

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Gabrielli Pinho de Rezende

**VÍNCULO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE
USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Belo Horizonte
2015

Gabrielli Pinho de Rezende

**VÍNCULO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE
USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr.^a Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2015

Rezende, Gabrieli Pinho de.
R467v Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde [manuscrito]. / Gabrieli Pinho de Rezende. -- Belo Horizonte: 2015. 100f.
Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Relações Profissional-Paciente. 3. Assistência à Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 308

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Enfermagem e Saúde (NUPCCES), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

ATA DE NÚMERO 466 (QUATROCENTOS E SESENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA GABRIELLI PINHO DE REZENDE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 18 (dezoito) dias do mês de março de dois mil e quinze, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*VÍNCULO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE*", da aluna **Gabrielli Pinho de Rezende**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Kênia Lara Silva e Maria José Menezes Brito, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
- APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de março de 2015.

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Maria de Mattos Penna
 Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



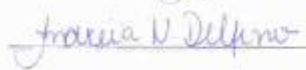
Prof.ª. Dr.ª. Kênia Lara Silva
 (Esc.Enf/UFMG)



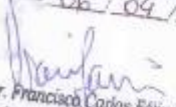
Prof.ª. Dr.ª. Maria José Menezes Brito
 (Esc.Enf/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
 em 06/04/15


 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

*Dedico este trabalho, com todo o meu carinho e saudade, ao meu irmão Diego. Diante de tanta dificuldade, desconcentração e vazio, sua alegria intensa e tão presente foi que me motivou a continuar...
Esse vínculo é pra sempre!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença maior, inexplicável, agradeço pela força, saúde e oportunidade de realizar grandes sonhos.

À minha família, pai, mãe, Christiano, Diego, Ramon e Gla, por me ensinarem a cada dia o que é viver realmente em família e a valorizar a convivência com as pessoas, a amizade, o caráter, a verdade; valores esses fundamentais na minha formação.

A você Ramon, por saber aliar amor, paciência, carinho, cuidado, bom humor e dividir comigo essa conquista.

À minha orientadora, Cláudia Penna, por ser essa pessoa tão especial e competente! Você soube ensinar, dividir, acolher, incentivar, sentir, esperar...Tamanha é minha gratidão!

Aos amigos do NUPCCES por terem transformado minhas idas a Belo Horizonte, à noite e em meio a um trânsito muitas vezes ruim, em momentos prazerosos, de amizade e conhecimento. Eu até esquecia que ainda tinha que voltar pra casa. Em especial agradeço Patrícia, Paulo e Luany pela transcrição das entrevistas, à Ludmila e Roberta pelo companheirismo, incentivo, bom humor, espontaneidade... Vocês são demais!

À Cecília, por vivermos juntas todos os momentos dessa trajetória, desde as disciplinas isoladas até a defesa da dissertação. Compartilhamos amizade, dificuldades, ansiedades e muitas alegrias.

Aos amigos Júlio, Camila e Rosinha pelo incentivo e apoio!

À minha equipe de trabalho, ou melhor, família de trabalho da ESF Nossa Senhora do Carmo que não mede esforços para facilitar minha vida profissional e acadêmica, além de encher minha vida pessoal de coisas boas. Às amigas Cris, Diná e Tati pelo convívio diário, por enfrentarmos juntas os desafios da enfermagem, pelas risadas. Aos gestores de Paraopeba, em especial Márcia e Cássia, pelo apoio e flexibilidade para que eu pudesse vencer essa etapa hoje.

À equipe Barulho sobre Rodas por tanta alegria, amizade, risadas...Vocês apareceram na minha vida, não por acaso, em um momento muito difícil. Inicialmente a ideia era viver e pedalar por dois, como se eu pudesse...Hoje vivo, convivo, me divirto! Vocês foram entretenimento nas fases difíceis da vida e da dissertação. Muito obrigada!

À Maria José e Kênia por todos os ensinamentos e convivência regada de simplicidade, doçura e sabedoria e por participarem da banca de avaliação.

A todos os demais amigos e familiares que acompanharam essa caminhada!

Aos participantes do estudo pela confiança, disponibilidade e possibilidade de produzir novos conhecimentos.

