

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Medicina**

**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da  
Violência**

**SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE**

**A INTERFERÊNCIA DO VÍNCULO ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES  
DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE COM OS USUÁRIOS E  
SERVIÇOS  
DO SUS E SUA INFLUÊNCIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E NA PREVENÇÃO  
DA VIOLÊNCIA**

Belo Horizonte

2020

**SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE**

**A INTERFERÊNCIA DO VÍNCULO ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES  
DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE COM OS USUÁRIOS E  
SERVIÇOS  
DO SUS E SUA INFLUÊNCIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E NA PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Andréa Silveira

Belo Horizonte  
2020

AN553i Andrade, Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de.  
A interferência do vínculo entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte com os usuários e serviços do SUS e seu impacto na promoção de saúde e na prevenção da violência [manuscrito]. / Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade. - - Belo Horizonte: 2020.

77f.

Orientador (a): Andréa Maria Silveira.

Área de concentração: Promoção de saúde e prevenção da violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Violência. 3. Pessoal de Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Silveira, Andréa Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: W 84.6

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

UFMG

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE

Realizou-se, no dia 14 de setembro de 2020, às 14:00 horas, Video conferencia, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *A INTERFERÊNCIA DO VÍNCULO ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE COM OS USUÁRIOS E SERVIÇOS DO SUS E SEU IMPACTO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA*, apresentada por SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE, número de registro 2018712823, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Andrea Maria Silveira - Orientador (UFMG), Prof(a). Ricardo Tavares (UFOP), Prof(a). Jandira Maciel da Silva (UFMG).


A Comissão considerou a dissertação:

) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

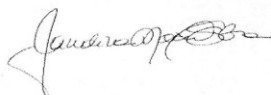
Belo Horizonte, 14 de setembro de 2020.

  
Assinado digitalmente por:  
ANDREA MARIA SILVEIRA  
CPF:/CNPJ Assinado em:  
56527686604 17/11/2020  
Sua autenticidade pode ser confirmada no endereço :  
<<http://www.serpro.gov.br/assinador-digital>>

Prof(a). Andrea Maria Silveira ( Doutora )



Prof(a). Ricardo Tavares ( Doutor )



Prof(a). Jandira Maciel da Silva ( Doutora )

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

**Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases**

Reitora: Prof<sup>ª</sup>. **Sandra Regina Goulart Almeida**

Vice-Reitor: **Prof. Alessandro Fernandes Moreira**

Pró-Reitor de Pós-Graduação: **Prof. Fabio Alves da Silva Junior**

Pró-Reitor de Pesquisa: **Prof. Mário Fernando Montenegro Campos**

Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Humberto José Alves**

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Prof<sup>ª</sup>. **Alamanda Kfoury Pereira** Coordenador do Centro de Pós-Graduação: **Prof. Tarcizo Afonso Nunes**

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof<sup>ª</sup>. **Eli Iola Gurgel Andrade**

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof<sup>ª</sup> Palmira de Fátima Bonolo

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:** Prof<sup>ª</sup>. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:** Prof<sup>ª</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof<sup>ª</sup> **Andrea Maria Silveira (Titular)**

Prof<sup>ª</sup> **Alzira de Oliveira Jorge (Suplente)**

Prof<sup>ª</sup> **Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Titular)**

Prof<sup>ª</sup> **Maria Monica Freitas Ribeiro (Suplente)**

Prof<sup>ª</sup> **Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (Titular)**

Prof. **Marcelo Grossi Araujo (Suplente)**

Prof. **Tarcísio Marcio Magalhães Pinheiro (Titular)**

Prof<sup>ª</sup> **Myrian Fatima de Siqueira Celani (Suplente)**

Prof<sup>ª</sup> **Palmira de Fátima Bonolo (Titular)**

Prof. **Ulysses de Barros Panisset (Suplente)**

**Ao meu esposo Mauricio. Aos meus  
filhos Aline, Lívia, Débora e Maurício  
Augusto. Aos meus netinhos Arthur,  
Maria e Sofia.**

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

Arthur Schopenh

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Andrea Silveira, minha orientadora, pela dedicação no aprendizado científico, pela paciência, convivência e disponibilidade durante todo o trabalho.

Ao Prof. Ricardo, pela competência e prontidão.

À Prof.<sup>a</sup> Elza Machado de Melo, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pela generosidade e carinho com que trata todos os alunos, pelo exemplo de competência, seriedade e simplicidade com que conduz a sua docência.

A todos os professores do Programa de pós-graduação pela competência e pela dedicação, que foram fundamentais para aprimorar o meu conhecimento.

À Lauriza e Amanda, colaboradoras do Núcleo de Saúde e Paz, pela disponibilidade e competência com que conduzem o setor.

Aos colegas do mestrado pelo companheirismo, cumplicidade e incentivo.

À minha família e amigos pela força, incentivo e pela compreensão diante das minhas dificuldades.

Aos meus pais (*in memoriam*), pelo amor e dedicação que sempre tiveram, pelas oportunidades que me proporcionaram e pelo exemplo de bondade e honestidade que norteiam a minha vida.

A Deus e a todos os seres que em algum momento cruzaram o meu caminho e contribuíram para minha evolução como ser humano.



## RESUMO

É um grande desafio para a Atenção Primária da Saúde (APS) qualificar suas práticas, de tal modo a propiciar formação de vínculo entre os atores, considerando sua relevância e a emergência da problemática da assistência à saúde para garantir a integralidade do cuidado. O vínculo entre profissionais das equipes de saúde da família (eSF), usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços da APS é essencial para a continuidade das ações do Programa Saúde da Família (PSF) cujo impacto está diretamente ligado a Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Vínculo constitui princípio básico das Políticas de Saúde no Brasil, sua efetivação poderá interferir na saúde, na medida em que qualifica a assistência e reduz o tensionamento entre os sujeitos envolvidos. O objetivo desse estudo foi o de avaliar a correlação de fatores que favorecem ou não a formação de vínculo entre os profissionais das eSF, atuantes na APS da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), com sua população adscrita e unidade básica de saúde (UBS). Trata-se de um estudo de desenho quantitativo. Foi realizada uma pesquisa, cujo público alvo englobou todos os profissionais inseridos na APS, presentes na unidade no momento da realização do inquérito e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma amostra probabilística de 1402 trabalhadores vinculados às 45 UBS sorteadas, existentes nas nove Regionais da PBH, no ano de 2017, responderam a um questionário semiestruturado e como subsídio para esse estudo, dos dezesseis blocos temáticos do instrumento de pesquisa, utilizamos os seguintes: Características Pessoais, Trabalho, Trabalho na sua unidade, Relacionamento com o usuário, Vivência de situações de violência. O banco de dados construído, a partir das respostas dos trabalhadores, foi analisado com o pacote estatístico SPSS. A análise da amostra estudada revelou como interferência na formação de vínculo: fatores sócios demográficos, perfil do trabalhador, características dos serviços da APS, a satisfação no trabalho e a influência de situações de violência vivenciadas. O estudo evidenciou que a chance de ter vínculo alto, aumentou em mais de 50% dependendo do sexo, da idade, do nível de graduação dos profissionais. E ainda, demonstrou que uma baixa formação de vínculo se relaciona com aqueles profissionais que praticaram algum tipo de agressão ao usuário, ou mesmo foram vítimas de violência. Os resultados apontaram também que a chance de ter vínculo alto aumenta em mais de 80% se o profissional estiver satisfeito com o trabalho. Portanto, carece de reflexão e discussão sobre a importância de se identificar lacunas e fragilidades na APS, que de alguma forma, possam vir a influenciar a formação de vínculos entre os envolvidos. O conhecimento dos fatores e elementos presentes no cotidiano da assistência poderá trazer o fomento de estratégias que reorganize os processos de gestão e

valorização dos trabalhadores inseridos na APS. O estabelecimento de vínculo requer apoio intensivo às mudanças na organização dos serviços e gestão, com ênfase numa formação profissional que valorize o protagonismo e a autonomia, oportunizados principalmente, por relações humanizadas. Características, estas imprescindíveis para a continuidade das ações do PSF. Este trabalho tem a pretensão de estimular novos inquéritos para subsidiar políticas públicas voltadas para valorização das relações interpessoais de forma a fortalecer o vínculo na APS propiciando a integralidade do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, violência, pessoal de saúde, vínculo.

## ABSTRACT

It's a big Challenge for the Primary health care (APS) to qualify yours practices, with an objective of create a link between the authors, considering your relevance and the emergency of the problematic health care to achieve and make sure the integrity of care. The link between professionals from the family health teams (eSF), users of the Unified Health System (SUS) and PHC services is essential to keep the actions of the Family Health Program (PSF) whose impact is directly linked to the Promotion of Health and Violence Prevention. Establish a Link is a basic principle of Health Policies in Brazil, and your effectiveness may interfere in health, as it qualifies assistance and reduces tension between the subjects involved. The objective of this study is to evaluate the correlation of factors that help or not the formation of links between the professionals of the eSF, that acts in the APS of the Municipal Health Secretariat (SMSA) of the Municipality of Belo Horizonte (PBH), with your registered population and basic health unit (UBS). It is a study of quantitative design. A research was made, including all professionals inserted in the PHC present in the unit at the time of the survey and that signed the Informed Consent Form (ICF). A probabilistic sample of 1402 workers linked to the 45 UBS drawn, existing in the nine Regionals of the PBH, in 2017, answered a semi-structured questionnaire. The database built, based on the workers' responses, was analysed using the SPSS statistical package. The analysis of the studied sample revealed as interference in the formation of links: demographic social factors, worker profile, and characteristics of PHC services, job satisfaction and the influence of situations of violence experienced. The study showed that the chance of having a high link increased more than 50% depending on the gender, age, and level of graduation of the professionals. And yet, it demonstrated that a low link formation is related to those professionals who practiced some type of aggression to the user, or even were victims of violence. The results also pointed out that the chance of having a high link increases more than 80% if the professional is satisfied with the job. For that reason, its necessary to reflect and discuss the importance of identifying gaps and weaknesses in PHC, which in some way may influence the formation of links between those involved. The knowledge of the factors and elements present in the daily routine of assistance can bring strategies that reorganize the management and valorisation processes of the workers inserted in the PHC. Establishing a link requires a lot of changes in the organization of services and management, enphataizing professional training that values protagonist and autonomy, this is mainly provided by humanized relationships, with are essential for the continuity of the actions of the PSF. This work intends to stimulate new

inquiries to subsidize public policies aimed at valuing interpersonal relationships in order to strengthen the link in PHC, providing integrality health care.

**Keywords:** primary health care, violence, health personnel, link.

## LISTA DE SIGLAS

AB.....	Atenção Básica
APS.....	Atenção Primária à Saúde
BH.....	Belo Horizonte
CEP.....	Comitê de Ética de Pesquisa
COEP.....	Comitê de Ética de Pesquisa
DATASUS.....	Departamento de Informática do SUS
eSF.....	Equipe de Saúde da Família
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
FM.....	Faculdade de Medicina
MG.....	Minas Gerais
MS.....	Ministério da Saúde
NASF.....	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
PBH.....	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PNAB.....	Política Nacional de Atenção Básica
PNH.....	Política Nacional de Humanização
RAS.....	Rede de Atenção à Saúde
SMSA.....	Secretaria Municipal de Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UFMG.....	Universidade Federal de Minas Gerais

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro1** -Variáveis que compõem o indicador de vínculo e suas respectivas recodificações.

**Figura 1** - Elementos que Fortalecem ou Enfraquecem o Vínculo dos Profissionais com sua Unidade

Básica de Saúde.

**Figura 2** - Distribuição do indicador do vínculo segundo sexo.

**Figura 3** – Distribuição do indicador do vínculo segundo faixa etária.

**Figura 4** - Distribuição do indicador do vínculo segundo grau de instrução.

**Figura 5** - Distribuição do indicador do vínculo segundo o tempo de trabalho na APS.

**Figura 6** - Distribuição do indicador do vínculo segundo a satisfação com o trabalho na APS.

**Figura 7** - Distribuição do indicador do vínculo segundo praticar agressão ao usuário da APS. **Figura 8** - Distribuição do indicador do vínculo segundo percepções emocionais presentes relatadas pelos trabalhadores da APS.

**Figura 9** - Distribuição do indicador do vínculo segundo o profissional da APS ter sofrido violência no nos últimos doze meses.

**Figura 10** - Distribuição percentual cruzada entre vínculo e satisfação no trabalho.

**Figura 11** - Distribuição percentual cruzada entre vínculo e ameaça pelo usuário.

**Tabela 1** - Distribuição bivariada do vínculo profissional segundo as variáveis explicativas, APS de Belo Horizonte, março a maio e dezembro de 2017.

**Tabela 2** - Modelo final de análise de regressão logística: ter vínculo segundo variáveis explicativas.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>11</b>	<b>APENDICE.....</b>	<b>72</b>
<b>12</b>	<b>ANEXO.....</b>	<b>73</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Rever a trajetória profissional é sempre uma oportunidade interessante. Momento de refletir sobre o caminho trilhado, tanto da nossa realização profissional quanto da contribuição na sociedade a qual fazemos parte. Tenho, a cada dia, vivenciado experiências pessoais e profissionais que se refletem em oportunidades ímpares de crescimento e aprendizado, em diferentes aspectos da minha vida. Este Mestrado é o iniciar de uma nova história, mais do que isto é resgatar a chama da coragem que moveu toda a minha vida. Encaro como um grande desafio e uma excelente oportunidade de síntese e de planejamento para o futuro, fortalecendo meus conhecimentos, propiciando aquisição de habilidades e práticas com o propósito de reflexão e de responsabilidade com a sociedade.

Em 1986, concluí o Curso de Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Participei ativamente de Congressos/Seminários/Fóruns e cursos diversos de atualização e capacitação nos temas inerentes à graduação. E foi atuando tecnicamente e acumulando saberes, que percebi que na saúde não bastam técnicas e expertises, mas sim, o olhar crítico voltado para as diversidades, tamanha a complexidade dos sistemas de saúde. No intuito de abrir o leque de possibilidades e na busca de profissionalização, me pós graduei em MBA pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) no Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas de Saúde, portanto convencida da trajetória a qual gostaria de trilhar. O relato da minha trajetória ao longo desses

34 anos está ligado às minhas práticas, e aos temas relacionados à Gestão e Promoção da Saúde. Ingressei na rede pública em 2008 com aprovação em concurso público na Prefeitura de Betim e Prefeitura de Belo Horizonte. Atuei como Tutora das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (APS-PBH) no período de 2009 a 2012 na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSAPBH).

Fui assessora da Gerência do Distrito Sanitário Barreiro de 2010 a 2017, contribuindo em diagnósticos situacionais, análises, planejamento estratégico e coautora de projetos voltados à qualificação da assistência e promoção da saúde. Recebi premiação no Inova SUS “*Estudo de Monitoramento de Recursos Humanos para Priorização de lotação do Profissional Médico/Ano 2013*”. Em dezembro de 2017, assumi a função de Referência Técnica na Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura



Municipal de Belo Horizonte (SMSA-PBH), onde atuo como facilitadora de capacitações baseadas nas metodologias ativas, componente importante nas práxis do profissional de saúde, de forma a compreender e difundir o sentido do aprender fazendo, e valorizando a Educação

Permanente. Neste momento sou facilitadora de um grande projeto da gestão municipal de Belo Horizonte, o *Projeto Bem-Vindo*, estendido aos 14.000 trabalhadores da rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), cujo mote é trabalhar a Comunicação e a Escuta Ativa como forma mediadora na prevenção de conflitos violentos, e em resgate à Cultura de Paz, temas totalmente pertinentes ao contexto do mestrado.

Ao longo da minha vida profissional fui adicionando conhecimentos, novos termos, situações, conceitos e olhares diversos, que me permitiram enxergar aspectos de muitas situações complexas e desafiadoras. Minha motivação inicial foi pelas perspectivas de aprendizado no mestrado, o compartilhamento de saberes, o desenvolvimento de pesquisa, que de alguma forma poderia contribuir com a qualificação dos processos de melhoria da saúde. Término, com a sensação de dever cumprido nesta etapa, pela minha dedicação e esforço despendido nestes dois anos, em que, aprendi e reaprendi. Foram oportunidades ímpares, compartilhadas com os mestres, com os colegas mestrados, pessoas, carregadas de múltiplos conhecimentos e emoções, e que aumentaram ainda mais a minha esperança de que vale a pena acreditar, sair da inércia do comodismo. Carecer, muitos carecem, sempre vão carecer de todo o nosso esforço e dedicação incansável ao SUS.

## 2 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas com intuito da redução do risco de doença e de outros agravos de forma a assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Traçando uma linha do tempo da evolução da Saúde Pública em nosso país foram várias as etapas, todas com o desafio de propiciar uma assistência à saúde com qualidade, voltada para uma população que apresenta variados índices de riscos e de vulnerabilidades, tanto na saúde como nas condições sociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado em 1988 com a proposta de enfrentar esse desafio, na perspectiva da saúde como um direito social, com integralidade do cuidado e por meio de serviços ofertados pelos setores públicos de saúde.

