pois se correlacionam e são interdependentes.

Nesse contexto, justifica-se este estudo pela necessidade de analisar o quanto a ambiência influencia nos processos de trabalho das equipes de saúde da família. Portanto, este artigo tem como objetivo analisar os aspectos relacionados à ambiência na percepção dos profissionais da ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades com Estratégia da Saúde da Família, nos Municípios do Espírito Santo que apresentavam mais de 50.000 habitantes. Dos 78 municípios do estado, 11 possuem essa população, o que representa 65,6% dos habitantes de todo o Espírito Santo.

A população deste estudo foi constituída por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam na Estratégia Saúde da Família, tendo como critério de inclusão pertencer à mesma equipe de saúde da família há mais de seis meses, sendo o estudo desenvolvido em 10 municípios, por um estar fora do critério de inclusão. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2012 a agosto de 2013, por meio de um questionário semiestruturado distribuído a 270 participantes, contendo as seguintes informações: perfil do profissional, inserção e capacitação na ESF, organização do processo de trabalho na ESF e coordenação e integração na rede de serviços de saúde. Para o estudo aqui apresentado foram utilizados como eixo de análise os elementos relacionados à ambiência, tais como a confortabilidade; a tecnologia para desenvolvimento das ações básicas de saúde; a privacidade; a utilização de espaços para realização de reuniões de grupo ou mesmo para configuração das equipes de saúde da família, bem como sua manutenção.

Para a tabulação dos dados coletados e análises estatísticas, utilizou-se o programa SPSS Statistics, versão 18.0, para cálculos de frequência absoluta e relativa, assim como para a elaboração das tabelas.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número do Parecer: 255/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ambiência condicionada pelo espaço físico das Unidades Básicas de Saúde

Uma questão importante referente à consolidação da ESF está ligada às condições gerais do espaço físico das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Um ambiente terapêutico deve propiciar conforto, bem-estar e a interação entre usuários, família e equipe, proporcionando o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos, resgatando valores de solidariedade, respeito e corresponsabilidade com o outro. Nesse sentido, a qualidade do cuidado está condicionada à confortabilidade do ambiente, à medida que favorece as ações cuidadoras.

Para que o espaço seja confortável, há componentes modificadores e qualificadores, tais como: recepção sem grade, com cadeiras ou bancos e salas planejadas para acomodar os usuários; uso de placas de identificação dos serviços disponibilizados; sinalização dos fluxos; espaço adaptado a pessoas com deficiências;



acesso a bebedouros e instalações sanitárias devidamente higienizadas; tratamento das áreas externas e ambientes de apoio (copa, cozinha e banheiros). Além disso, ambientes claros, com ventilação adequada, com materiais apropriados para a cobertura e o acabamento^{1,5}.

Nos municípios estudados, observa-se que pouco mais da metade dos ACS (56,2%) e dos enfermeiros/médicos (51,9%) informou que o espaço físico não permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais. Essa opinião foi manifestada, ainda, por 47,5% de auxiliares/técnicos (Tabela).

Entretanto, chama atenção o percentual de ACS, auxiliares/técnicos e enfermeiros/médicos (38,8%, 47,5% e 48,1%, respectivamente) que percebiam o espaço como confortável. Nesse contexto, os resultados encontrados permitem questionar a concepção sobre um atendimento confortável. Para esses trabalhadores, o entendimento pode ir ao encontro de diferentes noções de confortabilidade, até ao conceito mais ampliado de ambiência, que a considera uma ferramenta capaz de potencializar o processo terapêutico, uma vez que a construção de um ambiente confortável, e que investe na produção de subjetividades, acaba por proporcionar espaços de liberdade, autonomia e cidadania.

Foi apontado, ainda, pelos profissionais (62,8% dos ACS, 62,5% de auxiliares/técnicos e 55,7% enfermeiros/médicos) que as UBS não contêm a tecnologia necessária para o desenvolvimento das ações básicas de saúde. Contudo, um contingente considerável de profissionais do ensino superior (43,0%), tem uma percepção inversa.

De acordo com Coelho e Jorge⁶, a tecnologia é um elemento constituinte do atendimento em saúde e envolve tanto

desdobramentos materiais e não materiais, não devendo, portanto, ser reduzida à instrumentalidade material do trabalho. Os autores defendem que diversas tecnologias devem ser utilizadas de maneira adequada e em conformidade com as demandas de saúde dos sujeitos atendidos. Nesse mesmo contexto, Merhy e Feuerwerker⁷ propõem uma tipologia das tecnologias para além de equipamentos que denomina como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves seriam as relações, o acolhimento e a criação de vínculos entre os sujeitos; as leve-duras os saberes estruturados e conhecimentos científicos e as duras privilegiam o mobiliário permanente e de consumo e os equipamentos-maquinários.