RESUMO

Estudo de caso de abordagem qualitativa que objetivou compreender a construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários de unidades de Saúde da Família. O cenário foram três Unidades de Saúde da Família do município de Paraopeba-MG. Participaram do estudo profissionais integrantes dessas equipes, totalizando 3 médicos, 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, 2 gestores (informantes chave) e 17 usuários desses serviços. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante registrada em um diário de campo e entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática e organizados em três categorias, contendo a segunda e a terceira, três e duas subcategorias respectivamente: 1. Expressões do vínculo no cotidiano – traz as concepções de vínculo apresentadas pelos participantes; 2. Expectativas dessa relação: o olhar dos usuários, dos profissionais e da gestão – apresenta os objetivos e olhares diferentes de usuários, gestores e profissionais sobre a relação profissional/usuário na área da saúde; 2.1. Bom atendimento e resolutividade como garantia de retorno do usuário; 2.2. Pertencer a um lugar: envolvimento e saúde; 2.3. Mudar as relações para mudar o modelo assistencial; 3. Caminhando na construção do vínculo – apresenta passos que já foram dados rumo à construção de um vínculo contínuo e alguns entraves ainda existentes; 3.1. Passos juntos rumo ao cuidado em saúde; 3.2. E a caminhada continua... . Os resultados do estudo mostram que independente da formulação de um conceito sobre vínculo, o mesmo é vivenciado por profissionais e usuários em Paraopeba, sendo essa relação favorecida pelo tempo de trabalho e não rotatividade dos profissionais. Percebe-se também que gestores, profissionais e usuários possuem olhares diferentes sobre o vínculo profissional/usuário, o que pode trazer objetivos diferentes e a fragilidade da assistência integral. A proximidade com o usuário contribui para o cuidado em saúde, mas alguns entraves à manutenção do vínculo continuam presentes. Espera-se com este trabalho contribuir para reflexões, planejamentos e construções acerca do vínculo na Estratégia de Saúde da Família.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, Relações Profissional-Paciente, Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative case study that aims at identifying link building strategies between health professionals and users of Family Health Units. This study took place at three health care units in the city of Paraopeba. Three doctors, three nurses, three nursing technicians, six community health workers, two managers (key informants) and seventeen users participated in the study. Data was collected through non-participant observation recorded in a field diary and semi-structured interviews. Data was analysed using Thematic Content Analysis and organized in three categories; the second and the third categories comprised three and two sub-categories, respectively: 1. Expressions of the bond in everyday life – it identifies the concepts of bonding reported by the participants; 2. Expectations of this relationship: the view of users, professionals and management - it presents the objectives and different perspectives of users, managers and professionals about the professional/user relationship; 2.1. Good service and resolvability ensure users' follow-up; 2.2. Feeling of belonging: involvement and health; 2.3. Changes in relationships generate changes in the health care model; 3. Building bonds – shows the steps taken to build continuous bonds and some of the obstacles still present; 3.1. Common steps towards a better health care; 3.2. And the journey continues... The study results demonstrate that regardless of the formulation of a concept, bonding is experienced by health professionals and users in Paraopeba and that workplace stability and reduced turnover amongst health professionals would favour the building of attachments. The different views of managers, health professionals and users about the professional/user relationship can indicate the existence of conflicting objectives that may jeopardise the delivery of comprehensive health services. A closer contact with the user contributes to quality health care; however, obstacles to the continuity of the link still exist. The present study aims at broadening the reflection on, the planning and strengthening of that link in the Family Health Strategy programme.