As primeiras experiências de ampliação da assistência da saúde pública se deram na década de 1970, principalmente pela influência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as quais apontaram diretrizes para a reforma sanitária, assim como ofertaram recursos financeiros (NETO, 2011).

Em destaque, como um dos principais marcos internacionais, a Declaração de Alma Ata influenciou todo o movimento da saúde brasileira. A Conferência Internacional sobre *Cuidados Primários de Saúde* realizada em Alma Ata no ano de 1978, trouxe para a agenda, a saúde dos povos, justificada pela divergente assistência prestada nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento e naqueles subdesenvolvidos. As diretrizes estabelecidas neste encontro potencializaram as mudanças no panorama mundial da saúde (OMS, 1979).

O documento finalizado aborda a importância da participação social na construção de políticas de saúde, como dever e direito; assim como a responsabilidade do Estado em garantir a saúde de seus cidadãos, enquanto direito fundamental, por meio da criação de políticas públicas com ênfase à atenção primária (OMS, 1979).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual se originou a Carta de Ottawa, ocorreu em 1986 (OMS, 1986), com a meta Saúde para todos no ano 2000 e reorganização da atenção à saúde (OMS, 1979, 1986). Com o avanço do movimento pela reforma sanitária brasileira, a 8ª Conferência de Saúde em 1986, foi um marco, pois nela foram estabelecidas as bases para a construção do SUS, implementado em 1990 (PAIM *et al.*,

2011). A institucionalização da reforma sanitária no Brasil é marcada pela Constituição de 1988, que coloca a saúde entre os direitos sociais, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que versa sobre as diretrizes para a construção do SUS (BRASIL, 1988; NETO, 2011; PAIM *et al.*, 2011).

Estes documentos determinaram que o SUS devesse ser desenvolvido com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e que seu modelo assistencial tenha como características um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, contemplando a promoção e a proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, manutenção da saúde, cuidados paliativos e a vigilância em saúde com foco na integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A sociedade brasileira vem lutando incessantemente para garantir o direito de assistência à saúde para todos os cidadãos. Em 1994 a Atenção Básica (AB) foi reorganizada e reestruturada com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), com o propósito de ser a estratégia que modificaria o modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objetivo de atenção, assim como sua forma de atuação e reorganização geral dos serviços ofertados pela prática assistencial, portanto novas bases e critérios foram estabelecidos (BRASIL, 1998, p. 8: JUNIOR *et al.*, 2008).

É importante salientar que a AB foi fortalecida com a publicação da portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) tendo sua atualização em 2017 através da portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que revisou as diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Dentre as exigências para o funcionamento da AB é primordial a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma a garantir a oferta do cuidado integral, direcionado às necessidades de saúde da população de forma complementar e articulada. A RAS deverá ser formada por ações e serviços de saúde de forma territorializada, com diferentes tecnologias tendo como missão a assistência (BRASIL, 2012).

Uma vez implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF), estruturou-se as Redes Integradas de Atenção à Saúde no Brasil, reorganizando e qualificando a AB.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde (...) como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por

favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

A eSF inscreve-se a uma determinada população do território, sendo a referência do usuário para com os profissionais de saúde, que deverão se responsabilizar pelo cuidado à sua população. O atendimento se dará na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, pelos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, técnicos de saúde bucal e auxiliares que compõem as eSF. Posteriormente foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) cujo objetivo é o de ampliar a cobertura e o rol de ações interdisciplinares, com intuito de garantir a integralidade do cuidado e apoiar os profissionais das equipes. Na atenção básica foram criadas equipes para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais, etc.) assim como as Academias da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob-responsabilidade dessas equipes (BRASIL, 2011).

É possível concluir que se operaram mudanças significativas no modelo de assistência à saúde do Brasil nos últimos trinta anos. Todo um arcabouço legal, desde a criação do SUS, foi substanciando os avanços e conquistas ao longo dos anos, algumas políticas seguem em destaque como a Política Nacional de Humanização (PNH) assim como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as quais irão conduzir nossos estudos nesta presente dissertação.

A PNH existe desde 2003 e vem norteando os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas humanizadas entre gestores, trabalhadores e usuários, de forma a promover a comunicação entre estes três grupos, fomentando debates voltados às mudanças que venham proporcionar melhores formas de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Quando pensamos em produção de saúde diante de práticas e atitudes desumanizadoras, presentes em relações de poder, inibe-se a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

São três os princípios da PNH: i) Transversalidade, no sentido de proporcionar uma relação melhor de comunicação entre os sujeitos; ii) Indissociabilidade dos modos de cuidar e de gerir; iii) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2004).

Somando à nossa linha de compreensão da assistência à saúde em nosso país, citado anteriormente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2006 reafirma como orientadores do trabalho neste componente do sistema a “universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social” (BRASIL, 2012).

A orientação proposta pela PNAB foi fundamental para a estruturação da AB e a organização dos fluxos de atendimento nas redes, dos mais simples aos mais complexos, envolvendo iniciativas que viabilizem um melhor atendimento aos anseios da comunidade. Esse nível da assistência passa a configurar a base e determinar o trabalho de todos os demais níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, não apenas básicos, mas também especializados, com foco nas ações de promoção, manutenção e melhoria da saúde, baseando-se na proposta de acolhimento como estratégia para lidar com a demanda existente na APS (BRASIL, 2013).

Nos termos da PNAB, a AB tem como fundamentos e diretrizes, dentre outros [...]:- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, com acolhimento, vinculação e cor responsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos usuários, com resposta resolutiva para a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou minorar danos e sofrimentos desta, com encaminhamento para outros pontos de atenção da rede. Adscrever os usuários, formar vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. São atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica à saúde, dentre outras [...]:- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, em um atendimento humanizado, com estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2006).

Nesse cenário, fica evidente a importância da resolutividade da assistência à saúde de forma a garantir qualidade dos serviços e conseqüentemente a satisfação dos usuários. A resolutividade pode ser alcançada por meio de um atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, através de atitudes criativas e flexíveis. Nesse sentido, o trabalho resolutivo em saúde baseia-se no cuidado corresponsável, em que prevaleça o protagonismo da equipe multiprofissional e interdisciplinar no sentido de aprofundar os saberes e as práticas no campo da saúde. Ações estas que pressupõe a produção de vínculos interpessoais e acordados entre todos, além de autonomia no processo de trabalho na atenção primária (COSTA, 2014).

Como o objetivo deste estudo é avaliar as correlações que favorecem ou não a formação de vínculo entre profissionais das eSF da SMSA/PBH com sua população adscrita e serviços da APS, dada a importância que este assunto apresenta, é importante salientar a observação desse autor, que constatou que na PNAB de 2011, quando comparada à versão anterior publicada em 2006, obteve um avanço conceitual com relação à vínculo. Observou-se que na redação de 2006, a expressão vínculo aparece quatro vezes, já na publicação de 2011 a expressão foi apresentada por 12 vezes e inserida nas primeiras páginas do texto, com a seguinte definição: “o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de cor responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

A pesquisa que fundamentou este trabalho, intitulada Programa de Prevenção da Saúde e Prevenção da violência na AB de saúde teve como base o Núcleo de Promoção da Saúde e suas Bases: Trabalho, Ambiente, Cidadania do Mestrado Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e foi elaborada com ênfase nas características e percepção dos profissionais do PSF das UBS da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA-SUS-PBH) ano 2017, sobre várias dimensões importantes para a formação de vínculo favorecendo a promoção da saúde e a prevenção da violência.

O modo de viver e adoecer dos grupos humanos, no contexto desse diálogo, questiona o cotidiano da assistência na saúde pública sobre suas práticas de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde em prol da integralidade do cuidado e de relações humanizadas.

Parte-se do princípio de que a garantia ao acesso e resolutividade da assistência à saúde, relaciona-se diretamente com o vínculo formado entre o profissional da APS e sua população adscrita, considerando que vínculo é um dos pilares, fundamentais, das diretrizes do SUS na busca da melhoria dos processos saúde-doença de um território.

Essa temática vem ao encontro ao anseio de conhecer a Promoção da Saúde na APS, assim como o que poderá emergir eventos de violência no cotidiano das equipes. A compreensão da formação de vínculos, das percepções dos profissionais diante de suas práticas, o conhecimento dos seus limites/tolerância/capacitação, e até que ponto estes fatores podem influenciar em suas atitudes e permanência nas ESF, é no mínimo singular.

Considerando que o vínculo construído entre profissionais das eSF e usuários poderá interferir diretamente na qualidade da assistência à saúde e na prevenção de situações

conflitantes, situações estas que poderão ensejar em atos de violência nas UBS da PBH é primordial conhecer os atores envolvidos, diante da vasta diversidade e complexidade das realidades e demandas, o que nada mais é ser o reflexo dos índices de vulnerabilidades encontradas nos territórios.

Nogueira (2016) enfatiza que a construção de vínculos, a troca de experiências, o confronto com a diferença e, as superações de conflitos produzem aprendizagem e através dessa, um efeito terapêutico. A relação interpessoal no âmbito do SUS entre os profissionais de saúde e usuários reorganiza os serviços de saúde. Relação verdadeira e de confiança, impacta positivamente, tanto para os trabalhadores como para os usuários do serviço, empodera e cria autonomia dos sujeitos envolvidos.

As mudanças nos processos de trabalho em saúde, só ocorrerão se houver a compreensão pelos trabalhadores sobre o modo de produzir saúde e da nova forma de agir nas relações com o usuário. “Assim, se a construção do SUS implica em reviravolta ética, a reorganização da APS, amplia e aprofunda o trajeto dessa mudança”. Portanto não basta reconfigurar as equipes técnico-assistencial, será necessário reformular os processos de trabalho, de forma a prevalecer uma prática ética, de relações humanizadas, no exercício da cidadania e de forma a favorecer a qualidade das relações (LIMA *et al.*, 2014).

Os usuários do SUS vão a uma UBS em busca da resolução dos seus problemas de saúde e, não raramente o motivo da consulta vai para além da queixa declarada, muitas das vezes vão para a busca de orientações no enfrentamento de outras situações. Devemos considerar estes indivíduos, pois trazem em suas bagagens, segredos, medos, crenças e muitas expectativas.

Os trabalhadores por sua vez, ainda perpetuam uma postura paternalista detentora do conhecimento, caracterizando uma relação verticalizada, onde as equipes se mantêm presas a procedimentos, protocolos técnicos, normas e rotinas do serviço, cabendo ao usuário, simplesmente, uma posição passiva e paciente. Contudo, faz-se necessário que o encontro entre os sujeitos seja acolhedor e promova relações de vínculo de forma a reduzir a ansiedade ou depressão, muita das vezes, trazidas por esses indivíduos (LIMA *et al.*, 2014).

“Ao demonstrar pouca preparação para as tecnologias leves e relacionais e pouco domínio de habilidades de comunicação emancipatória, os profissionais se enquadram em relação de poder marcada pela acomodação. Nessa relação, o toque, o contato físico, por exemplo, pode ser aplicado na conquista da confiança do usuário e, a partir dele, o ouvir, o conversar e o olhar carinhosamente podem fluir naturalmente, sem inviabilizar a técnica necessária ao atendimento. Sendo assim, esse toque pode ser compreendido como

*toque terapêutico*, num significado físico e psíquico que não age só no corpo da pessoa, mas atingem suas emoções, promovendo cura e bem estar, o respeito pela autonomia do usuário se expõe ao se preservar a confidencialidade e privacidade” (LIMA *et al.*, 2014).

Segundo o autor o conceito de vínculo é polissêmico, esta afirmação é reforçada quando se destaca a humanização, a cor responsabilização e a integralidade do cuidado ao longo da vida dos usuários, todas estas ações são pertinentes à definição de vínculo. Mediante as colocações, será necessário conceber uma melhor compreensão, referente ao tema vínculo no decorrer dos nossos estudos. Vínculo é aquele que agrega, aproxima e propicia um envolvimento mútuo entre os sujeitos, com sintonia, com troca de afetos, favorecendo a criação de autonomias em uma relação de confiança e partilha de compromissos. É importante que o profissional se insira na comunidade, de forma a reconhecer a realidade singular e subjetiva de cada indivíduo e família, levando em consideração que os usuários carregam diferentes histórias, apresentam diferentes dificuldades e problemas, e possuem diversos sonhos. “A equipe de saúde precisa despir-se de (pré) conceitos e discursos verticalizados, e do saber tradicional, para conhecer e reconhecer a realidade do usuário dos serviços de saúde do local. ” Diante do exposto, o vínculo com os usuários dos serviços de saúde torna-se ferramenta eficaz nas ações de saúde, na adesão ao cuidado terapêutico, auxiliando na participação e auto-organização do usuário, na continuidade e otimização da procura dos serviços em saúde, proporcionando uma educação efetiva para a saúde (ILHA *et al.*, 2014).

Perante todo o contexto apresentado, o conhecimento dos reais problemas da população, assim como das relações entre os sujeitos envolvidos são fatos que se relacionam com a formação de vínculo, “vínculo quase sempre é algo não visto, mas que deveria existir como condição para funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado, ora favorece, ora facilita, ora amplia, cria e fortalece “quase tudo” no serviço da APS” (BARBOSA, *et al.*, 2017).

Interessar-se pelo outro e estabelecer diálogos significativos contribuem para o conhecimento da realidade e da singularidade do ser, transmitindo segurança e confiança, de forma que há comprometimento de todas as partes envolvidas no processo. “O usuário é reconhecido como sujeito da ação, sujeito da fala, na medida em que percebe e participa do seu processo de viver saudável e não como alguém passivo e/ou apreendido como um “depósito vazio” de conhecimentos e possibilidade de trocas” (JUNIOR, 2017).



O vínculo também consiste em uma ferramenta para a compreensão ampliada do processo saúde-doença e identificação das intervenções a partir de demandas e problemas, propiciando o acesso e resolutividade das ações, o que favorece a criação e aceitação dos planos de cuidado e correlaciona a satisfação do usuário em relação à sua eSF.

“Nesse aspecto, o vínculo se revela como um elemento ao mesmo tempo facilitador e desafiador na ESF, tornando-se necessária a ampliação das discussões para a resolução da lacuna no conhecimento acerca da importância do mesmo para o desenvolvimento e reorganização das práticas profissionais visando à centralização do cuidado no usuário, a partir da ótica dos próprios profissionais” (KLAFKEA *et al.*, 2017).

O vínculo tem sido utilizado como uma maneira de organizar o relacionamento entre equipes de saúde e sua população. Faz-se indispensável, para isso, o estabelecimento de laços interpessoais fortes que reflitam a cooperação mútua entre profissionais e usuários e, conseqüentemente, um cuidado compartilhado e humanizado de forma propícia para a comunicação efetiva. “A relação de confiança surge quando qualificamos a natureza dos afetos de duas pessoas que descobrem que mutuamente se convêm. São estes os afetos que dão consistência ao vínculo e aos laços sociais” (KLAFKEA *et al.*, 2017).

A falta de comunicação entre profissionais e usuários, pode ser vista como uma problemática na formação de vínculos, podendo ser potencializada pelo distanciamento entre os sujeitos. Várias situações podem interferir na efetividade da comunicação entre os indivíduos, inclusive a disposição como são colocadas as cadeiras e a mesa do profissional no ambiente de atendimento, assim como a postura corporal apresentada e o modo de olhar. O encontro é influenciado por diversos aspectos, construindo o setting terapêutico, este, apresentado pelas condições psicossociais do paciente com seu adoecer, suas experiências anteriores com outros médicos, e a própria experiência com os profissionais de referência, levando em conta a personalidade, os aspectos psicológicos, a experiência do profissional e suas habilidades comunicacionais (GOMES *et al.*, 2012).

No artigo *A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico*, os autores colocam que vários fatores favorecem ou não a efetivação do vínculo, é citado primeiramente os aspectos Institucionais, a alta rotatividade dos médicos, a falta de estruturas físicas adequadas e os problemas na organização dos serviços, todos esses aspectos afetam a relação dos sujeitos envolvidos, fatores culturais e sociais podem se sobrepor aos demais,

interferindo no cenários de prática da assistência à saúde. Espera-se que o espaço terapêutico facilite a comunicação dos sujeitos, mantendo a privacidade, evitando interrupções, e que seja um espaço o mais confortável possível (CAPRARA, RODRIGUES, 2004).

O acesso ao profissional, por aqueles que procuram o serviço de saúde e/ou dele necessitam, acontece quando a equipe ao acolher exerce uma escuta clínica solidária, onde a pessoa é convidada a falar e a expor suas necessidades, como uma forma de desabafo, deixando aflorar os sentimentos envolvidos naquele instante, fica assim garantida a relação no processo de atendimento e construção da cidadania. É desta forma que se identifica as necessidades e inicia a construção de vínculos. Por esta ótica, na interação do primeiro contato do paciente com os profissionais de saúde, podem surgir os primeiros elementos terapêuticos, podendo favorecer ou não a construção de vínculos, e assim definir a linha de cuidado, reforçando a segurança daquele que sofre, ajudando-o na busca de soluções para seus problemas (GONÇALVES, *et al.*, 2010).