A pesquisa apontou uma divergência de respostas em relação ao acesso à tecnologia para o desenvolvimento das ações básicas de saúde. Esse fato indica a necessidade de problematizar o conceito de tecnologia entre os profissionais entrevistados. Esse conceito tem sido utilizado de forma equivocada, pois a tecnologia tem sido entendida, somente, como um produto ou equipamento (tecnologia dura). Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras em detrimento de tecnologias leve-duras e leves para o cuidado ao usuário. Deduz-se que há uma dificuldade entre os profissionais de compreender que os processos, protocolos e ações desenvolvidas na produção de saúde podem constituir-se também como tecnologias, uma vez que se referenciam a saberes e conhecimentos constituídos.

O acesso, o acolhimento e o vínculo, na PNH¹, são entendidos como recursos tecnológicos, representando a relação estabelecida entre trabalhadores e usuários, procurando transformar as ações de saúde em ações mais acolhedoras, ágeis e resolutivas.

Tabela. Percepção dos profissionais de equipes de saúde da família sobre o espaço físico das UBS em municípios com mais de 50 mil habitantes - ES, 2012/2013.

Descrição	ACS				Auxiliares/Técnicos				Enfermeiros/Médicos			
	Sim	Não	Sem opinião	Não respondeu	Sim	Não	Sem opinião	Não respondeu	Sim	Não	Sem opinião	Não respondeu
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	38,8	56,2	2,5	2,5	47,5	47,5	5,0	-	48,1	51,9	-	-
Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	28,1	62,8	3,3	5,8	32,5	62,5	5,0	-	43,0	55,7	-	1,3
Permite realizar reuniões com privacidade	39,7	57,0	0,8	2,5	50,0	50,0	-	-	58,2	40,5	1,3	-
Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	52,0	43,8	0,8	3,4	67,5	30,0	-	2,5	63,3	35,4	1,3	-
Tem manutenção satisfatória	30,6	59,5	7,4	2,5	27,5	65,0	5,0	2,5	32,9	65,8	1,3	-
Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	48,2	46,8	2,5	2,5	57,5	42,5	-	-	41,8	53,2	5	-
Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	30,6	65,3	1,6	2,5	37,5	47,5	2,5	12,5	30,4	62,0	7,6	-
Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	32,2	62,0	2,5	3,3	40,0	52,5	5,0	2,5	31,7	60,7	7,6	-
Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	54,5	39,7	2,5	3,3	50,0	47,5	-	2,5	49,4	45,6	2,5	2,5

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Trabalhadores na Estratégia Saúde da Família no Estado do Espírito Santo, 2014" - UFES/FAPES/CNPq.



A concentração das chamadas tecnologias duras nos serviços terciários tende a induzir o pensamento no qual somente acontece a produção de saúde com resolubilidade se existir equipamentos e instrumentos materiais. A PNH¹ reconhece a importância e necessidade das tecnologias duras na saúde, mas incorpora também a necessidade de se valorizar as tecnologias leves a partir de relações de afeto, de respeito e solidariedade entre os sujeitos. Importante destacar que as tecnologias não são excluídas, elas se interconectam. As leves, de acordo com Merhy e Feuerwerker⁷, produzem-se, via de regra, no encontro compartilhado usuário-trabalhador, ou seja, nos momentos simultâneos da produção do trabalho em saúde.

Nesse sentido as relações construídas entre trabalhadores e usuários devem assegurar o respeito à privacidade, um dos direitos dos usuários, que podem ser garantidos em um projeto de ambiência nos serviços de saúde. Este é um princípio complexo, derivado da autonomia, que se correlaciona com a intimidade, a honra e a imagem das pessoas. A privacidade consiste, segundo Abdalla e Nichiatta⁸ (p. 145):

no conjunto de informações sobre uma pessoa, que pode decidir mantê-las sob seu exclusivo controle, ou comunicar, decidindo em que medida e a quem, quando, onde e em que condições o outro poderá acessar as informações, sendo, portanto, um direito dos usuários do serviço.

Além disso, preservar a privacidade, respeitar, demonstrar preocupação e dedicação, valorizando a individualidade do cliente, além de visualizar-se no seu lugar, pensar sobre o que precisa ser feito e como ele prefere que o seja, respeitando suas crenças e tabus, é, segundo, Pupulim e Sawada⁹ (p. 585), “uma forma de garantir a promoção da saúde e a qualidade da assistência, visto que muitos cuidados transpassam a intimidade”. No cuidado à saúde, a violação da privacidade pode ocorrer de formas variadas e em diferentes níveis, como da informação, do espaço pessoal e territorial, do corpo, no campo psicológico e moral¹⁰.