Keywords: Family Health Strategy; Patient-Health Professional Relationship; Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa representativo da localização de Paraopeba e municípios vizinhos, no Estado de Minas Gerais -----	30
Figura 2	Mapa de Paraopeba de acordo com a distribuição das áreas de abrangência por Equipe de Saúde da Família -----	31
Figura 3	Mapa da área de abrangência da ESF Papa João Paulo II, dividido por microáreas -----	32
Figura 4	Mapa da área de abrangência da ESF Antônio da Costa Viana, por microárea -----	33
Figura 5	Mapa da área de abrangência da ESF Adelson Maciel (rural), dividido por microáreas -----	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das Equipes de Saúde da Família participantes do estudo em relação ao número de famílias e pessoas cadastradas -----	32
Tabela 2	Perfil dos profissionais participantes da pesquisa -----	35
Tabela 3	Perfil dos usuários participantes da pesquisa -----	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NO	Nota de Observação
NUPCCES	Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivo	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Vínculo no campo das Ciências da Saúde	19
2.2	Sistema Único de Saúde: formação e transformações no sentido da aproximação com a população	21
2.3	Vínculo como princípio da Atenção Primária à Saúde e base do trabalho na ESF	23
3	PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1	Delineamento do Estudo	28
3.2	Cenário	29
3.3	Sujeitos	34
3.4	Técnicas de coleta de dados	36
3.5	Técnicas de análise de dados	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1	Expressões do vínculo no cotidiano	40
4.2	Expectativas dessa relação: o olhar dos usuários, dos profissionais e da gestão	48
4.2.1	Bom atendimento e resolutividade como garantia de retorno do usuário	48
4.2.2	Pertencer a um lugar: envolvimento e saúde	56
4.2.3	Mudar as relações para mudar o modelo assistencial	62
4.3	Caminhando na construção do vínculo	68
4.3.1	Passos juntos rumo ao cuidado em saúde	68
4.3.2	E a caminhada continua...	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICES	90
	ANEXO	98

INTRODUÇÃO



Three horizontal lines for writing: a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line.

1 INTRODUÇÃO

*“Então começa a vida
Uma nova caminhada.
Desafios, descobertas, possibilidades...
É preciso dar o primeiro passo
Ainda incerta é a chegada!”*

Gabrielli Pinho de Rezende

Vínculo. Uma palavra que traz consigo a ideia de laço, ligação e que para este trabalho tem um significado especial, não somente por ser o tema de estudo, mas também pelos caminhos percorridos até a escolha desse objeto.

Falar brevemente sobre essa trajetória torna-se importante pelo interesse e sentido que essa pesquisa assume ao estar entrelaçada com a minha história, como uma pessoa estimulada a conhecer mais sobre esse assunto enquanto pesquisadora e também como enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A área da saúde pública e em especial da ESF focou minha atenção desde a graduação pela proximidade entre a equipe e as pessoas atendidas, pela possibilidade de intervenções mais próximas da realidade de cada um e pela continuidade do serviço. Em contrapartida o trabalho na área hospitalar, que tinha como foco o tratamento de doenças, a realização de procedimentos e um atendimento pontual (por plantão) do indivíduo não despertava meu interesse.

O início da minha atuação como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mais especificamente na ESF, trouxe a oportunidade de unir minha vontade de trabalhar em parceria com a população aos anseios, propostas e metas existentes de uma equipe da UBS. A atuação como profissional de saúde em uma mesma equipe há 7 anos, proporcionou-me uma vivência relacionada a uma expectativa, ou seja, a uma realidade esperada na elaboração das políticas e ao mesmo tempo pouco encontrada na prática, embora baseada na manutenção dos profissionais, num ambiente de trabalho harmônico. Trabalho este realizado em equipe e na manutenção da área de abrangência e população dentro dos números adequados. Essa prática tornou possível acreditar na existência do vínculo entre profissional e usuário e nos benefícios que essa relação poderia trazer. Todos os trabalhos da equipe eram realizados em conjunto com a população, tendo em vista ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em 2011, ao participar de um Simpósio no município de Diamantina, quando eu apresentava uma pesquisa realizada na ESF, local onde trabalhava naquela época, encontrei

com minha atual orientadora e durante uma conversa informal sobre minha atuação profissional e estudos com os quais eu estava envolvida, fui surpreendida pela seguinte pergunta: Vínculo existe?

Respondi que sim, em razão da minha vivência, mas aquela questão me trouxe inquietações: Por que será que ela me perguntou isso? Vínculo não existe? Por que as pessoas vão até as unidades e se aproximam dos profissionais? Como isso acontece?

E a partir de então meu interesse e encantamento pelo tema aumentaram. O fato é que toda essa realidade por mim experimentada na ESF, trouxe uma aproximação muito grande com as famílias do local e os problemas vivenciados por elas. Contudo essa relação entre mim e as famílias estabelecia-se sem maiores análises ou interpretações. Estar próximo do usuário também se tornou uma ação cotidiana durante as atividades realizadas pela equipe e isso não impedia que problemas de diferentes origens acontecessem.