No cenário da assistência à saúde, ainda hoje, com predomínio do modelo biomédico, focado na doença, com o forte componente da "medicalização" com privilégio da tecnologia dura, entende-se, que estes componentes são dificultadores do acesso aos serviços de saúde. É imprescindível que as relações exerçam a empatia, levando em consideração a subjetividade de todos os sujeitos envolvidos. O autor relata como fala de pacientes entrevistados que o médico deve ser sensível e aceitá-los como pessoas humanas e estes por sua vez, relataram que devam possuir: educação, cortesia, saber clínico e paciência. A confiança foi colocada por ambas às partes como o elemento que favorece o vínculo, permitindo a expressão da intimidade do paciente, através de uma escuta qualificada e um diálogo aberto. Os pacientes colocaram como pontos desfavoráveis na relação médica paciente, o tempo de espera pelo atendimento, a falta de profissional médico, o difícil acesso às consultas, exames e medicamentos. Em resposta os médicos apontaram o excesso de demanda, o número insuficiente de médicos nas equipes, a sobrecarga de trabalho e o tempo de consulta (em menos de 15 minutos). Outro aspecto crítico colocado foi a organização do serviço, a precariedade dos equipamentos de informática e a desorganização no manuseio das informações (GOMES *et al.*, 2012).

Podemos aferir mediante ao exposto no estudo de Gomes (2012) que há uma incoerência da prática com as propostas do PSF, cujo objetivo é a promoção e prevenção da saúde com relações próximas e humanizadas, neste contexto, o que podemos observar é a fragilidade na interação entre os sujeitos envolvidos, podendo impactar na qualidade da assistência.

Diante dos objetivos do presente estudo em avaliar as correlações que favorecem ou não a formação de vínculos, será necessário tratar neste referencial teórico as várias vertentes que discutem a formação de vínculo dos profissionais da saúde e que favoreçam a fixação destes na APS. A permanência dos profissionais de saúde no PSF, em especial a do médico, é considerada um dos fatores críticos de sucesso para o programa. Segundo o autor, hipóteses foram apontadas como fatores que poderiam levar à rotatividade dos médicos. A forma de contratação dos profissionais foi elencada, em muitas das vezes são recém-formados e que, logo ingressam na Residência Médica, evadindo do programa. Em contraponto, tem-se a contratação de profissionais mais velhos, muitos já aposentados, o que pode interferir no perfil do médico dificultando a adaptação no trabalho. Outro aspecto da rotatividade dos médicos do PSF colocado como desfavorável foi a correlação entre satisfação no trabalho, esse autor acrescenta que a sobrecarga de trabalho das eSF, as inadequações estruturais, a falta de medicamentos, de materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, também favorecem a alta rotatividade dos médicos. Os salários não têm garantido a fixação do profissional no programa e em levantamento do nível de satisfação no trabalho, o indicador de trabalho em equipe foi o que mais se destacou na fixação do médico na APS (CAMPOS, *et al.*, 2008).

Seguindo neste mesmo debate, outras categorias profissionais foram estudadas e apresentaram resultados que confirmam índice elevado de rotatividade, como os enfermeiros. O estilo de gestão pode interferir na rotatividade dos profissionais, quando caracterizada com atitudes de autoritarismo e de forma inflexível, assim como a formatação das equipes, os processos de trabalho, a influência político-partidária, o regime de trabalho e remuneração, a conciliação entre a vida profissional e a pessoal, as oportunidades de mercado, o vínculo formado com a comunidade e as oportunidades de formação educacional. O autor coloca “Os entrevistados acreditam que profissionais que atuam em um ambiente mais democrático, com liberdade, são estimulados a participar dos diversos processos, sentem-se mais responsáveis e conseguem enfrentar as dificuldades no trabalho com mais dedicação e entusiasmo” (MEDEIROS, *et al.*, 2008).

Frente às colocações apresentadas é importante direcionar o olhar para os profissionais da saúde inseridos na APS, na busca do conhecimento de suas percepções e dos fatores que fortalecem ou enfraquecem o vínculo às UBS e com a sua população adscrita, no intuito de compreender a influência dos diversos aspectos presentes no cotidiano destas equipes.

Cita o autor “A rotatividade não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização”. Vários fenômenos externos e internos as organizações influenciam na rotatividade dos profissionais como as oportunidades do mercado de trabalho, a econômica do país, a política salarial, o tipo de gestão, as possibilidades de Educação Permanente, os relacionamentos interpessoais, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal dentre outros (MEDEIROS, *et al.*, 2008).

Cenário de prática com insuficiência ou inexistência de infraestrutura, falta de material de consumo, de equipamentos em bom estado, computadores ágeis e condições de transporte para efetuar as ações, são inadequações referidas nos estudos realizados por estes autores, elucidando o fato de que estes aspectos trazem prejuízo na qualidade do trabalho dos profissionais de saúde, e compromete o acesso dos indivíduos à assistência à saúde, propiciando muitos conflitos inclusive na disputa por interesses e posições dentro das organizações (NUNES, *et al.*, 2016).

É citado no artigo *Gramáticas sociais utilizadas na resolução dos conflitos na marcação das consultas*:

“Contudo os conflitos entre a população e os profissionais de saúde permanecem, geralmente, em decorrência da falta de atendimento médico”. Enfim, pode-se observar que, em tese, o objetivo da ESF é mudar o foco das ações de saúde, fomentando o cuidado integral das pessoas em seu contexto de vida, garantindo facilidade de acesso, integralidade da assistência e redução das desigualdades em saúde com atenção diferencial às populações em maior risco e com maiores necessidades de saúde, norteadas pelos princípios da APS com atuação das equipes multiprofissional. O autor destaca que o profissional da linha de frente é o profissional da recepção, e, justo ele que menos tem governabilidade em favorecer o acesso, portanto são os primeiros a receberem o descontentamento de forma agressiva, configurando as diversas faces da violência (SARTI, 2014).

Os profissionais das eSF atuam em comunidades onde a complexidade dos problemas, sejam estes sociais e ou assistenciais, poderá levá-los a um sofrimento físico e psicológico. Diversas formas de violência são direcionadas aos trabalhadores em momentos de descontentamento dos usuários, dentre elas podemos destacar as ameaças, agressões expressas verbalmente que para além de ferir a moral do indivíduo, em muitas das vezes, finaliza em agressão física de fato.

O termo acolhimento é frequentemente citado quando o assunto se refere à assistência à saúde seja individual ou coletiva, também imprescindível à organização dos processos de

trabalho das eSFs, quando se tem por objetivo a produção do cuidado e a formação de vínculos. A falta desta aliada ferramenta, atrelada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à baixa resolutividade no atendimento das necessidades trazidas pela população, conseqüentemente irá gerar insatisfação nos usuários (NERY *et al.*, 2011).

Até que ponto as inter-relações poderão impactar favoravelmente ou desfavoravelmente na formação de vínculos dos profissionais da APS, com qual correlação as situações de conflitos e ou violência, de alguma forma, poderá infringir na rotina dos envolvidos e nos direitos dos cidadãos? No mínimo carece de reflexão.

A exaustão emocional contempla sentimentos de fadiga emocional, física e mental, assim como a falta de entusiasmo, trazendo à tona sentimento de impotência e inutilidade. Tem se como conceito de exaustão emocional, a ausência ou carência de energia com uma sensação de enfraquecimento emocional apresentada pelo indivíduo. Este autor argumenta que há uma despersonalização quando o trabalhador passa a tratar os clientes, os colegas e toda a organização de forma distante e impessoal, ele se manifesta com pensamentos negativos, evidenciando um automatismo nas relações. O trabalhador com uma baixa realização profissional, tende a se auto avaliar de forma negativa, sentir-se infeliz e insatisfeito com seu desempenho profissional, passando a envolver-se menos com colegas de trabalho e clientes (MARQUES, *et al.*, 2020).

O PSF, através das equipes multiprofissionais, traz uma nova proposta de relacionamento humano na saúde pública, busca um trabalho democrático, participativo e de respeito às diferenças, frente às questões dos preconceitos e concepções dos trabalhadores de saúde em relação aos usuários, no intuito de desconstruir a relação poder/saber. Em consideração a hipótese traçada em nosso estudo, de que as características dos trabalhadores e dos serviços, assim como, exposição a situações de violência impactam na formação de vínculo entre trabalhadores da APS e usuários do SUS, em consonância, com a colocação desse autor as mudanças no modelo de atenção à saúde quando o MS propõe a Estratégia de Saúde da Família e define para o seu direcionamento pretende se o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de responsabilidades entre população e profissionais de saúde (MARIN *et al.*, 2013).

As questões subjetivas dos indivíduos envolvidos emergem no cotidiano de trabalho da APS e é somada às implicações da dinâmica dos serviços. Visto todo o exposto e mediante as considerações colocadas pelos diversos autores, esta temática carece ainda, de muitos esclarecimentos.

Fazendo um breve recorte no panorama da violência geral, cujo assunto é tema pertinente não só à segurança pública, mas também à saúde, uma vez que os agravos à saúde causados por acidentes e violências, ensejam no atendimento pela saúde público, bastante dispendioso ao poder público e de caráter extremamente danoso ao paciente. A violência provoca morte, lesões e traumas físicos, comprometendo a saúde mental e emocional, diminuindo a qualidade de vida das pessoas. Destaca a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; acrescenta novos problemas para o atendimento médico; necessitando de um corpo clínico especializado, com atuação interdisciplinar e multiprofissional. Segundo estes autores, uma informação importante quando direcionamos nosso debate na violência voltada aos profissionais da saúde é a de que, 4% da população economicamente ativa afirmam ter sofrido alguma forma de violência no trabalho e que os ambientes de maior risco se concentram no setor de serviços (saúde, transporte, comércio varejista e educação) (TELLES; *et al.*, 2011).

No Brasil é importante considerar a violência como um problema de saúde pública, segundo dados apurados por estes autores, a violência é causa de uma grande parte das morbidades (sexta maior causa de internações hospitalares e alta prevalência da violência doméstica) e mortalidades (terceiro lugar em mortalidade), resultando em altos custos individuais e coletivos “desde a década de 1980; até 2007, representavam 12,5% dos óbitos, especialmente entre os homens jovens (83,5%). O padrão no Brasil difere de outros lugares do mundo nos seguintes aspectos: a maior parte dos óbitos é causada por homicídio ou está relacionada ao trânsito, diferentemente da maioria dos países membros da OMS, nos quais 51% dos óbitos devidos a causas externas são suicídios e 11% ficam por conta de guerras e conflitos civis. Em 2007, houve 47.707 homicídios e 38.419 lesões e óbitos relacionados ao trânsito no Brasil, que juntos constituem 67% do total de 131.032 óbitos por causas externas ” (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Muito se discute, e ainda é controverso, se esse comportamento danoso ao outro é devido à existência de um instinto ou se é resultante de múltiplas determinações motivacionais e de determinadas circunstâncias, como por exemplo, a influência do meio ambiente em que o indivíduo está inserido. Nestes dois últimos séculos, diversos estudos têm apontado para o fato de que ambos os fatores estão presentes na manifestação dessas características comportamental.

“A agressão pode ter benefícios adaptativos ou impactos negativos para a espécie, ao longo da evolução humana. Na espécie humana, além da agressão capaz de causar lesão corporal, existem vários

tipos de agressão: dirigida, verbal, deslocada e outras, definidas por critérios de classificação jurídicos ou oriundos de diversas disciplinas científicas. A agressão distingue-se da predação por corresponder ao instinto de combate do animal e do homem dirigido contra o seu próprio congêneres”. (LORENZ, 1973)

Entretanto esse outro autor esclarece “Os comportamentos agressivos são associados com problemas de ajustamento e diversos sintomas psicopatológicos e transtornos, tais como Transtorno de Personalidade Antissocial e de Personalidade Borderline, Transtorno Explosivo Intermitente, Esquizofrenia e Transtorno de Humor Bipolar” (GLENN, 2009).

Segundo definição da OMS, considera-se violência como o uso de força ou poder, real ou apenas ameaçado, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Presenciamos a evolução da medicina ao longo dos últimos anos, onde podemos observar que esta, vem se especializando no desenvolvimento científico tecnológico. Discussões vêm sendo travadas e várias políticas foram implementadas, no sentido de evidenciar a importância da humanização nas relações como ponto de encontro clínico entre profissionais da saúde e usuários. Inseridos em um cenário social tão desigual, palco da APS, há predomínio de áreas de muita tensão social, o autor coloca "encontro significa ato de chegar um diante do outro, ação ou efeito de descobrir, de achar, unir, mas também chocar-se, estar em trajetória de colisão, opor-se a, discordar” (GOMES *et al.*, 2012).

A insatisfação dos profissionais com suas práticas cotidianas gera estresse e angústia, circunstâncias que de alguma forma, serão transferidas para as pessoas que utilizam os serviços de saúde. Somado às precárias condições dos serviços, os baixos salários, a não valorização profissional associado ao rótulo colocado pela sociedade, de que a prestação dos serviços públicos é de baixa qualidade e ainda se sobrepondo, os descasos e arrogância no trato com a população, por alguns profissionais, cria-se um ambiente propício para conflitos. É histórico, as dificuldades pelas quais passam a parte mais pobre da população ao tentar acessar os serviços de saúde. Um círculo vicioso está formado, cujo resultado se dará com o conflito entre os sujeitos, os usuários, por muita das vezes, já se apresentam nos serviços “armados” já contando com uma possível desvalorização de sua demanda. (GOMES *et al.*, 2012).

O conflito evidencia-se quando há a necessidade de escolha entre algumas situações, consideradas incompatíveis. Todas as situações de conflito são antagônicas e perturbam o modo de agir e na tomada de decisão por parte das pessoas. Podemos dizer que conflito surge

quando há um assunto de comum interesse, entre dois ou mais indivíduos, que venham a ter opiniões divergentes sobre um tema e que não conseguem lidar com as diferentes opiniões apresentadas, levando a possível litígio. Os conflitos fazem parte da natureza do ser humano variando em interesses, valores e nos tipos de personalidade de cada um, levando a situações de confronto. As circunstâncias de conflito nem sempre são prejudiciais, se tratadas de forma correta, o conflito poderá se tornar uma força propulsora de muitas mudanças positivas. Como colocado pelo autor, conflito é “oposição de ideias, sentimentos ou interesses, ou seja, o conflito é o choque entre forças contrárias ou opiniões diferentes. Onde há um grupo de pessoas, há conflito e oportunidades de mudanças“ (RAHIM, 2010).

Marim (2013) coloca “Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato”, ou seja, na ação. Onde o trabalhador ao longo tempo poderá ser criativo e autônomo no acompanhamento do usuário, fica implícita a relação de responsabilidade e confiança, possibilitando diagnóstico mais preciso e tratamentos mais eficazes. Apesar de todas as dificuldades e desafios das eSF, é esta, que dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas no seu contexto social, emocional, familiar e financeiro, é um privilégio é ímpar, pois em outros níveis de atenção à saúde é necessitam realizar anamneses extensas com todas as implicações que isso representa e no que se refere ao tempo despendido e às condições e disposição do sujeito, para fornecer as informações necessárias a um plano terapêutico que atenda às necessidades de saúde.

A saúde engloba problemas da mais alta complexidade, necessitando de criatividade e inventividade pelas especificidades dos agravos e particularidades dos pacientes, cuja resolução demanda os mais variados tipos de ferramentas. As ferramentas tecnológicas do processo de trabalho são as tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam os equipamentos, fruto de outros momentos de produção, condensa em si saberes e fazeres bem estruturados. As tecnologias leve-duras referem-se a saberes que direcionam o trabalho como normas e protocolos. As tecnologias leves são ferramentas de relações como o vínculo e acolhimento. O processo de trabalho aparece centrado em procedimentos, não havendo espaço para a subjetividade do usuário e do trabalhador. As tecnologias consideradas eficientes são as tecnologias duras (seringa, agulha, estetoscópio e outros) e as tecnologias leve-duras, saberes, e técnicas para manusear estes instrumentos (SÁ *et al.*,2009).

A atitude do médico, o encontro, a conversa para além das demandas explícitas trazidas pelos usuários a respeito da sua saúde, favorece a integralidade do cuidado. O vínculo, na medida em que traz para a relação profissional-usuário o fator confiança, favorece os diferentes e, eventualmente, conflitantes, interesses colocados em cena. A construção de



um projeto terapêutico em parceria poderá levar a redução do sobre uso dos serviços de saúde, redução dos custos do cuidado, retrabalho e tratamentos desnecessários (SALES, *et al.*, 2012).