Os dados indicadores de reuniões com privacidade (Tabela) mostram que 57,0% dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS), 50,0% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 40,5% dos enfermeiros/médicos percebiam a impossibilidade de reuniões com respeito à privacidade no espaço físico das UBS. Tais resultados apontam para limitações e dificuldades enfrentadas pelos diferentes trabalhadores da saúde no exercício da profissão, onde manter a privacidade dos usuários é uma tarefa difícil, seja pela estrutura física e tipo de atendimento, seja por dificuldades da equipe em reconhecer seu valor e esforçar-se em protegê-la. Nesse sentido, pesquisas sugerem que os serviços de saúde podem não estar devidamente organizados para preservar o direito dos usuários à privacidade e à confidencialidade das informações privadas e íntimas, contribuindo, sobretudo, para a diminuição da qualidade do tratamento¹¹.

A impossibilidade de se realizar reuniões com privacidade, nesta pesquisa, é especialmente destacada pelos ACS. Ressalta-se a importância da reflexão sobre os conflitos éticos que os profissionais de saúde da ESF encontram no seu cotidiano sobre a

manutenção das informações e da privacidade dos usuários. Nesse contexto, destaca-se a singularidade do ACS, integrante das equipes vinculadas à ESF, uma vez que, de acordo com Fortes e Spinetti¹² (p. 1328):

deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde.

Para estes autores, devido a maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro, e ainda, por adentrar frequentemente o domicílio do usuário, a garantia de privacidade no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar assume um caráter indispensável nas relações entre o ACS e os usuários. Essa dupla função de representante da comunidade e da instituição de saúde pode ainda suscitar fortes preocupações e dúvidas quanto às relações do ACS com o direito dos usuários à privacidade das informações, em especial num contexto de reuniões coletivas. O ACS, pela ligação que tem com a comunidade e o serviço, acaba assumindo o papel de guardião, em respeito à privacidade das informações que detém do usuário.

Ainda com relação à percepção da impossibilidade de se assegurar reuniões com privacidade no espaço físico das UBS e ao observar as opiniões de enfermeiros e médicos separadamente, constatou-se que 46,3% dos enfermeiros e 36,8% dos médicos afirmaram que o espaço físico não permitia realizar reuniões com privacidade. Estes dados parecem reportar à complexidade envolvida nos riscos do uso indevido e de violação da privacidade dos indivíduos e aos limites e normas para a ação profissional, direcionada à preservação da privacidade e atitudes de respeito e solidariedade com relação ao usuário. Sendo o enfermeiro o profissional em constante contato com o usuário durante a prática do cuidado, é imprescindível circunstanciar a conduta da enfermagem no sentido de resguardar esses direitos¹³.

Em contrapartida à percepção da impossibilidade de reuniões com privacidade, 39,7% dos ACS, os outros 50% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 58,2% dos enfermeiros/médicos afirmaram que o espaço físico das UBS permitia realizar reuniões com privacidade. Estes dados, aparentemente contraditórios, suscitam uma reflexão sobre o que significa privacidade para esses trabalhadores, tendo em vista tratar-se de uma concepção carregada de subjetividade e valoração.

Importante destacar que a garantia de privacidade influencia a relação interpessoal, imprimindo credibilidade à equipe, e propicia um ambiente de cuidado satisfatório, já que a prática assistencial é complexa e permeada pela subjetividade⁹. Além disso, a complexidade envolvida na preservação de reuniões com privacidade remete a questões de ética e moral, bem como aspectos relacionados à formação profissional e à humanização das relações interpessoais nos serviços. De acordo com Dias et al.¹⁴ (p. 450):

o dever ético e legal dos profissionais de saúde tem origem justamente na garantia da privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes, mantendo, desse modo, o sigilo das informações.



Vale destacar que as salas de reuniões são espaços de atividades educativas em grupo, de forma que os usuários não precisem transitar nas demais dependências das UBS, podendo, em unidades menores, suas funções serem desenvolvidas após o expediente, em salas de espera devidamente equipadas para tal⁵. Nesse caso, podem, ainda, funcionar como salas dos ACS, devendo contar com mesa de trabalho, computadores e arquivos. Assim, ao se pensar nesses espaços, deve-se levar em conta em que medida eles oferecem conforto e garantem privacidade e individualidade aos que deles usufruem.