Em virtude disso iniciei minha participação no Núcleo de Pesquisa sobre Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES), onde são desenvolvidos trabalhos que envolvem o cotidiano de profissionais de saúde e usuários. Esses estudos, de forma recorrente, mostram resultados coincidentes, tais como: a evidência de uma prática pautada na integralidade da assistência, como uma construção cotidiana, dependente de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar; a necessidade de um trabalho em equipe formada por trabalhadores da saúde que desenvolvam uma postura acolhedora, com criação de vínculo e uma responsabilização com o usuário, mesmo em meio às dificuldades diárias a serem enfrentadas. A situação relativa a essas dificuldades acontece como falta de sistema de referência e contra-referência, de condições de trabalho tanto materiais quanto físicas e deficiência de recursos humanos. Considerando o contexto relatado, fez-se necessário aprofundar e refletir sobre alguns temas, dentre eles a construção do vínculo.

O presente estudo trata-se de um subprojeto do projeto intitulado “A construção de vínculo no trabalho cotidiano em saúde” que foi proposto a partir dos resultados de pesquisas que analisaram as práticas de integralidade desenvolvidas no trabalho cotidiano de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente da ESF, além da discussão sobre acesso à atenção à saúde, sempre na perspectiva de profissionais e usuários.

Na área da saúde o vínculo é entendido como um laço ou relação que se estabelece entre profissionais e entre profissionais e usuários do serviço na busca de melhorias e maior qualidade de vida. Na APS, conhecida como “porta de entrada” dos serviços, o vínculo é tido como um dos princípios orientadores da assistência, associado à universalidade,

acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, participação social e trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

Queiroz e Penna (2011) entendem por vínculo a relação de confiança estabelecida entre um usuário e o serviço ou com um profissional ou uma equipe. Espera-se que ele possibilite relações de longa duração, à medida que são necessárias à construção de práticas longitudinais e integradas. O vínculo garante, mediante uma postura acolhedora, ao usuário a segurança de expor seus problemas, como também, é responsável pela produção da saúde dele. A finalidade da relação propiciada pelo vínculo entre usuário e profissionais da saúde está na possibilidade de mudanças de comportamentos, as quais pautadas nessa relação de confiança venham favorecer a corresponsabilização no cuidado em saúde.

O contexto da APS orienta-se pela busca de qualidade de vida e de assistência e aproximação entre profissionais de saúde e usuários, a ESF tem uma importância ímpar na construção do cuidado integral por ser a unidade básica de saúde e a comunidade os locais, onde há possibilidade de conhecer os determinantes de saúde da população, de planejar ações em parceria com a comunidade e de uma maneira geral organizar recursos e direcionar as ações de saúde (STARFIELD, 2002).

A ESF é inserida na estruturação do sistema de saúde como uma proposta de reorganização da assistência à saúde, com vistas à modificação do sistema fragmentado e baseado em medidas curativas até então vigentes, de forma a alterar o foco para o contexto da saúde coletiva, com abordagem multiprofissional e foco na família (GOMES; PINHEIRO, 2005; COSTA *et al.*, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

Apesar de todos os investimentos na área da APS, alguns desafios são encontrados quanto à implantação das equipes e ao sucesso na melhoria das condições de saúde da população. Dentre eles podem ser citados o despreparo dos profissionais para atuar de acordo com os princípios da estratégia (desconhecimento do objetivo de mudança do modelo assistencial, inexistência da troca de informações e trabalho em equipe, falta de incentivo à participação e controle social, pouco ou nenhum comprometimento); o trabalho não baseado na realidade local; a alta rotatividade de profissionais; o trabalho focado no interesse dos profissionais e não das famílias e a fragmentação da rede de serviços (GOMES; PINHEIRO, 2005; ECKERDT *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; ALVES; SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Gomes e Pinheiro (2005) os profissionais de saúde ainda hoje monopolizam os diagnósticos e as condutas que o usuário deve seguir, sem levar em consideração a construção do vínculo e da corresponsabilização. Posicionar o usuário como sujeito de seu

cuidado é um desafio aos profissionais e esse ponto é fundamental para a garantia de integralidade.

Costa *et al.* (2009) relatam que a implantação da Estratégia Saúde da Família por si só não garante a mudança do modelo assistencial. Ressalta que é preciso desconstruir para posteriormente construir um modelo onde vínculo, acolhimento e cuidado humanizado deixem de ser apenas conceitos.