A atenção dispensada, a escuta, o respeito, a valorização das queixas, corrobora para que o atendimento ao usuário se torne mais resolutivo. O trabalho em equipe é considerado pelos trabalhadores como a uniformização de linguagem e padronização de condutas, de forma a evitar conflitos, sem evidenciar poderes, afetos e desafetos. Este autor aponta a consulta médica como um dos principais focos da recepção, ponto de tensionamento. Isso traz a necessidade de reflexão sobre a prática em saúde, na perspectiva do compromisso com o usuário e não simplesmente o cumprimento de regras, normas e protocolos padronizados, sem considerar as singularidades dos usuários (SÁ *et al.*, 2009).

A relação médico-paciente é um ponto nevrálgico na APS, grande nó para a implementação de práticas humanizadas em saúde. As parcelas mais pobres da população, onde o acesso aos serviços de saúde é restringido, e contrariando totalmente os princípios fundamentais da atenção primária, só reforça o caráter de injustiça social e as profundas desigualdades persistentes em nossa sociedade, reproduzindo insatisfação com a qualidade dos serviços e a violência no dia a dia das unidades, afetando a população e profissionais de saúde (SARTI, 2014).

Apesar da importância da abordagem holística do paciente no sentido de aperfeiçoar a relação com os profissionais da saúde, as grades curriculares da maioria das escolas não contemplam a busca de competências técnicas que aprimorem a formação humanística dos alunos. Pesquisas que envolvem estas relações durante a formação em saúde são escassas. Uma mudança pedagógica na qual o ensino centrado no aluno, seja uma estratégia para educar o futuro profissional a valorizar a abordagem centrada na pessoa. O autor considera a relação médico-paciente a essência na efetividade dos cuidados de saúde, o que envolve confiança entre o profissional e um indivíduo vulnerável, caracterizando uma das formas mais importantes das relações humanas. Por isto, vários trabalhos publicados nos últimos anos sobre a temática enfocam justamente o lado humanístico da relação médico-paciente e a importância na qualidade desta relação no estabelecimento do vínculo do paciente com os cuidados à saúde (LIMA; *et al.*, 2008).

Carvalho (2006) em seu artigo a *Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes* observou-se que o perfil dos profissionais médicos não se mostrava adequado ao desempenho das funções solicitadas pelo PSF. Um dos determinantes mais importantes na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e na vinculação do paciente ao serviço é justamente a relação médico-paciente. Uma maior

vinculação dos usuários ao serviço de saúde, com a atenção qualificada, está relacionada à eficácia da comunicação. O médico deve perceber o paciente em sua integralidade, para tanto, requer que o currículo educacional nas universidades contemple os elementos básicos dos aspectos éticos e de comunicação.

Caprara e Rodrigues (2004) em seus estudos colocam que a qualidade dos serviços de saúde é percebida pelos pacientes em 30 a 40% pela capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40 a 50% pela relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médico e paciente. Portanto estes dados reafirmam a necessidade do profissional considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico.

As palavras, muitas vezes, podem causar iatrogenia, ao se rotular ou transformar potenciais riscos em ‘doença’, gerando dúvidas e medos nos pacientes. Mas é também por meio das palavras que se pode tranquilizar e produzir efeitos terapêuticos positivos nos pacientes. Portanto, a palavra como um dos pilares da comunicação, necessita ser adequadamente trabalhada para facilitar o entendimento entre profissionais de saúde e pacientes durante a troca de informações (LIMA; *et al.*, 2008).

O entendimento de como as situações de violências contra os profissionais de saúde se apresentam na APS é também objetivo desta dissertação. A violência pode apresentar-se desde agressões físicas, de forma verbal e ou através de pressão psicológica intensa, podendo vir daquele paciente agitado que é reprimido e ou quando recebe uma má notícia, poderá vir também dos próprios familiares e amigos do paciente, quando não atendida às necessidades do ente familiar. As equipes sofrem muita pressão, desde a marcação das consultas devido ao período longo de espera.

Em Minas Gerais, as entidades de classe: Associação Médica de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, Sindicato dos Médicos de Estado de Minas Gerais e o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte têm mostrado preocupação com o problema da violência no trabalho. Relatos de ameaças e agressões a profissionais médicos ou trabalhadores de unidades de saúde, especialmente da rede pública de serviços de Belo Horizonte, têm sido noticiados e denunciados com frequência (AMMG *et al.*, 2002).

Os serviços de saúde são caracterizados pelos usuários como “lento e ineficaz” gerando na equipe conflitos, justamente com a população que necessita dos cuidados em saúde. Associado a isto, os profissionais relataram a falta de segurança em relação a clientela atendida, sentem medo de sofrer ameaças quando abordam uso de drogas pelos pacientes,

pois estas pessoas normalmente são envolvidas em gangues, que geralmente possuem armas. A violência doméstica também é citada, muitas das vezes velada é de difícil abordagem. Pacientes psiquiátricos, pacientes com demência e pacientes idosos também são fontes de violência, e em muitas vezes estes clientes atacam tanto verbal como fisicamente, sem que o trabalhador tenha provocado qualquer tipo de agressão aos usuários (TELLES, 2011).

O Núcleo de Saúde e Paz da Faculdade de Medicina/UFMG, com o Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde desenvolveu um projeto de pesquisa voltado para os profissionais das UBS's de BH, de forma a identificar vínculo e violência no cotidiano das eSF. A pesquisa teve como coordenação da Dra Elza Machado e as ações em campo de estudo foram coordenadas pelos mestrados. Os dados foram coletados através de entrevistas com profissionais e usuários de 45 UBS's, distribuídas nos 9 Distritos Sanitários. O início da coleta de dados foi em fevereiro de 2017. O projeto teve o intuito de contribuir com a construção de informações que auxiliem na Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

A Atenção Básica de Saúde no município de Belo Horizonte conta atualmente com 152 centros de saúde, onde atuam 589 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Além das eSF, contam com as equipes de zoonoses (responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais), de Saúde Bucal, de Saúde Mental e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O vínculo empregatício é estabelecido por meio de concurso ou processo seletivo público, havendo também a possibilidade de realização de contratos temporários (atualmente existem ainda algumas vagas nas ESF reservadas para os médicos do Programa Mais Médicos cuja contratação é realizada pelo Ministério da Saúde por meio de edital). Em Belo Horizonte, as UBS são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser os primeiros a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Através de uma organização dos serviços em rede, a atenção integral aos usuários é assegurada pela hierarquização dos níveis de complexidade viabilizando encaminhamentos resolutivos.

### 3 JUSTIFICATIVA

Considerando o cenário das políticas que permeiam o SUS e toda a experiência acumulada nestes 30 anos de efetivação de suas ações, quando retomamos aos princípios do SUS com foco na integralidade do cuidado, é natural pensarmos na relação ao longo prazo entre eSF e comunidade, relação esta, idealmente ancorada na confiança, no respeito mútuo e principalmente com formação de vínculo. Portanto vínculo se apresenta como princípio essencial na continuidade das ações da APS, de forma a sustentar a qualidade e resolutividade da assistência à saúde e constituir relações humanizadas.

Com estes desafios a serem enfrentados no cotidiano da prática em saúde, é necessário à incorporação de novos conteúdos teóricos, mas principalmente a produção de um novo saber atrelado ao fazer, saber este, que deverá ser construído desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde. Os processos de mudança no comportamento dos profissionais deverão ser de forma a responder às demandas de saúde da população com qualidade e prontidão, para tanto será necessário englobar todos os sujeitos envolvidos, na tentativa de fornecer às pessoas uma experiência agradável, positiva e que possa motivar intenções de se envolver com ela.

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços, implica desenvolver relações próximas e íntegas que proporcione sensibilidade, permitindo se colocar no lugar do outro, exercendo a empatia. Em contraponto a não valorização dos profissionais leva a alienação destes, em relação a seu trabalho contribuindo para a redução do grau de responsabilização e da criação de relações duradouras.

A relevância deste estudo é proporcionar a compreensão e a importância do vínculo entre eSF, usuários e unidade de saúde, assim como contribuir na elucidação de fatores e elementos do cotidiano de trabalho e suas correlações na formação de vínculo entre os atores, no contexto da APS. Os achados deste estudo poderão auxiliar educadores, gestores e formuladores das políticas públicas de saúde no entendimento das fragilidades e lacunas da APS, de forma a aperfeiçoar o modelo instituído com base nos princípios e diretrizes do SUS, e edificar uma prática efetiva, acolhedora e motivadora pautada em relações humanizadas, de forma a promover saúde e minimizar situações de violência entre os sujeitos envolvidos.

Como mote, a realização deste discurso constituiu uma oportunidade de averiguar a hipótese levantada, e a partir da análise dos dados produzidos pela aplicação dos questionários dirigidos aos profissionais de saúde, dialogar com a literatura estudada.

#### **4 HIPÓTESE**

Características dos trabalhadores e dos serviços, assim como, as exposições às situações de violência interferem na formação de vínculo entre trabalhadores da APS com os usuários e serviços do SUS.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo Geral**

Avaliar a correlação de elementos e fatores que favorecem ou não a formação de vínculo entre profissionais das eSF atuantes na APS da SMSA da PBH com sua população adscrita e unidade básica de saúde.

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os principais marcos legais da saúde e da construção do SUS.
- Sistematizar conceitos expressos na literatura referente a vínculo, trabalho e violência na APS;
- Correlacionar os fatores que poderão interferir na formação ou não, do vínculo pelas diversas categorias de trabalhadores da APS da PBH com seus usuários e serviço.
- Avaliar o que enfraquece e, ou fortalece a formação de vínculo dos profissionais com a UBS.

## 6 METODOLOGIA

Este trabalho teve como objeto de estudo as publicações científicas que enfocaram o tema vínculo e saúde. Escolhemos para obtenção do material de fonte secundária, os bancos de dados eletrônicos LILACS e MEDLINE via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e aqueles contidos na BIREME, de forma a obter informações mais precisas e alcançar artigos mais fidedignos, considerando serem estes bancos os mais utilizados por pesquisadores da área de saúde como referência na publicação de artigos científicos.

Os descritores utilizados para a pesquisa bibliográfica foram: atenção primária à saúde, violência, pessoal de saúde e vínculo. Priorizada a seleção dos artigos, em seguida foi realizada a leitura dos textos, de modo a identificar aqueles que abordavam o tema. Foi criada uma tabela no Excel de forma a organizar os artigos por eixos temáticos.

O método escolhido foi o da revisão narrativa que permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, ao refinar a busca com as palavras-chave atenção primária à saúde, violência, pessoal de saúde e vínculo, 342 artigos foram encontrados, e destes, 31 estavam compatíveis com o tema propostos. A pesquisa nas bases de dados foi realizada com publicações no período de 2002 a 2017.

Acrescentou-se às referências bibliográficas que originaram este trabalho, outras fontes de referência sobre os temas, visto que apesar do assunto fazer parte do cotidiano das equipes da ESF, suas correlações ainda é um campo pouco explorado.

Trata-se assim de um estudo Descritivo de desenho quantitativo.

Foi realizada uma pesquisa de cunho maior, desenvolvida pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social / Núcleo de Saúde e Paz da pós-graduação da Medicina/UFMF, de grande importância pelo alcance significativo no estudo da atenção primária, Saúde do Trabalhador e as várias facetas da violência. O público alvo foram os profissionais da saúde, inseridos na APS, especificamente nas UBS selecionadas para o inquérito, pertencentes aos nove distritos sanitários da SMSA de BH.

A amostra probabilística foi obtida por conglomerado em único estágio, através do sorteio de cinco UBSs em cada distrito sanitário, totalizando quarenta e cinco unidades de saúde. Cada unidade foi visitada pela equipe de pesquisadores, pelo menos uma vez, no período entre março e dezembro de 2017 e foram recrutados para participação todos os profissionais, de todos os setores das UBSs, presente no momento da realização da pesquisa e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a dezoito anos e



vínculo de trabalho com a UBS igual ou superior a um ano. Foram distribuídos 1276 questionários, sendo que 1042 foram respondidos e 234 não respondidos (profissional que não preencheu critério de inclusão e/ou perdeu o questionário). Para que a obtenção de uma amostra que representasse os profissionais da ESF foi necessária a participação de pelo menos um profissional das seguintes categorias de cada UBS – médico (médico generalista ou médico de apoio), enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Foram incluídos no estudo os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado um questionário semi estruturado como instrumento de pesquisa. Este questionário foi produzido em oficinas de trabalho compostas por especialistas das áreas de assistência-social, enfermagem, psicologia e medicina. O formulário apresentou 310 perguntas, cujo roteiro de entrevistas foi elaborado a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis. Os questionários foram utilizados anteriormente no PROESF e na PNS e testado posteriormente em um projeto piloto no município de Ribeirão das Neves, com publicação da experiência em formato de artigo científico. Após as correções necessárias realizadas pela equipe da pesquisa, o instrumento foi submetido à nova testagem na UBS Capitão Eduardo - BH, em formato autoaplicável e anônimo, em todos os profissionais da saúde presentes no dia do teste.

O questionário foi dividido em dezesseis blocos temáticos: Características Pessoais, Trabalho, Trabalho na sua unidade, Matriciamento em Saúde Mental, Atividades físicas, Relação com a Secretaria Municipal de Saúde, Relações interpessoais na unidade de trabalho, Relacionamento com o usuário, Relação entre colegas e os usuários, Atendimento de situações de violência na unidade, Situações de violência na área de abrangência da unidade, Vivência de situações de violência, enfrentamento da violência, Doenças Estigmatizantes, Papéis de gênero, Assistência Farmacêutica.

Os dados foram coletados nas quarenta e cinco UBS's selecionadas em dois momentos distintos: entre março e maio de 2017 e em dezembro de 2017, quando foi realizada a revisitação em algumas unidades para complementação dos dados. A equipe que desempenhou a coleta de dados foi composta por 23 pesquisadores, sob orientação e treinamento realizado pelos coordenadores do projeto, e que se responsabilizou por distribuir, orientar, sanar dúvidas sobre o preenchimento, e recolher os questionários ao fim do dia.

Todos os questionários foram numerados, identificados por UBS e regional correspondente, e substituídos quando necessário (em caso de extravio/dano).

A aplicação dos questionários foi precedida do contato prévio com as Gerências das Unidades de Saúde, as Gerências dos Distritos Sanitários e com a Secretaria Municipal de Saúde e cada profissional foi esclarecido do caráter anônimo da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo COEP/UFMG, com anuência do Comitê de Ética em

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte (CEPSMSA/PBH) (projeto CAAE – 011480812.1.0000.5149; número do parecer: 14998. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido). O estudo foi financiado com recursos próprio.

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados e analisados por meio do pacote Statistical Packet for Social Sciences (SPSS, versão 20).

Como subsídio para esse estudo, dos dezesseis blocos temáticos do instrumento de pesquisa, utilizamos os seguintes: Características Pessoais, Trabalho, Trabalho na sua unidade, Relacionamento com o usuário, Vivência de situações de violência.

A partir das variáveis referentes ao Módulo de trabalho na sua unidade, a saber: Q22 a Q29 (fortalecimento) e Q22 a Q29 (enfraquecimento), construiu-se um indicador de vínculo dos profissionais com a unidade de saúde, que é a variável resposta/dependente deste estudo. São elas: Distância trabalho-residência, Mercado de trabalho, Remuneração, Condições de trabalho na UBS, Situação de violência, Tipo de trabalho, Relações interpessoais com equipe e usuários, Perfil e formação profissional. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas de forma a ponderar mais as respostas positivas e menos as respostas negativas ao vínculo. Essa codificação para as variáveis com duas categorias (sim e não) é apresentada no Quadro 1, que apresenta as variáveis da composição do indicador.

**QUADRO 1**–Variáveis que compõem o indicador de vínculo e suas respectivas recodificações.

<b>Indicador</b>	<b>Variáveis (X<sub>i</sub>)</b>		<b>Recodificação para representar 'Mais vínculo':</b>
<b>Indicador de Vínculo (IV)</b>	X <sub>1</sub>	Distância trabalho-residência (fortalece)	Não = 1 e Sim = 0
	X <sub>2</sub>	Mercado de trabalho (fortalece)	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>3</sub>	Remuneração (fortalece)	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>4</sub>	Condições de trabalho na UBS (fortalece)	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>5</sub>	Situação de violência (fortalece)	Não = 1 e Sim = 0
	X <sub>6</sub>	Relações interpessoais com equipe e usuários (fortalece)	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>7</sub>	Perfil e formação profissional (fortalece)	Sim = 1 e Não = 0

X <sub>8</sub>	Tipo de trabalho (fortalece)	Sim = 1 e Não = 0
X <sub>9</sub>	Distância trabalho-residência (enfraquece)	Sim = 1 e Não = 0
X <sub>10</sub>	Mercado de trabalho (enfraquece)	Não = 1 e Sim = 0
X <sub>11</sub>	Remuneração (enfraquece)	Não = 1 e Sim = 0
X <sub>12</sub>	Condições de trabalho na UBS (enfraquece)	Não = 1 e Sim = 0
X <sub>13</sub>	Situação de violência (enfraquece)	Sim = 1 e Não = 0
X <sub>14</sub>	Relações interpessoais com equipe e usuários (enfraquece)	Não = 1 e Sim = 0
X <sub>15</sub>	Perfil e formação profissional (enfraquece)	Não = 1 e Sim = 0
X <sub>16</sub>	Tipo de trabalho (enfraquece)	Não = 1 e Sim = 0

Fonte-Autoria própria.