No que tange à percepção dos profissionais em relação ao espaço, permitir a realização de reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação em saúde, nas três categorias prevaleceu a resposta afirmativa: ACS, 52,0%; auxiliares/técnicos, 67,5% e enfermeiros/médicos, 63,3%. Cabe destacar o fato de 43,8% dos ACS terem respondido negativamente. Ao analisar os dados dos profissionais de nível superior separadamente, observou-se uma avaliação mais crítica dos enfermeiros quanto a essa questão, na medida em que 68,3% também responderam negativamente, enquanto, entre médicos esse percentual foi de 57,9%.

A falta de manutenção satisfatória do espaço físico também foi indicada pela maior parte dos profissionais das três categorias: 59,5% dos ACS, 65,0% de auxiliares/técnicos e 65,8% de enfermeiros/médicos. Chama a atenção o percentual de profissionais que não respondeu ou afirmou não ter opinião sobre essa questão, o que pode indicar uma falta de compreensão desses entrevistados sobre o próprio termo “manutenção satisfatória”.

Percepção diferente pode ser notada em relação à construção da UBS, uma vez que 48,2% de ACS e 57,5% de auxiliares/técnicos afirmaram que a UBS foi especialmente construída para abrigar uma equipe de saúde da família da SMS. Entretanto, foi afirmado o contrário por 53,2% dos profissionais de ensino superior e por um contingente significativo de ACS e auxiliares/técnicos: 46,8% e 42,5%, respectivamente. Sobre essa questão, vale ressaltar ainda que, analisando separadamente, 50,0% dos médicos afirmaram que a UBS não foi construída para abrigar uma equipe de saúde da família e que tal afirmação foi mais recorrente entre os enfermeiros (56,1%).

Embora se trate também de uma questão que envolve muita subjetividade, cabe refletirmos se esses profissionais detêm, de fato, essa informação ou conhecimento sobre os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde⁵, no que tange à estrutura física de UBS, de modo a ser mais um facilitador na mudança das práticas em saúde das equipes.

É fato que muitas UBS, antes de abrigarem equipes de saúde da família, tenham sido Centros de Saúde ou Unidades Mistas, o que requer uma reestruturação dessas instalações, a fim de que se possa trabalhar dentro de uma nova lógica, com uma capacidade maior de atendimento das demandas de saúde da população local⁵. Nesse sentido, foi questionado aos entrevistados se o espaço físico foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe de saúde da família, obtendo-se não como

resposta de 65,3% de ACS, 47,5% de auxiliares/técnicos e 62,0% de enfermeiros/médicos. Vale destacar que essa foi a questão com a maior incidência de trabalhadores que afirmaram não ter opinião ou que não marcaram nenhuma alternativa.

Foi também apontado por mais da metade dos profissionais das três categorias (62,0% de ACS, 52,5% de auxiliares/técnicos e 60,7% de enfermeiros/médicos) que o espaço físico da UBS não abriga mais de uma equipe de saúde satisfatoriamente. Da mesma forma, a maior parte de ACS (54,5%), afirmou que os espaços, inclusive, consultórios são compartilhados por mais de uma equipe. Essa mesma percepção foi demonstrada por 50,0% de auxiliares/técnicos e 49,4% de enfermeiros/médicos. Porém, é representativo o percentual dos profissionais que afirmou o contrário: 39,7% de ACS, 47,5% de auxiliares/técnicos e 45,6% de enfermeiros/médicos. Nesses dois itens, na análise separada dos profissionais de nível superior, chamou a atenção, ainda, o percentual de enfermeiros que não considera que o espaço físico abriga satisfatoriamente mais de uma equipe (70,7%), opinião expressa por 50,0% dos médicos. E mais, enquanto para 56,1% dos enfermeiros há compartilhamentos dos espaços, inclusive de consultórios, o mesmo é considerado por um percentual menor de médicos (42,1%). O instrumento mostra ainda, uma porcentagem considerável de trabalhadores que disse não ter opinião formada sobre o assunto ou não respondeu a questão.