As diretrizes e normas estabelecidas para as ações de saúde na comunidade funcionam como norteadoras desse processo, mas estão aquém para responder a questões mais subjetivas encontradas na assistência ao indivíduo-família-comunidade (BARALHAS; PEREIRA, 2011, p.43).

Nessa proposta de mudança, tecnologias leves são destacadas por alguns autores como fator de sucesso da estratégia. A forma de atendimento e receptividade do profissional e as estratégias utilizadas nos serviços de saúde, como a escuta qualificada, podem melhorar o acesso, representar uma maior procura do usuário pelo serviço, favorecer a construção do vínculo e a otimização dele. O acolhimento, a humanização e a construção de vínculos estreitos e contínuos têm sido identificados como pontos básicos para a garantia da integralidade, universalização e equidade na área da saúde (STARFIELD, 2002; GOMES; PINHEIRO, 2005; MERHY, 2005; COSTA *et al.*, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009, VIEGAS; PENNA, 2012).

As tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, área considerada atualmente como uma das mais relevantes para o funcionamento do sistema, na qual estão inseridos o vínculo e o acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados; e as duras correspondem aos recursos materiais e equipamentos (MERHY, 2004; MERHY, 2005; JORGE *et al.*, 2011).

Como uma tecnologia leve interacional, o vínculo possui papel de destaque, quando consideradas as dimensões da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Ressalta-se a importância da equipe na formação do vínculo, com conhecimento do contexto de vida do usuário e comunidade, para que não aconteça o abandono do processo terapêutico e a realização de um plano de cuidados efetivo e com responsabilidade mútua (SOUZA *et al.*, 2010; VIEGAS; PENNA, 2012).

Face ao contexto apresentado e da observação de que tantos problemas presentes na APS e ESF como a não adesão a tratamentos, hospitalizações por causas sensíveis à APS e insatisfações dos profissionais e usuários relacionadas a processos terapêuticos poderiam ser

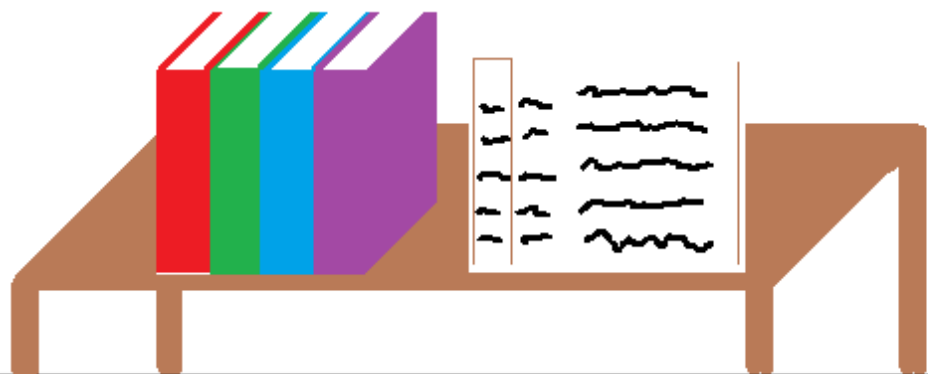
minimizados ou até solucionados com a existência de laços de longa duração, questiona-se como tem ocorrido na prática a construção do vínculo entre equipe de saúde e população, a fim de buscar a construção de um projeto comum em prol da qualidade de vida. Parte-se do pressuposto de que o vínculo entre profissionais e usuários existe, mas sem a formação de laços fortes e contínuos que favoreçam a integralidade e continuidade da assistência.

De uma maneira geral percebe-se a necessidade de estudos acerca da estruturação da Saúde da Família e especialmente da construção do vínculo, considerando o mesmo como ponto estratégico na garantia de acesso aos serviços que tenham como atributos: a integralidade e a resolutividade.

1.1. Objetivo

Compreender a construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários de unidades de Saúde da Família.

REFERENCIAL TEÓRICO



2 REFERENCIAL TEÓRICO

*E nos encontros e desencontros
 Surpresas podem acontecer
 Sejam boas ou ruins
 É preciso buscar alegria, luz, base, saber...
 Mas tudo isso? Onde encontrar e como reconhecer?
 Nos livros, na família, nos amigos, no viver!*

Gabrielli Pinho de Rezende

2.1 Vínculo no campo das Ciências da Saúde

O vínculo possui diferentes apresentações ao serem considerados os campos das ciências Humanas e das Ciências da Saúde. Este estudo não tem como objetivo realizar um aprofundamento do tema em relação à área da psicologia, mas abordar algumas aproximações e interfaces torna-se importante.