A fórmula ficou assim, Indicador de Vínculo (IV)

$$IV = \sum_{i=1}^{16} X_i$$

O indicador foi padronizado para que assumisse valores na escala 0 -100.

A padronização adotada é a apresentada a seguir

$$Ipad_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)}$$

Esta padronização para alcançar o resultado esperado foi multiplicada por 100.

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas como sexo, faixa etária, Estado civil, cor-raça, grau de instrução, tempo de trabalho, outro vínculo de trabalho além do vínculo na atenção primária, satisfação no trabalho, sofreu reclamação sobre seu trabalho, sofreu ameaça ou agressão pelo usuário, trato pacientes como objeto, me tornei insensível com as pessoas, o trabalho me endurece emocionalmente, não me importo com o que acontece com meus pacientes, praticou agressão ao usuário, sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses e apresentadas através de diagramas e em caixas (*boxplot's*).

A importância da criação deste indicador de Vínculo foi permitir estudar associações estatisticamente significativas a partir de informações qualitativas.

Foi realizada análise de regressão logística. Trata-se de um tipo de modelo de regressão para ajustar dados binários. A variável resposta não é contínua, mas binária, e segue uma distribuição Binomial. Os aspectos teóricos e práticos sobre esse modelo podem ser obtidos em Lindsey (1997).

A função logística ou logíst é usada para transformar uma curva com formato S em uma reta e para mudar a amplitude da proporção de 0 a 1 para  $-\infty$  a  $+\infty$ . Neste caso, a função logística é definida como o logaritmo natural ( $\ln$ ) das chances de ter vínculo alto. Ou seja,

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)_{x_0}$$

Em que  $p$  é a probabilidade do profissional ter vínculo alto no contexto da unidade de saúde. A relação entre a probabilidade de ter vínculo alto e as variáveis explicativas deverá ser modelada da seguinte forma:

$$\text{logit}(p) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p$$

Neste trabalho ajustamos um modelo de análise de regressão logística para analisar a relação entre a probabilidade de o profissional ter vínculo alto e as variáveis explicativas referentes aos fatores sócios demográficos tais como: sexo, idade, grau de instrução, satisfação no trabalho etc.

O ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (ter vínculo alto) é similar as probabilidades preditas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste  $H_0$  significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982). Toda variável com um valor  $p \leq 0,25$  foi candidata ao modelo logístico, devendo obter nesta última análise um valor  $p \leq 0,05$  para permanecer no modelo final. Foram obtidas as razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95%.

Foi possível observar algumas limitações no instrumento de coleta dos dados quando da construção do questionário referente ao *Módulo Trabalho na sua Unidade*, as questões de 22 a 29, cuja variáveis respostas: *Fortalece (Sim – Não)* e *Enfraquece (Sim –Não) favorece a duplainterpretação*. Para concluir a análise foi feita a comparação entre os resultados do Quadro 1, comparando todas as variáveis resposta.

#### Análise de Regressão Logística:

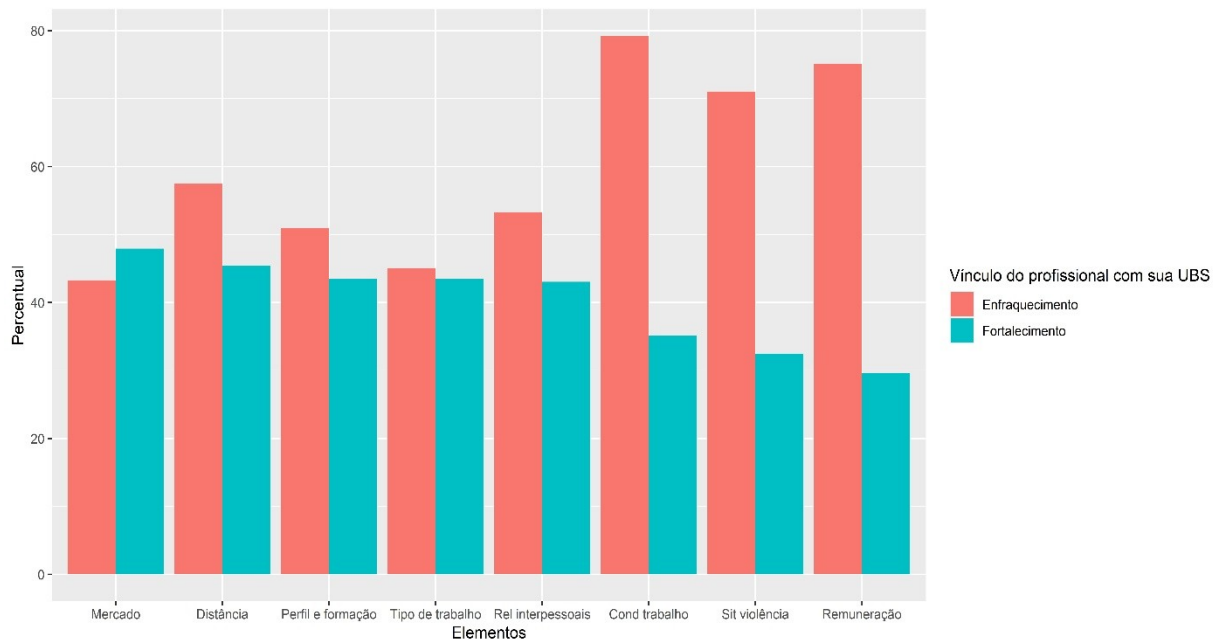
Para o modelo foi modelado duas fases- sendo a primeira fase a de triagem - onde foram selecionadas as variáveis explicativas  $\leq 0,25$ , representadas pela Tabela 1. E em uma segunda fase, só passaram as variáveis respostas que apresentaram significância, cujo valor de  $p \leq 0,005$ , representado mais à frente na tabela 2.

## 7 RESULTADOS

Inicialmente esta seção apresenta os resultados da análise descritiva a partir das distribuições univariadas e bivariadas além de gráficos de barras, pizza e do tipo boxplot.

A Figura 1 apresenta Elementos que Enfraquecem ou Fortalecem o Vínculo dos Profissionais com sua Unidade Básica de Saúde, observa se que os elementos como Condições de trabalho, Situações de violência e Remuneração apresentam um percentual em até 35%, no quesito fortalecimento do vínculo. Nos chama atenção, que estes mesmos elementos impactam muito mais no quesito enfraquecimento do vínculo, chegando à percentuais de até 80%. Nos demais elementos, os percentuais de fortalecimento e enfraquecimento, se apresentam com uma faixa menor de diferença.

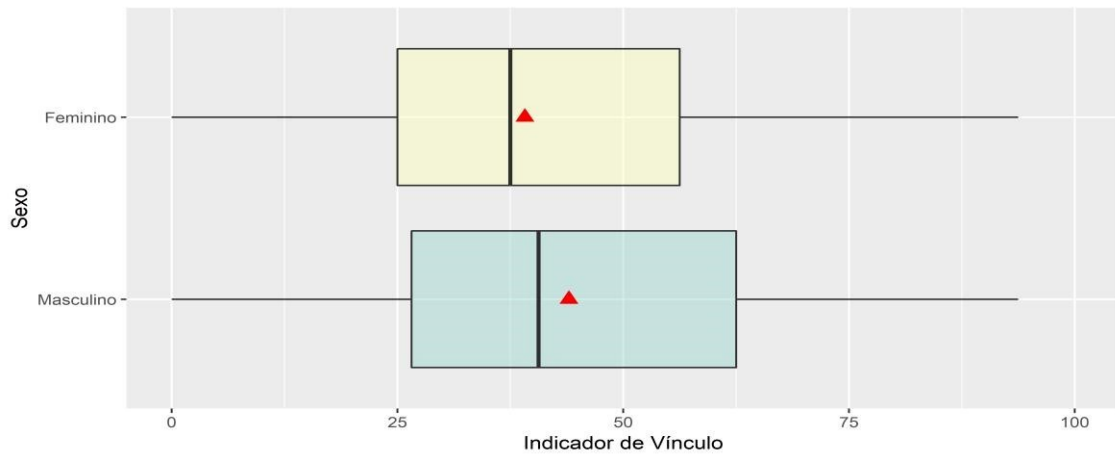
**Figura 1** – Elementos que Enfraquecem ou Fortalecem o Vínculo dos Profissionais com sua Unidade Básica de Saúde.



Fonte-Autoria própria

A Figura 2 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme o sexo. Observa se que os entrevistados do sexo masculino apresentam um Indicador de Vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica se que o Indicador é um pouco mais homogêneo entre aqueles do sexo feminino. Tem se ainda que a distribuição do indicador seja assimétrica à direita entre os entrevistados do sexo masculino.

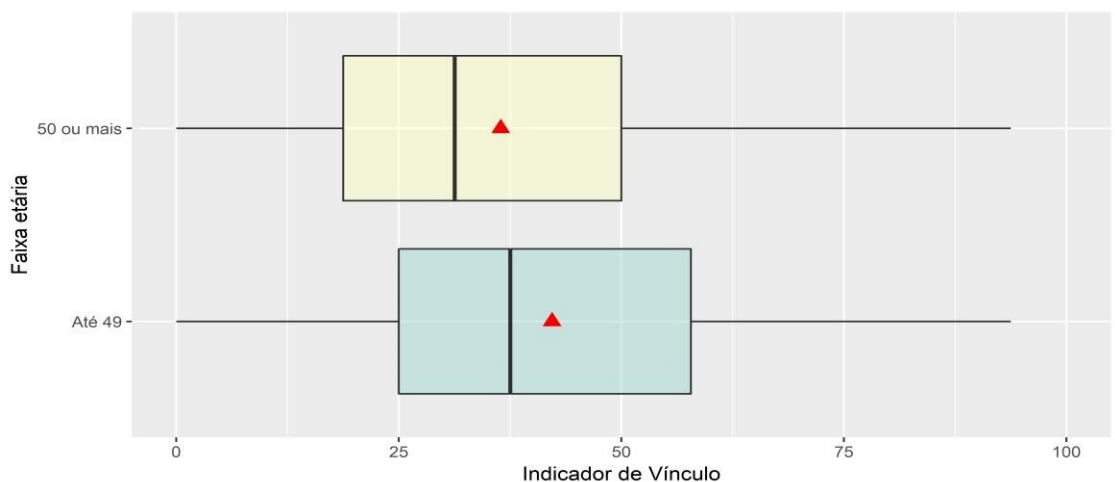
**Figura 2-** Distribuição do indicador do Vínculo segundo o sexo



Fonte: Autoria própria

A Figura 3 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme a faixa etária. Observa-se que os entrevistados com faixas etárias até 49 anos têm um Indicador de Vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica-se que o Indicador de vínculo é similar entre aqueles que têm idade até 49 anos e idade de 50 ou mais. Tem-se ainda que a distribuição do indicador seja assimétrica à direita entre os entrevistados com idade até 49 anos.

**Figura 3-** Distribuição do indicador do vínculo segundo Faixa Etária

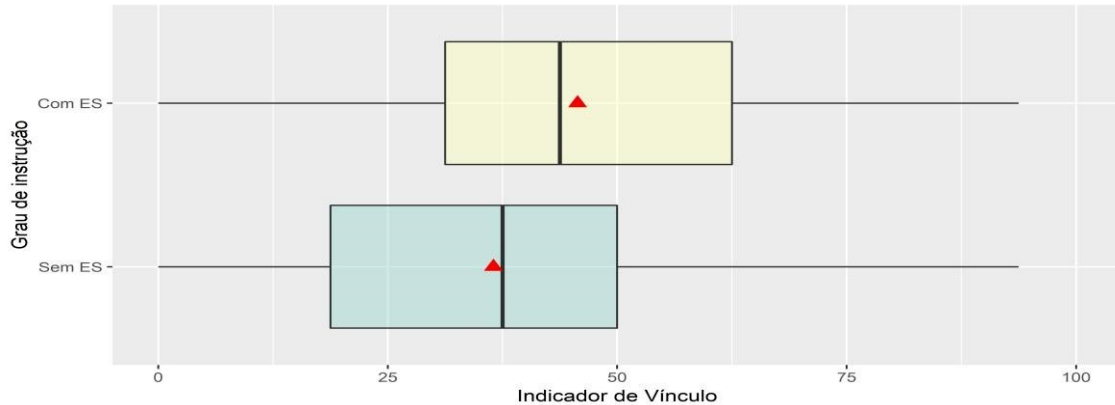


Fonte: Autoria própria

A Figura 4 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme o grau de instrução. Observa-se que os entrevistados com ensino superior possuem um Indicador de Vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica-se que o Indicador de Vínculo é um pouco mais homogêneo entre aqueles profissionais com ensino superior. Tem-se ainda que a

distribuição do indicador seja mais assimétrica à direita entre os entrevistados que possuem ensino superior.

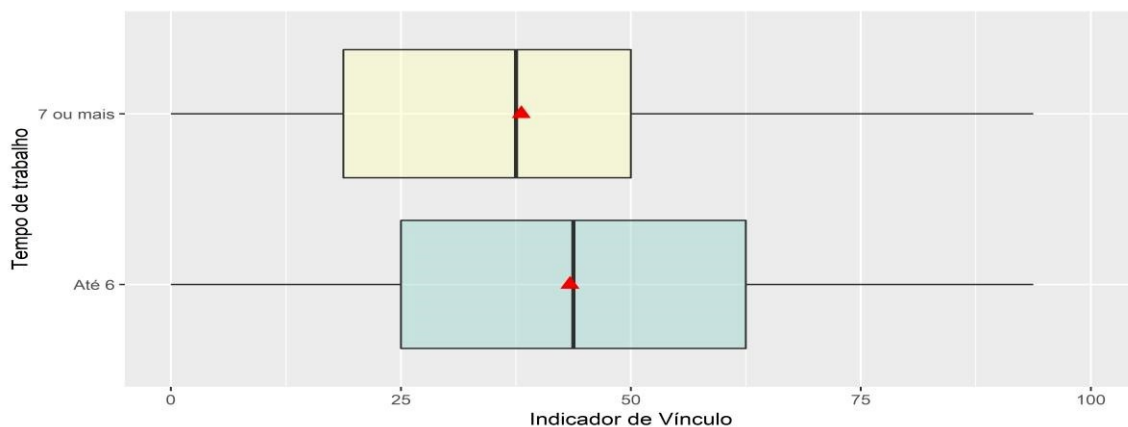
**Figura 4-** Distribuição do indicador do vínculo segundo grau de instrução.



Fonte: Autoria própria

A Figura 5 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme o tempo de trabalho. Observa-se que os entrevistados com tempo de trabalho até seis anos apresentam um Indicador de Vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica-se que o Indicador de vínculo é homogêneo entre aqueles com 7 anos ou mais de tempo de trabalho. Tem-se ainda que a distribuição do indicador seja ligeiramente assimétrica à direita entre aqueles com 7 anos ou mais de tempo de trabalho.

**Figura 5-** Distribuição do indicador do vínculo segundo o tempo de trabalho na APS.

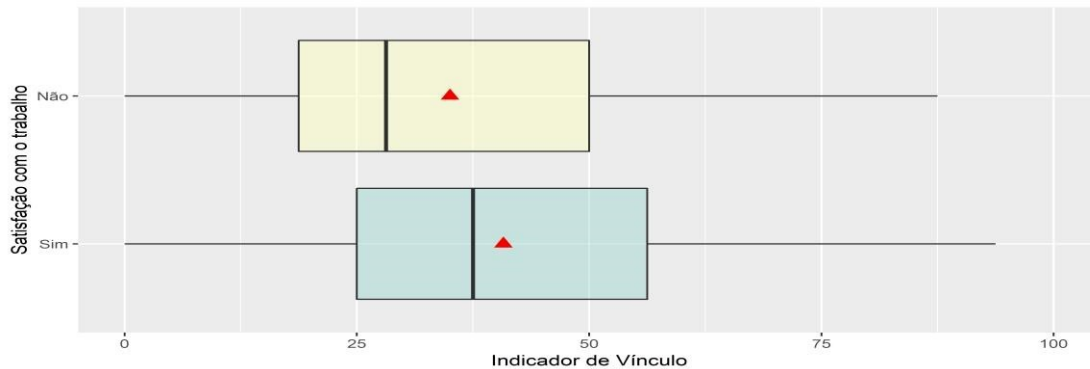


Fonte: Autoria própria

A Figura 6 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme a Satisfação com o Trabalho. Observa-se que os entrevistados que apresentaram maior satisfação no trabalho possuem um Indicador de Vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica-se que o

Indicador de Vínculo está similar em ambas distribuições. Tem se ainda que a distribuição do indicador seja mais assimétrica à direita entre os entrevistados que não estão satisfeito com o trabalho.