Sobre essas questões, deve-se considerar que o espaço de uma unidade de saúde precisa proporcionar condições dignas aos trabalhadores e usuários para concretizarem processos de grande complexidade. Segundo Beattie¹⁵, a estratégia mais potente de promoção de saúde é o desenvolvimento da comunidade. E esse empoderamento social é exatamente o que se espera do encontro entre usuários e trabalhadores. É importante ressaltar que, ao trabalhar com uma população delimitada e preconizar a interdisciplinaridade, a ESF prevê uma nova forma de utilização dos espaços físicos, de modo a permitir a utilização do mesmo espaço por diversos profissionais. O Ministério da Saúde⁵ recomenda que se evite a atuação conjunta de equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, numa mesma unidade, pois o nível diferenciado de complexidade dificultaria esse compartilhamento de espaço. O Ministério adverte, ainda, que, no caso dos consultórios, em se tratando de equipes multidisciplinares desenvolvendo atividades de modo interdisciplinar, os ambientes serão compartilhados pelos diferentes profissionais segundo uma programação prévia, porém, devem ser utilizados por apenas uma equipe⁵.

A cota de responsabilidades assumidas pelo nível municipal é crescente. É no nível local que se dá o embate entre as dificuldades de financiamento e a necessidade de ampliar a cobertura da estratégia. Nesse contexto, o compartilhamento de espaços nas unidades de saúde surge como uma alternativa. Porém, é importante ressaltar que o espaço físico de uma UBS, para ser acolhedor, ao acomodar mais de uma equipe de saúde da família, requer ambientes em quantidade e condições adequadas para comportar os trabalhadores e usuários dessa unidade. Apesar do discurso frequente de incentivo desta prática, ela se apresenta como um dos fatos que incomoda significativamente



os trabalhadores, sendo gerador de frequentes tensões, tendo reflexo direto no comprometimento da qualidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trazer à tona o tema da ambiência, foi possível nesse estudo apreender as diferentes lógicas que orientam a organização do trabalho em saúde, a partir das diferenças de olhares e percepções dos trabalhadores sobre essa temática. Observou-se, principalmente, a subjetividade dos atores no que se refere ao respeito e à privacidade no encontro trabalhador-usuário nos espaços micropolíticos onde se produz o trabalho em saúde.

Os resultados apontaram que a produção do trabalho está permeada por olhares carregados de contradições e subjetividade e, assim o sendo, podem ser também atravessados por interesses, modos e implicação diversos dos atores envolvidos nesse processo. A compreensão dos trabalhadores é diferenciada sobre o local de trabalho, o (des)conforto que proporciona e as possibilidades

de interagir com os usuários, família e mesmo a própria equipe, proporcionando o acolhimento e o estabelecimento de vínculos entre os envolvidos e, nesse sentido, resgatando valores de solidariedade, afeto, respeito e corresponsabilidade com o outro.

Os resultados encontrados confirmaram consensos e dissensos, assim como a relevância da temática para o SUS. Pode-se observar que o tema da ambiência é essencial para produção do trabalho em equipe na ESF, uma vez que o mesmo incorpora diretrizes fundamentadas no respeito às diferenças, na construção de vínculos e, dessa forma, joga luzes sobre a necessidade de se recontextualizar no dia a dia os modos como o respeito, a privacidade, a autonomia e a liberdade dos diferentes atores vem sendo instituídos na ESF.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
2. Ronchi JP, Avellar LZ. *Ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi*. *Saúde Soc*. 2013;22(3):1045-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400008>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo demográfico 2010: Espírito Santo*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acesso em: 10 mar 2012] Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=32&search=espírito-santo>
4. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. *Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos - Vitória: relatório final*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e manuais técnicos).
6. Coelho MO, Jorge MSB. *Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl. 1):1523-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>
7. Merhy EE, Feuerwerker LCM. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: Editora da UFBA; 2009. p. 29-56.
8. Abdalla FTM, Nichiata LYI. *A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil*. *Rev Saúde Soc*. 2008;17(2):140-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200014>
9. Pupulim JSL, Sawada NO. *Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em Unidade de Terapia Intensiva*. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):580-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500015>
10. Pupulim JSL, Sawada NO. *Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados*. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):36-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100004>
11. Seoane AF, Fortes PAC. *A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações*. *Saúde Soc*. 2009;18(1): 42-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100005>
12. Fortes PAC, Spinetti SR. *O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários*. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1328- 33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500027>
13. Pupulim JSL, Sawada NO. *O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral*. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(3):433-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>
14. Dias OV, Gomes LMX, Barbosa TLA, Souza LPS, Rocha ALF, Costa SM. *Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos*. *Rev Bioét*. 2013;21(3):448-54.
15. Beattie A. *Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory*. In: Gabe J, Calnam M, Bury M, editors. *The sociology of health service*. Oxon: Routledge; 2002 [acesso em 11 jun 2014]. p. 162-93. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=I7aJAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA162&dq=Alan+Beattie++Health+promotion&ots=VzRpeJnYrT&sig=-J3>



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.