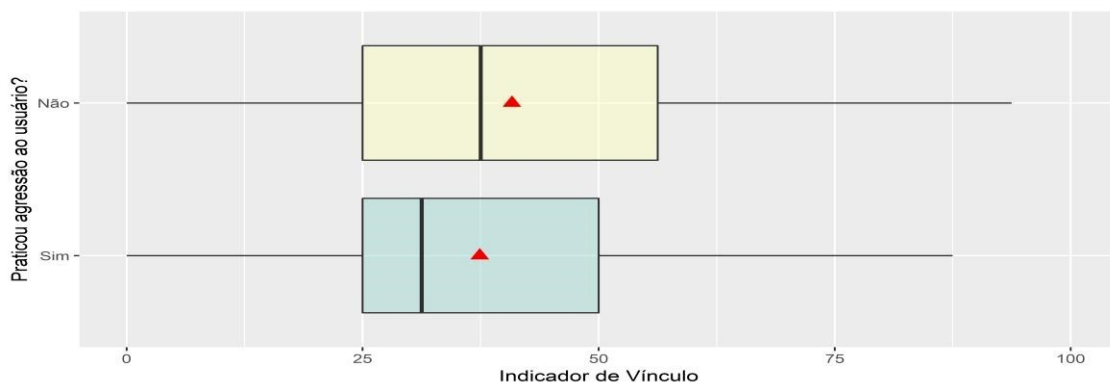
**Figura 6-** Distribuição do indicador do vínculo segundo a satisfação com o trabalho na APS.



Fonte: Autoria própria

A Figura 7 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme ao fato do profissional praticar agressão ao usuário. Observa-se que os entrevistados que não praticaram agressão ao usuário possuem um Indicador de Vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica-se que o Indicador de vínculo é mais heterogêneo entre aqueles que não praticaram agressão ao usuário. Tem-se ainda que a distribuição do indicador seja mais assimétrica à direita entre os entrevistados que agrediram usuários.

**Figura 7-** Distribuição do indicador do vínculo segundo praticar agressão ao usuário da APS.



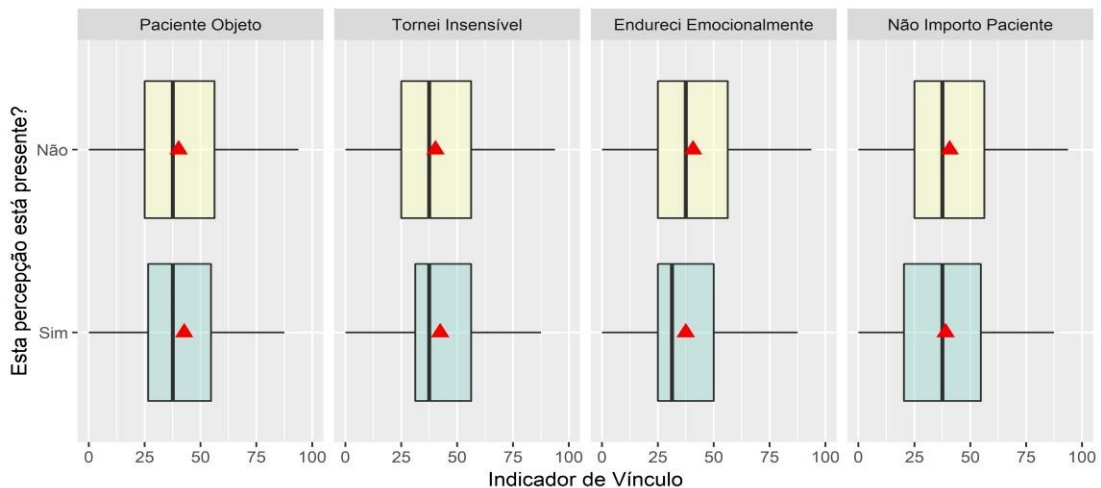
Fonte: Autoria própria

A Figura 8 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo mediante algum tipo de percepção emocional presente nos entrevistados. Observa-se que na análise dos dados, o



relato da não presença destas percepções demonstrou, uma ligeira formação de vínculo alto maior, nas seguintes percepções: Paciente objeto, Tornei sensível e Endureci emocionalmente. Quando analisamos os dados da percepção: Não importo com os pacientes, apresenta um Indicador de Vínculo similar aos que não relataram tal percepção. Em termos de dispersão, verifica se que o Indicador de vínculo é um pouco mais homogêneo entre aqueles que disseram não às percepções analisadas, exceto a percepção: Não me importo com o paciente que está bem similar. Tem se ainda que a distribuição do indicador é um pouco mais assimétrica à direita entre os entrevistados que responderam sim às percepções.

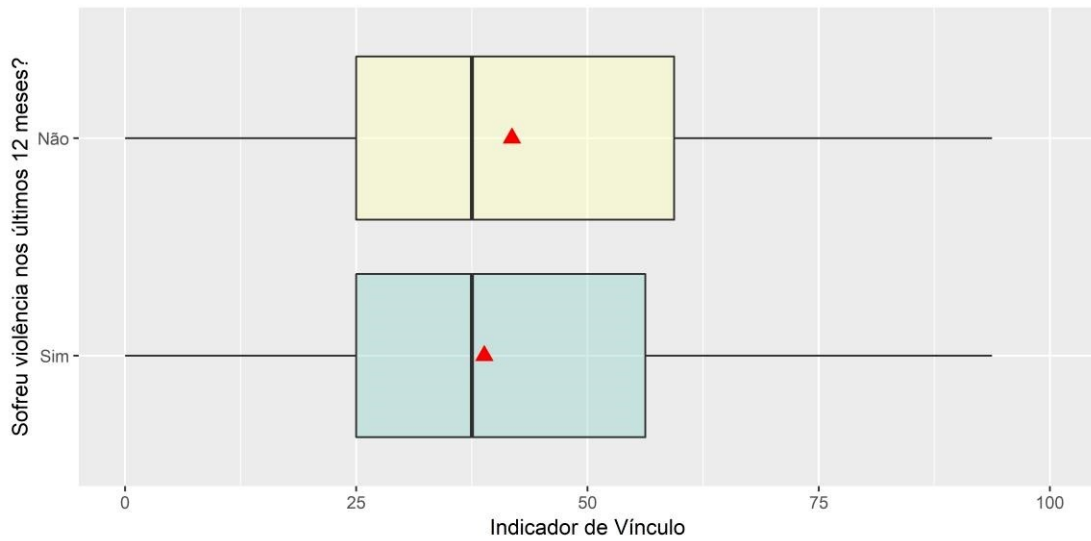
**Figura 8-** Distribuição do indicador do vínculo segundo percepções emocionais relatadas pelos trabalhadores da APS.



Fonte: Autoria própria

A Figura 9 apresenta a distribuição do Indicador de Vínculo conforme a vitimização da violência. Observa-se que os entrevistados que não sofreram violência possuem levemente um Indicador de vínculo maior. Em termos de dispersão, verifica-se que o Indicador de vínculo é um pouco mais homogêneo entre aqueles que sofreram violência. Tem-se ainda que a distribuição do indicador seja mais assimétrica à direita entre os entrevistados que não sofreram violência.

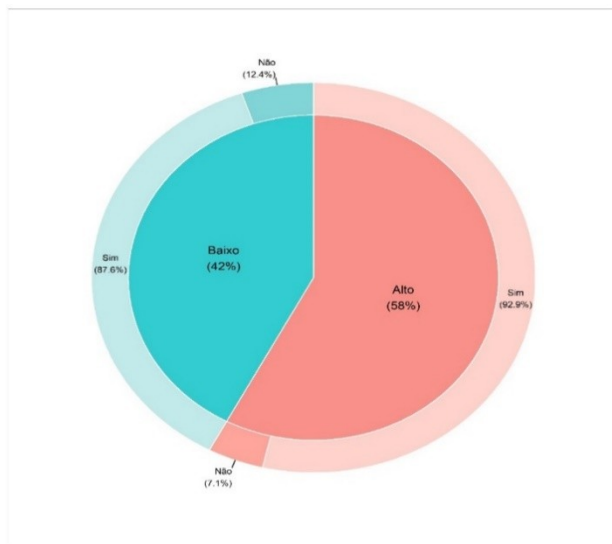
**Figura 9-** Distribuição do indicador do vínculo segundo o profissional da APS ter sofrido violência nos últimos doze meses.



Fonte: Autoria própria

A Figura 10 apresenta a Distribuição percentual cruzada entre vínculo e satisfação no trabalho, podemos observar que 92% dos entrevistados declararam satisfação no trabalho com um percentual de 58% de formação de vínculo alto.

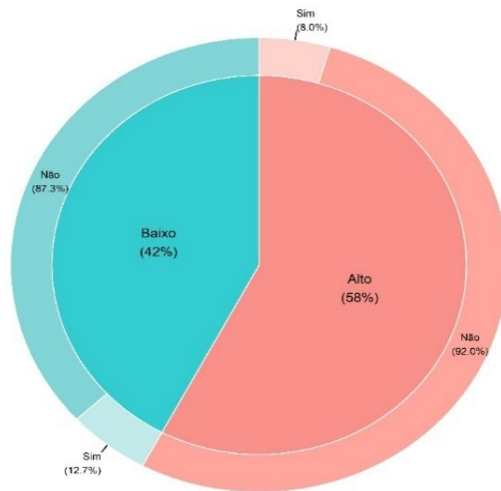
**Figura 10-** Distribuição percentual cruzada entre vínculo e satisfação no trabalho



Fonte: Autoria própria

A Figura 11 apresenta a Distribuição percentual cruzada entre vínculo e ameaça pelo usuário, podemos observar que 92% dos entrevistados declararam não ter sofrido ameaça pelo usuário, com um percentual de 58% de formação de vínculo alto.

**Figura 11-** Distribuição percentual cruzada entre vínculo e ameaça pelo usuário



Fonte: Autoria própria

A seguir vamos apresentar as análises descritiva da distribuição bivariada das variáveis explicativas e das variáveis respostas, assim como o valor  $p$  para as variáveis explicativas submetidas ao teste Qui-quadrado de Homogeneidade, representadas na Tabela 1,

Em análise das variáveis explicativas, observa-se que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, totalizando 81,4%. A faixa etária em destaque foi a de 40 a 59 anos que totalizou 60,3%. O público alvo com estado civil casado ou união ou amasiados chegou aos 59,9%. Os que se autodeclararam pardos teve um total de 44,3%. Relativo ao grau de instrução, sem ensino superior, apresentou 61,7%. Com relação ao tempo de trabalho, aqueles que permaneceram na instituição de 6 a 12 anos, ou mais, fez um total de 62,8%. Entre os entrevistados, 86,9% declararam não possuir outro vínculo de trabalho. A maioria respondeu estar satisfeitos com o trabalho, totalizando 89,6%. No tema violência, quando questionados se sofreram ameaça pelo usuário, a maioria, representada por 87,4%, respondeu que não. Em relação a ter sofrido agressão pelo usuário, 67,8% respondeu que sim. Referente à variável explicativa 'Alguns usuários já reclamou do seu trabalho', 94,0% dos trabalhadores respondeu que não. Na percepção dos entrevistados referente ao modo de tratar os pacientes, 94,5% afirmaram não os tratar como objeto e 89,2% responderam não ser insensíveis com as pessoas. Sobre a variável explicativa referente à percepção 'O trabalho me endurece emocionalmente', observa-se que entre os trabalhadores da APS, a maioria não se endureceu

emocionalmente com o trabalho, somando 87,5%. A maior parte dos entrevistados se importa com o que acontece com os seus pacientes, totalizando 80,6%. Em relação à prática de agressão contra os usuários, 84,6% das respostas foram negativas. Quando o público alvo foi questionado se sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses, quase a metade relatou que sim, com 48,8% das respostas.

Quando analisamos a variável resposta, referente ao vínculo profissional, 53% das respostas se relacionaram com a formação de vínculo alto.

Relativo à proporção de entrevistados com formação de vínculo alto considerando as variáveis explicativas, observamos que 62,2% são do sexo masculino. A faixa etária com maior vinculação foi até de 29 anos totalizando 70,6%. Em 54,3% com vínculo alto formado são de estado civil casado, a cor-raça branca apresentou 57,1% de vinculação. Com relação ao nível de instrução os trabalhadores com pós-graduação totalizaram 68,6% das respostas. Com relação ao tempo de trabalho os trabalhadores entre 3 e 6 anos apresentaram uma vinculação maior de 60,0%. Dentre aqueles que declararam não possuir outro vínculo de trabalho além da APS obteve 53,7% que formaram vínculo alto com unidade de saúde. Houve formação de vínculo alto em 54,7% dos entrevistados que estão satisfeitos com o trabalho. Dentre aqueles que não sofreram ameaças pelos usuários em 54,8% houve formação de vínculo, assim como aqueles que não foram agredidos 53,2%. Houve uma maior vinculação de 53,9% quando os entrevistados não tiveram reclamação pelos usuários sobre seu trabalho. Referente a percepção de tratar pacientes como objeto 54,2% formaram vínculo, assim como 56,3% dentre aqueles que se tornaram insensíveis com as pessoas. Dentre os trabalhadores que não se tornaram endurecidos emocionalmente com o trabalho 54,8% obtiveram vínculo alto. Dos que se importam com o que acontece com seus pacientes 54,3% formaram vínculo maior. No quesito violência, o público alvo que não praticou agressão ao usuário e que houve maior vinculação foi de 55% e observa-se que os trabalhadores que não sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses num total de 57,9% tiveram formação de vínculo.

**Tabela 1** Distribuição bivariada do vínculo profissional segundo as variáveis explicativas, Belo Horizonte, nos meses março a maio de 2017 e dezembro de 2017.

Variáveis explicativas	Vínculo Profissional								Valor de p
	Baixo		Alto		Não Informado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>									
Feminino	354	41,7	432	50,9	62	7,3	848	81,4	0,0061
Masculino	62	32,1	120	62,2	11	5,7	193	18,5	
<b>Faixa Etária</b>									
até 29 anos	12	23,5	63	70,6	3	5,9	51	4,9	<0,0001
30 a 39 anos	84	30,1	180	64,5	15	5,4	279	26,8	
40 até 49 anos	134	44,2	150	49,5	19	6,3	303	29,1	
50 até 59 anos	144	44,3	151	46,5	30	9,2	325	31,2	
60 ou mais	37	52,9	28	40	5	7,1	70	6,7	
Não Informado	5	35,7	7	50	2	14,3	14	1,3	

Variáveis explicativas	Vínculo Profissional								Valor de p
	Baixo		Alto		Não Informado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>									
Casado/União Estável/Amasiado	238	38,1	339	54,3	47	7,5	624	59,9	0,3832
Solteiro/Divorciado/Viúvo	173	42,5	209	51,4	25	6,1	407	39,1	
Não Informado	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	1,1	
<b>Raça/Cor</b>									
Branca	138	36,1	218	57,1	26	6,8	382	36,7	0,2636
Amarela	9	45	11	55	0	0	20	1,9	
Preta	74	43	85	49,4	13	7,6	172	16,5	
Parda	192	41,6	237	51,3	33	7,1	462	44,3	
Não Informado	3	50	1	16,7	2	33,3	6	0,6	
<b>Grau de Instrução</b>									
Sem Ensino Fundamental	6	50	4	33,3	2	16,7	12	1,2	<0,0001
Ensino Fundamental	32	44,4	35	48,6	5	6,9	72	6,9	
Ensino Médio	256	45,8	259	46,3	44	7,9	559	53,6	
Ensino Superior	67	36	110	59,1	9	4,8	186	17,9	
Pós Graduação	53	25,6	142	68,6	12	5,8	207	19,9	
Não Informado	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	0,6	
<b>Tempo de Trabalho</b>									
até 3 anos	59	36,4	86	53,1	17	10,5	162	15,5	0,0033
entre 3 a 6 anos	78	34,7	135	60	12	5,3	225	21,6	
entre 6 a 12 anos	127	37,5	189	55,8	23	6,8	339	32,5	
maior que 12 anos	152	48,1	142	44,9	22	7	316	30,3	
<b>Outro vínculo de trabalho além do vínculo na atenção primária</b>									
Sim	50	40	64	51,2	11	8,8	125	12	0,6672
Não	361	39,9	486	53,7	58	6,4	905	86,9	
Não Informado	5	41,7	2	16,7	5	41,7	12	1,2	
<b>Satisfação com o trabalho</b>									
Sim	355	38	511	54,7	68	7,3	934	89,6	0,0241
Não	50	54,9	38	41,8	3	3,3	91	8,7	
Não informado	11	64,7	3	17,6	3	17,6	17	1,6	
<b>Sofreu ameaça pelo usuário?</b>									
Não	351	38,5	499	54,8	61	6,7	911	87,4	0,0125
Sim	52	50	42	41,2	0	0,7	104	10	

Variáveis explicativas	Vínculo Profissional						Total	Valor de p	
	Baixo		Alto		Não Informado				
	n	%	n	%	n	%			
Sofreu agressão pelo usuário?									
Não	120	38,2	167	53,2	27	8,6	314	30,01	1
Sim	289	40,9	374	53	43	6,1	706	67,8	
Não Informado	7	31,8	11	50	4	18,2	22	2,1	
Algum usuário já reclamou do seu trabalho?									
Não	384	39,2	528	53,9	67	6,8	979	94	0,4346
Sim	17	54,8	14	45,2	0	0	31	3	
Não Informado	15	46,9	10	31,3	7	21,9	32	3,1	
Trato pacientes como objeto?									
Sim	9	37,5	13	54,2	2	8,3	24	2,3	1
Não	392	39,8	52,8	53,6	65	6,6	985	94,5	
Não Informado	15	45,5	11	33,3	7	21,2	33	3,2	
Me tornei insensível com as pessoas?									
Sim	32	40	45	56,3	3	3,8	80	7,7	0,7632
Não	366	39,4	500	53,8	63	6,8	929	89,2	
Não Informado	18	54,5	7	21,2	8	24,2	33	3,2	
O trabalho me endurece emocionalmente?									
Sim	53	50	49	46,2	4	3,8	106	10,2	0,1146
Não	349	38,3	500	54,8	63	6,9	912	87,5	
Não Informado	14	58,3	3	12,5	7	29,2	24	2,3	
Não me importo com o que acontece com os meus pacientes?									
Sim	49	40,8	65	54,2	6	5	120	11,5	1
Não	332	39,5	456	54,3	52	6,2	840	80,6	
Não Informado	35	42,7	31	37,8	16	19,5	82	7,9	
Praticou agressão ao usuário?									
Não	331	37,5	485	55	66	7,5	882	84,6	0,0228
Sim	70	52,2	59	44	5	3,7	134	12,9	
Não Informado	15	57,7	8	30,8	3	11,5	26	2,5	
Sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses?									
Não	170	34,1	289	57,9	40	8	499	47,9	0,0051
Sim	230	45,2	249	48,9	30	5,9	509	48,8	
Não Informado	16	47,1	14	41,2	4	11,8	34	3,3	
Total	416	39,9	552	53	74	7,1	1042	100	

Fonte: Autoria própria

A Tabela 2 apresenta o ajuste da análise de regressão logística para explicar a condição de vínculo em função do perfil dos profissionais, a partir das variáveis explicativas como sexo, faixa etária, Estado civil, cor-raça, grau de instrução, tempo de trabalho, outro vínculo de trabalho além do vínculo na APS, satisfação com o trabalho, sofreu ameaça pelo usuário, sofreu agressão pelo usuário, algum usuário já reclamou do seu trabalho, trato pacientes como objetos, me tornei insensível com as pessoas, o trabalho me endurece emocionalmente, não me importo com o eu acontece com os meus pacientes, praticou agressão ao usuário, sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

Para esse ajuste, tem-se a significância observada para o teste de Hosmer-Lemeshow, os coeficientes ajustados pela regressão logística binária e suas respectivas significâncias estatísticas, as estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares com 95% de confiança. O teste de Hosmer-Lemeshow aceitou a hipótese nula do modelo se ajustar bem aos dados (valor  $p = 0,9180$ )

No modelo ajustado, verifica-se que a variável resposta "Ter vínculo alto" é explicada pelas variáveis independentes: "Sexo", "Idade", "Grau de instrução", "Satisfação no trabalho", "Ter praticado agressão ao usuário", e "Ter sofrido alguma violência nos últimos 12 meses".

Esse modelo nos diz que:

- A chance de vínculo alto aumenta em 53,7% se o profissional for do sexo feminino;
- A chance de ter vínculo alto aumenta em 56,8% se o profissional tiver idade igual ou superior a 50 anos;
- A chance de ter vínculo alto aumenta em 121,4% se o profissional tiver ensino superior;
- A chance de ter vínculo alto aumenta em 83,1% se o profissional estiver satisfeito com o trabalho;
- A chance de ter vínculo alto aumenta em 60,2% se o profissional não praticou agressão ao usuário;
- A chance de ter vínculo alto aumenta em 53,7% se o profissional não sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses.



**Tabela 2** - Modelo final de análise de regressão logística: ter vínculo segundo variáveis explicativas.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
<b>Modelo: Ter vínculo</b>		(HosmerLemeshow, p = 0,9180)
Intercepto	-1,507 (< 0,0001)	0,222
Sexo (Feminino)	0,430 (0,0200)	1,537 (1,070; 2,207)
Idade (50 ou mais)	0,450 (0,0020)	1,568 (1,179; 2,085)
Grau de inst. (Ens.Superior)	0,795 (< 0,0001)	2,214 (1,655; 2,960)
Satisfação no Trabalho (Sim)	0,605 (0,0120)	1,831 (1,139; 2,942)
Praticou agressão usuário (Não)	0,471 (0,0220)	1,602 (1,072; 2,394)
Sofreu alguma violência (Não)	0,478 (0,0010)	1,612 (1,212; 2,144)

Fonte: Autoria própria

## 8 DISCUSSÃO

Compreender é abraçar, tomar tudo aquilo que foi deixado de lado e por vez separado, e então (re) agregar. Portanto nos coube aqui retratar a saúde, saúde para todos, na lógica da universalidade, da integralidade e equidade do cuidado. Cuidado este, com base nas relações humanizadas de forma a propiciar a formação de laços afetivos e duradouros entre os atores envolvidos e com formação de vínculo.

Foi unânime entre os autores da revisão literária apresentada, a importância da formação de vínculo entre trabalhadores, usuários e serviços da APS, vínculo este, eixo das diretrizes e princípios do SUS, também em destaque nas políticas de saúde desde a criação do SUS. A hipótese levantada em nossos estudos: "Características dos trabalhadores e dos serviços, assim como, as exposições às situações de violência interferem na formação de vínculo entre trabalhadores da APS com os usuários e serviços do SUS" foi confirmada pelos resultados da nossa pesquisa com os trabalhadores da APS/PBH em 2017.

A PNAB, reafirma como orientadores do trabalho, neste componente do sistema, a "universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012, p.09)".

Nosso estudo demonstrou que a prevalência de profissionais de vínculo alto com a unidade básica de saúde/PBH foi de 53%. A análise estatística, a partir dos dados coletados na APS de Belo Horizonte, trouxe a associação na formação de vínculo, e características como: sexo, idade e outros elementos. Podemos verificar que o sexo feminino tem 1,5 vezes mais chance, de formar vínculo alto, considerando que a população feminina, totalizou 849 dos entrevistados. Constatamos que a chance de ter vínculo alto aumenta em 56,8% se o profissional tiver idade igual ou superior a 50 anos.

Segundo Malta (2003) "no encontro de sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, ou seja, este encontro não é uma simples somatória de um com um outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Corroborando neste pensamento, Sá (2009) coloca: "A saúde engloba problemas de maior complexidade, necessitando de criatividade e inventividade pelas especificidades dos agravos e particularidades dos pacientes, cuja resolução demanda os mais variados tipos de ferramentas". O autor esclarece que as tecnologias duras são os

equipamentos, saberes e técnicas são ferramentas leve-duras, ferramentas leves são aquelas das relações como o vínculo e o acolhimento.

Klafkea (2017) coloca que vínculo tem sido utilizado como uma maneira de organizar o relacionamento entre equipes de saúde e sua população, para isso é necessário o estabelecimento de laços interpessoais fortes que reflitam a cooperação mútua entre profissionais e usuários e, conseqüentemente, um cuidado compartilhado e humanizado e comunicação efetiva. “A relação de confiança surge quando qualificamos a natureza dos afetos de duas pessoas que descobrem que mutuamente se convêm. São estes os afetos que dão consistência ao vínculo e aos laços sociais”.

Nossa pesquisa apontou elementos e fatores presentes no dia a dia dos encontros entre os sujeitos da APS, considerando um cenário de muitas diversidades, e subjetividades afloradas, e sua real influência nas relações formadas. Emergiram nos estudos, resultados coincidentes com a literatura estudada de modo a apontar para vertentes que se inter-relacionam. Os resultados da pesquisa com os trabalhadores da APS/PBH no ano de 2017 apontaram que dependendo das relações interpessoais com equipe e usuários podem enfraquecer em até 55% a formação de vínculo alto.

Os dados coletados em nossa pesquisa, elencaram algumas percepções do trabalhador da APS como: a forma que ele vê e, ou trata seus pacientes e se relaciona com a equipe, condições estas, intimamente relacionadas com a formação ou de não de vínculos. Kanno (2012), coloca que o modo como os profissionais enfrentam desafios no seu cotidiano de trabalho foi ainda pouco pesquisado, diz que embora estudos dedicados ao tema identifiquem problemas na formação acadêmica, na capacitação profissional, na restrição de tempo para efetuar as ações, muita das vezes a sensação de impotência frente às dificuldades vivenciadas pelos profissionais da ESF, mediante as necessidades da população, leva a frustrações.

Cita Lima (2014) “Ao demonstrar pouca preparação para as tecnologias leves e relacionais e pouco domínio de habilidades de comunicação emancipatória, os profissionais se enquadram em relação de poder marcada pela acomodação”. A noção de vínculo retoma a responsabilidade e o compromisso dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, prevalecendo o ouvir, o conversar e o toque, atitudes que conquistarão a confiança dos pacientes. O que pode refletir no comportamento de ação e reação entre os autores, apuramos que os trabalhadores que não praticaram agressão aos usuários, apresentou 1.6 vezes mais chance, de formação de vínculo alto.

A saúde, perpassa por um cenário desgastante, os profissionais apresentam taxas elevadas de estresse. Levando à redução da produtividade, aumento de ausências no trabalho, dificuldade de contratação de profissionais e formação de vínculo com os usuários, proporcionando uma maior rotatividade do pessoal, elevando o custo para as organizações.

O Indicador de Vínculo, construído a partir das variáveis resposta do instrumento de pesquisa, o qual direcionou toda análise, quando comparado aos tipos de percepções emocional presente nos entrevistados, nos permitiu observar que: dentre os trabalhadores que não se tornaram endurecidos emocionalmente com o trabalho 54,8% obtiveram formação de vínculo alto, dos que se importam com o que acontece com seus pacientes, 54,3% formaram um vínculo maior.

Aponta Medeiros,2008 “A rotatividade não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização”. Vários fenômenos externos e internos as organizações influenciam na rotatividade dos profissionais como as oportunidades do mercado de trabalho, a econômica do país, a política salarial, o tipo de gestão, as possibilidades de Educação Permanente, os relacionamentos interpessoais, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal dentre outros. Coloca Sala em 2009 “de forma geral, as ausências do trabalho por motivos de doença têm preocupado as organizações. Tanto pelo quantitativo de pessoas afastadas, bem quanto pelos custos diretos e indiretos deles decorrentes” sem contar na desassistência que poderá impactar.

Segundo Campos,2007em pesquisa com os gestores de grandes municípios, apurou-se que médicos contratados para o PSF, foram descritos como jovens recém-formados, desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho. Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos. O autor acrescenta, que os indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do PSF com os piores resultados foram: “*stress*, ambiente físico, capacitação e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Já os indicadores de satisfação no trabalho que alcançaram níveis de excelência foram os indicadores de trabalho em equipe. Os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram capacitação, distância das unidades e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Quanto à remuneração, a pesquisa indica que o salário atrai os profissionais, mas não o fixa”.

Na análise dos resultados da nossa pesquisa, identificou-se fatores como a distância

trabalho-residência, perfil profissional, tipo de trabalho, oportunidades inerentes ao mercado de trabalho, a remuneração e condições do trabalho que influencia na fixação dos profissionais na APS, e conseqüentemente no enfraquecimento ou no fortalecimento do vínculo, confirmando o exposto pelos autores citados.

Corroborando com o que foi apontado pela literatura, apuramos que dos 92% dos trabalhadores que responderem estarem satisfeitos com o trabalho na APS/PBH, 58% tiveram formação de vínculo alto. Outros dados com significância estatística demonstram que más condições de trabalho podem enfraquecer em até 80 % a formação de vínculo. A distância do trabalho-residência pode enfraquecer o vínculo em até 45% segundo resposta dos trabalhadores. Em análise dos dados apurados, verificou-se que trabalhadores com grau de instrução em ensino superior, tem maiores chances na formação de vínculo, condição está, indispensável para a continuidade das ações da saúde, fortalece em até 50% a formação de vínculo dependendo do perfil e da formação profissional. Acrescentamos que o tipo de trabalho executado pelos profissionais nos serviços de saúde, influencia em 45% o fortalecimento de vínculo.

Ao longo de nossas discussões, trouxemos também uma pauta muito pertinente, a questão da violência, a qual se apresenta de várias facetas, cujo dados são preocupantes em nosso país. Com o foco direcionado a APS, diversas formas de violência são direcionadas aos trabalhadores em momentos de descontentamento dos usuários, destacando as ameaças, agressões por expressão verbal, que atingem a moral dos indivíduos. Muitas das vezes, essas situações se finalizam em agressão física de fato, o que implica em risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores.

Telles (2011) aponta “Enfim, a violência se manifesta e toma formas das realidades concretas onde se leva a vida, seja no nível interpessoal ou institucional, seja no ambiente micro ou no macro político-social”. Acrescenta a autora, que a toda esta realidade e a desqualificação do trabalho realizado na saúde pública, culturalmente mal avaliada pela sociedade, somado a impossibilidade de realizá-lo com qualidade, autonomia, numa violação da integridade psíquica e dignidade humana, levando a desmotivação com a profissão. As grades curriculares da maioria das escolas médicas não contemplam a busca de competências técnicas que aprimorem a formação humanística do aluno.

Em Minas Gerais, as entidades de classe: Associação Médica de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, Sindicato dos Médicos de Estado de Minas Gerais e o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte têm mostrado preocupação com o problema da violência no trabalho. Relatos de ameaças e

agressões a profissionais médicos ou trabalhadores de unidades de saúde, especialmente da rede pública de serviços de Belo Horizonte, têm sido noticiados e denunciados com frequência (AMMG, 2002).

Aos participantes da pesquisa na APS/PBH, foi perguntado: “Sofreu agressão pelo usuário? ” 705 trabalhadores responderam que sim, “Sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses? ” 509 dos entrevistados responderam que sim. Entre aqueles que relataram não ter sofrido violência nos últimos 12 meses, estes, apresentam 1,6 vezes mais de chance de formação de vínculo alto.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta aqui assumida foi a de descortinar, compreender o cotidiano da saúde, na possibilidade de elucidar suas verdades e realidades. Emerge daí a visão, da necessidade de diálogo, da reconstrução das relações, da reconquista de afetos, do olhar carinhoso, de colocar-se no lugar do outro e principalmente a valorização das emoções e da sensibilidade dos seres envolvidos. Todos esses aspectos são essenciais e em conjunto apresentam-se como o principal amálgama das experiências humanas e das vivências cotidianas, uma vez, pautados nos valores morais e éticos de uma sociedade democrática.

Foi unânime, entre os autores estudados, a relevância da formação de vínculo entre trabalhadores, usuários e serviços da APS. Vínculo este, eixo das diretrizes e princípios do SUS, e em destaque nas políticas de saúde, na lógica do cuidado com universalização, integralidade, equidade e humanização das relações. Tais princípios são essenciais na atenção à saúde com qualidade, portanto vínculo constitui fator essencial à continuidade das ações do PSF. A não formação de vínculo poderá impactar na resolutividade da assistência à saúde da população, com vários desdobramentos na rotina dos sujeitos envolvidos.

A hipótese levantada foi confirmada pelos resultados do estudo, podemos constatar que elementos e fatores do cotidiano da saúde se correlacionam com a formação de vínculo, com impacto na Promoção da Saúde e na Prevenção da Violência.

O despertar do interesse de outros estudos, relacionados a este tema, poderá trazer resultados que promovam a criação de espaços para a reflexão e sensibilização de gestores, assim como dos indivíduos formadores de políticas públicas. A expectativa é que, ações indutoras da reorganização dos processos de trabalho, favoreçam a humanização das relações. Portanto a partir de diálogos significativos e melhoria da comunicação espera-se a valorização dos seres envolvidos. A organização do trabalho carece de revisões regulares dos processos, de modo a identificar possíveis lacunas na APS, cuja intervenção poderá trazer o fortalecimento de laços, por toda uma vida de cuidados em saúde.

Conhecer as percepções e atitudes dos profissionais, diante da sua prática na APS, poderá colaborar no aprofundamento do conhecimento dos limites e potencialidades das eSF. O presente estudo investigou as dificuldades percebidas por estes, em sua rotina diária. Tais resultados, indicam questões que ainda sugerem uma melhor compreensão, destacando a

necessidade e urgência da construção de vínculo no cotidiano do trabalho em saúde. Promover uma reorganização dos serviços e das práticas assistenciais, de modo a desenvolver e/ou fortalecer iniciativas de humanização das relações, assegurando o acesso, a melhoria da qualidade dos serviços e uma maior motivação no trabalho, propiciando um trabalho saudável é, contudo, uma proposta instigante.

Os resultados deste estudo possibilitaram elencar fatores e elementos que se relacionam com a formação ou não de vínculo no cotidiano da APS. A partir da análise estatística, dos dados coletados na pesquisa com os trabalhadores na APS de Belo Horizonte no ano de 2017, observou-se associação entre características sócio demográficas do trabalhador, do ambiente de trabalho, do tempo de trabalho, da satisfação no trabalho, das relações interpessoais, assim como a correlação de profissionais em situação de violência, com a formação ou não de vínculo entre comunidade e serviços. A atuação dos serviços de saúde na problemática da violência, seja ela qual for, ainda é um tema pouco discutido na literatura.

Em síntese observamos que a chance de vínculo alto na APS aumenta se o profissional for do sexo feminino; se o profissional tiver idade igual ou superior a 50 anos; se o profissional tiver ensino superior; se o profissional estiver satisfeito com o trabalho; se o profissional não praticou agressão ao usuário e se o profissional não sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

Com relação aos fatores da APS que enfraquecem o vínculo observamos que os que mais contribuem são as condições de trabalho, as situações de violência e a remuneração dos profissionais. Tais fatores devem ser avaliados rotineiramente nos serviços de saúde.

Portanto, é preciso intensificar os esforços e planejamentos e também superar as falhas de aplicação do modelo de atenção básica, de forma a prevenir agravos decorrentes da violência na atenção primária. Não temos como separar o trabalho do contexto social e do ambiente de trabalho, aos quais os profissionais da saúde estão inseridos. As condições de trabalho apresentam-se entrelaçadas ao contexto de vida dos indivíduos, o homem trabalhador traz consigo toda a história acumulada pela espécie humana, bem como sua história pessoal e sua experiência de vida. Toda esta bagagem poderá representar como fonte de satisfação ou de insatisfação, de realização profissional, de prazer ou de sofrimento. Um mix de sentimentos é rotineiramente vivenciado pelos profissionais da saúde, as experiências de satisfação com as atividades exercidas e boas relações interpessoais, protegem o trabalhador do adoecimento físico e mental.



A literatura aponta que o profissional motivado reproduz um dos meios mais importantes, para melhorar a assistência em saúde, ou seja, para prestá-la com qualidade. Como produto deste estudo, constatou-se que a melhoria do nível de satisfação dos profissionais é uma alternativa para o fortalecimento da vinculação dos mesmos. Há, portanto, uma grande esperança de que outros inquéritos semelhantes a este contribuam com a reflexão sobre a prática profissional, o que poderá desencadear e potencializar ações relacionadas ao processo formativo dos profissionais da saúde e dos gestores para atuarem nos serviços que integram a APS, no cumprimento dos princípios do SUS, com práticas orientadas para a qualidade dos serviços prestados de maneira oportuna às necessidades da população.

As mudanças nas grades curriculares, ofertadas pelas Instituições de Ensino, poderão dar um grande salto a partir do momento, em que a formação acadêmica levar em consideração a subjetividade dos sujeitos. A construção de novos modos de agir em saúde, na lógica da integralidade do cuidado, com o exercício da empatia, deverá estar alinhada às intenções que ambicionam o agir da ponta, levando em consideração toda a bagagem trazida pelos sujeitos, com suas expectativas e receios, refletida na prática.

Como um grande obstáculo a ser vencido, para garantir as ações e serviços do PSF, a formação de recursos humanos aptos a darem conta de práticas transformadoras de alta competência técnica, mas acima de tudo, com o compromisso social. A saúde está diretamente relacionada a interesses políticos, econômicos e de mercado. Para tal, necessitará de amplo esforço de vários setores da sociedade, assim como das Instituições Educadoras, Serviço social, Ministério Público, poder legislativo e principalmente a participação dos movimentos sociais, no intuito de propiciar a construção de estratégias que tornem o trabalho mais saudável e motivador.

A prática profissional de trabalhadores e de gestores no contexto da APS, considerando o processo de sofrimento moral e a angústia, causados pelos diversos fatores do cotidiano da assistência, carece de preocupação. Serão necessárias atitudes, que poderão sensibilizar, para um fazer na ponta, com valores ético-morais, com as virtudes e a adoção de postura crítica pelos profissionais. A transformação do saber, para além do embasamento científico, carece de protagonismo e autonomia dos sujeitos. Espera-se com este estudo o alcance de desdobramentos positivos para a assistência primária, de forma que os sujeitos passem a ser protagonistas de suas próprias vidas. Este levantamento poderá despertar reflexões e contribuir em estratégias que tornem o trabalho mais saudável e motivador garantindo a longevidade do trabalho não só na APS da PBH como para outros campos de práticas.

A construção e transformação de modos de viver em sociedade deverão ser produzidas diariamente pelos coletivos sociais. Para tal, muitas lutas serão travadas, lutas sem tréguas. Lutas vencidas e lutas perdidas. Muito de construiu, a história persiste em se repetir. Interesses outros, exploradores e dominantes perpassam nesse curso, se traduzindo em obstáculos. O que fica é a certeza que o desejo não muda, nunca esmorece.

Qualquer outro estudo sobre o tema, independentemente do tamanho da amostra apresentará o mesmo resultado.

Políticas de Saúde, adequada formação acadêmica e investimentos são imprescindíveis para a qualificação e resolutividade da assistência à saúde, de forma a tornar os sujeitos autônomos e que passem a ser protagonistas de suas próprias vidas.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMMG, 2002; CREMEMG, 2002; SINMED-MG, 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2003a;2003b; SINDIBEL, 2003.
- BARBOSA, M.I.S. et al.; Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva.Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1003-1022, 2017.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União n.183; publicado em 22 set 2017.
- BRASIL.PORTARIA N° 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 -Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2006.
- BRASIL. Casa Civil. Lei 8080/90- Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf). Acesso em: 25 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília/DF, 1990. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/sm\\_sa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/sm_sa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf). Acesso em: 15 out.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. [Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011](#). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PNH-Política Nacional De Humanização, folheto. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanizaus: Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004.

CAMPOS, C.V.A; MALIK, A, M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Jobsatisfactionandphysicianturnover in the Family Health Program,2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o Vínculo terapêutico. *Ciências de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-12,2004.

CARVALHO, E.H. Programa de Saúde da Família: estudo sobre o processo de Implementação em município do Rio de Janeiro a partir da modelo ambiguidade Conflito. Rio de Janeiro s.n 2006 xiv,129p.

COSTA, J.P. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação Multiprofissional e rede de serviços, Juliana Pessoa Costa-2014

FIGUEIREDO, A.L. L, et al.; Vínculo como ferramenta de trabalho na atenção primária. 2012.

GIOVANELLA, L.; et al. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Políticas e sistema de Saúde no Brasil. Capítulo-16.pmd, 27/11/2009

GLENN, A. L., et al. Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, Neurobiological, and legal perspectives. Retrieved from [https://repository.upenn.edu/neuroethics\\_pubs/50](https://repository.upenn.edu/neuroethics_pubs/50).2009.

GOMES,A.M.A.,etal., *Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção primária à saúde*. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva. 2012.

ILHA,S. ; et al., Vínculo Profissional-Usuário em uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. *Ciência Cuidado Saúde* 2014 Jul/Set; 13(3):556-562.

JUNIOR, A.J.F., et al. A Importância do Vínculo entre Equipe e Usuário para o Profissional da Saúde. *Investigação* v. 8 | n. 1-3 | p. 11–18 | JAN./DEZ. 2008.

JUNIOR,C.A.S.G.Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos” – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. 442 p.: il. – (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

JUNIOR,E.A.S.; et al. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (3): 705 - 722, 2005.

KLAFKEA,A., et al. Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos. *RevBrasMedFam Comunidade*. 2017;12(39):17.  
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1444](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1444)

LIMA,C.A, et al. Relação profissional–usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014; 22 (1): 152-60.

LIMA,I.B.; et al. Conflitos de Poder Entre Profissionais da Saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 2008 jul./set.; 2(3):314-26. Acessoem Nov/2019.

LIMA,I.B.;etal.Conflitos de Poder entre Profissionais da Saúde sob a ótica do Paciente. *Rev enferm UFPE on line*. 2007 jul./set.; 1(1):19-27. Acesso em Nov/2019.

MACHADO, F.A. ; et al. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. *RevBrasMedFam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2015 Out-Dez; 10(37):1-11.

MARIN,M.J.S.;etal.Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de

Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 780-8.

MARQUES, L.R.; et al. Burnout no trabalho do médico: o caso dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte-MG. **Revista Gestão & Tecnologia**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 190-214, jan. 2020. ISSN 2177-6652. Disponível em:

<<http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/1623/1011>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

doi:<https://doi.org/10.20397/2177-6652/2020.v20i1.1623>.

MEDEIROS,C.R.G., et al.A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciências de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,2008.

NERY,A.A.,etal.Visão dos Usuários. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):397-402.

NETO,J.L.F. Psicologia, Políticas Públicas e o SUS. São Paulo: Escuta, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.Tradução Representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979. *E-Book*.

Disponível em:

<[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)>. Acesso em: 20 jan 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

OMS.Organização Mundial Da Saúde.Carta de Ottawa para lapromoción de lasalud, 1986. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2020.

OMS.Organização Mundial Da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. Disponível em:

<[http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da\\_saudeomswho.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da_saudeomswho.html)>. Acesso em: 13 out 2019.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, 9 May, 2011. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf) . Acesso em nov 2019.

PEREIRA I.M.T.B., PENTEADO R.Z., MARCELO V.C. - Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39 44, 2000.

RAHIM, M.A. Gerenciando conflitos em organizações. Editores de transações, 2010.

REICHENHEIM, M. E.; et al. Saúde no Brasil 5, Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros 2011.

SÁ, E.T.; et al. O PROCESSO DE TRABALHO NA RECEPÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ótica do trabalhador. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):461-7.

SALES, A.L.L.F, et al., Vínculo como ferramenta de trabalho na atenção primária. 2012.

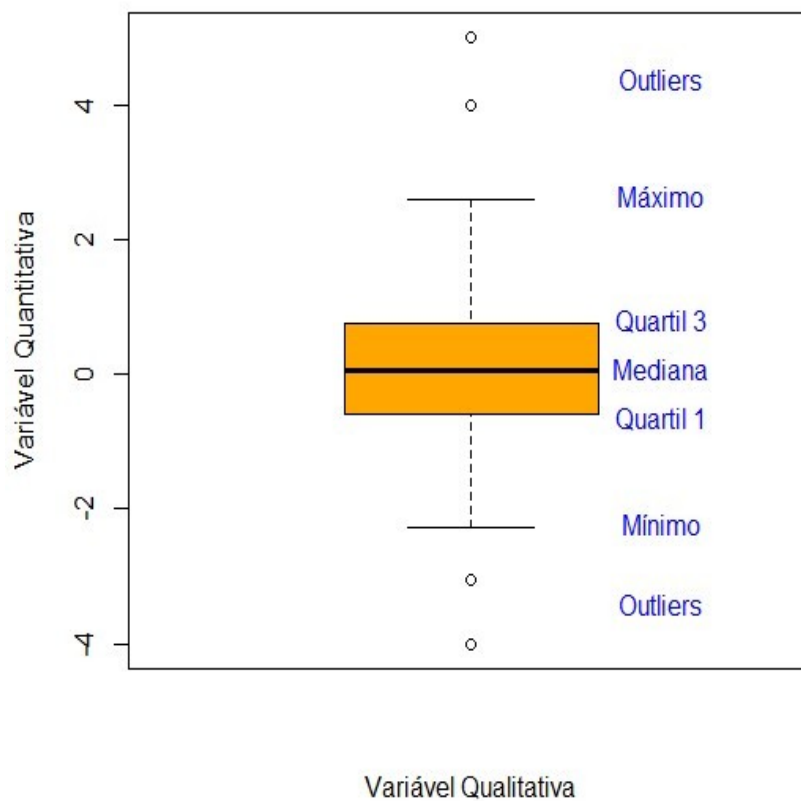
SARTI,T.D. A Marcação de Consulta Médica em uma Unidade de Saúde da Família: Uma Etnografia a Respeito dos Conflitos entre Usuários e Profissionais de Saúde. Rev. APS. 2014 jul/set; 17(3): 362 - 372.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 726 p

TELLES,T.; et al.A Violência e o Profissional da Estratégia da Saúde da Família: Uma Revisão Bibliográfica. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.2011.

## 11 APENDICE

**Figura 12** – Distribuição das variáveis quantitativas e qualitativas na construção do indicador de vínculo.



Autoria própria

**Modo de construção desses indicadores:**

Wittkowski et al. (2004) Combining several ordinal measures in clinical studies. *Statistics in medicine*, 23, 1579-15



## 12 ANEXO

### TCLE

Universidade  
Departamento de  
Núcleo de Saúde e



Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina  
Medicina Preventiva e Social  
Paz

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. **Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.**

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_,  
aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome:
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: (____) _____ 2. Celular: (____) _____ ( ) 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.


**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Coordenadora da pesquisa:**

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel.: (31) 3409-9945 / (31) 99184-3408.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.  
Telefax (31) 3409-4592.

 <p style="text-align: center;">Universidade Federal de Minas Gerais <b>Faculdade de Medicina</b> Departamento de Promoção de Saúde e Prevenção à Violência</p>	<b>Questionário n°:</b>
	<b>Regional:</b>
	<b>UBS:</b>
<b>Nome do entrevistador:</b>	<b>Data:</b>

**Critério de inclusão:** trabalhar há pelo menos 01 (um) ano nesta Unidade Básica de Saúde.

<b>CARACTERÍSTICAS PESSOAIS</b>	
1. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	
2. Data de nascimento: ____/____/____	
3. Endereço <b>(somente Rua/Av e Bairro):</b> Bairro:  _____ Rua/Av:  _____	
4. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável/”amasiado” <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a) ou divorciado(a)	
5. Cor / Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Amarela <input type="checkbox"/> 3. Indígena <input type="checkbox"/> 4. Preta <input type="checkbox"/> 5. Parda	
6. Qual o seu grau de instrução?  <input type="checkbox"/> 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo (8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 5. Curso técnico: _____ <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 7. Superior completo: _____ <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 9. Analfabeto	

<b>TRABALHO</b>	
7. Há quanto tempo trabalha na Unidade: ____ anos	
12. Tem outro vínculo de trabalho além do vínculo na atenção primária em saúde (APS)?    ( ) 1. Sim. Qual (is)? _____ ( ) 2. Não	
13. Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)? ( ) 1. Sim                            ( ) 2. Não	
<b>TRABALHO NA SUA UNIDADE</b>	
21. Você está satisfeito com o seu trabalho?  ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca	
Nos seguintes quesitos, quais elementos podem interferir no vínculo do profissional com sua unidade: <b>Fortalecimento</b> <b>Enfraquecimento</b>	
22. Distância trabalho – residência                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
23. Mercado de trabalho                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
24. Remuneração                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
25. Condições de trabalho na UBS/posto saúde. ( ) 1. Sim    ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
26. Situação de violência.                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
27. Relações interpessoais c/ equipe e usuários. ( ) 1. Sim    ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
28. Perfil e formação profissional.                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
29. Tipo de trabalho realizado na APS                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não (APS: atenção primária em saúde)	
30. Outros. Quais? _____                      ( ) 1. Sim    ( ) 2. Não                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
<b>RELACIONAMENTO COM O USUÁRIO</b>	
127. Você já foi ameaçado por algum usuário? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca	
Você já sofreu alguma das seguintes agressões por algum usuário?	
128. Agressão física                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
129. Agressão verbal                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
130. Agressão moral ou psicológica                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
131. Agressão sexual                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	
132. <i>Bullying</i> (intimidação)                      ( ) 1. Sim                      ( ) 2. Não	

<p>133. Já houve reclamações do usuário sobre o seu trabalho?</p> <p>( ) 1. Sempre</p> <p>( ) 2. Quase sempre</p> <p>( ) 3. Raramente</p> <p>( ) 4. Nunca</p>	
<b>VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA</b>	
<p>Você sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses?</p>	
206. Física	( ) 1. Sim ( ) 2. Não
207. Verbal	( ) 1. Sim ( ) 2. Não
208. Moral ou Psicológica	( ) 1. Sim ( ) 2. Não
209. Sexual	( ) 1. Sim ( ) 2. Não
210. <i>Bullying</i> (intimidação)	( ) 1. Sim ( ) 2. Não
<p><b><u>OBSERVAÇÃO:</u> Se TODAS as questões 206 a 210 tiveram "Não" como resposta, favor pular para questão 268.</b></p>	
<p><b>Se alguma das respostas das questões 206 a 210 foi "SIM", favor responder as questões referentes à violência assinalada.</b></p>	