Duas articulações do vínculo podem ser destacadas: a psicológica e a do neoliberalismo. A primeira mostra que as relações de cuidado estabelecidas entre o indivíduo e a família irão influenciar o psiquismo do sujeito. Trata-se de um desenvolvimento interno que poderá determinar as condutas de acordo com aquilo que o sujeito reconhece como parte do seu mundo ou daquilo a que ele foi e está vinculado. Já o neoliberalismo considera o indivíduo como ser autônomo e empreendedor. Ele tem o poder e liberdade de escolher o quê e o quanto quer investir para o desenvolvimento dele mesmo, ampliando suas relações a partir de sua formação inicial (BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

Essas duas vertentes do vínculo consideradas no campo das Ciências Humanas interferem na forma de produzir a saúde do indivíduo. Isso porque tudo aquilo que está interiorizado ou é subjetivo do sujeito, além da maneira como ele atua como ator principal ou corresponsável no cuidado irá refletir diretamente na qualidade de vida dele, principalmente nas práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde (CARVALHO *et al.*, 2006; RIBEIRO, 2006; BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013). Tal como explicitado a seguir:

O vínculo, como um foco de experiência, constituído por práticas psicológicas, faz parte de um dispositivo de interiorização do sujeito, encontrando-se como um atributo interno, porém possível pela relação com a família; ao mesmo tempo, é um procedimento de investimento em certa modalidade de relação consigo quando, por meio dele, é possível desprender o indivíduo de um campo de incapacidades, tais como trabalhar, estudar,

relacionar-se conjugalmente, etc. O vínculo torna-se uma estratégia para o investimento na liberdade do indivíduo: liberdade de doenças, liberdade da pobreza, liberdade da dependência (BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013, p. 2341).

No campo da saúde o vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2011, p. 4).

O olhar do sistema de saúde tira o foco dos procedimentos, da doença e dos números e passa a voltar-se para as relações humanas que são instituídas. Segundo Bernardes, Pelliccioli e Marques (2013, p. 2344) “o vínculo sai de uma região de interioridade do indivíduo e passa a constituir uma condição básica/central para estabelecer as formas de cuidado”. Vê-se então que é importante considerar as relações entre o usuário e o trabalhador da saúde no âmbito de uma construção do cuidado:

Centrar na lógica da produção do cuidado é outro desafio para o programa, visto que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, um curativo, uma consulta centram, nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (COSTA *et al.*, 2009, p.116).

Nesse sentido, para que essa relação seja efetiva, a participação de todos torna-se fundamental. O sistema de saúde, em conjunto com seus profissionais, deve oferecer à população condições de participar e cuidar de sua própria saúde. Isso poderá aumentar o vínculo entre equipe e usuários e também o estímulo ao próprio cuidado. Caso contrário, ou seja, se o sujeito não se sentir atraído de alguma maneira pelo serviço, a vinculação provavelmente não acontecerá (VIEGAS; PENNA; 2012; BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

A partir disso, segundo Gomes e Pinheiro (2005), estudos relacionados ao vínculo passaram a ser desenvolvidos acerca da gestão e das políticas para a realização de práticas de saúde com integralidade e equidade. O que se observa na atualidade é uma discussão conceitual acerca do vínculo com destaque para os princípios da ESF e pouco voltada para a prática cotidiana. Questões são levantadas a respeito da atuação de alguns profissionais, mas não são observadas efetivas mudanças de comportamentos e resultados que possam favorecer uma aproximação entre eles e o usuário com vistas a melhores condições de saúde.

Vale ressaltar que ao longo da história o sistema de saúde passou por diversas modificações com o intuito de construir relações mais próximas entre profissionais e usuários, por isso é fundamental aprofundar e compreender esse percurso histórico considerando os aspectos atuais.

2.2 Sistema Único de Saúde: formação e transformações no sentido da aproximação com a população

O setor saúde no Brasil passou por transformações que trouxeram maior aproximação com a população e a realidade vivenciada por ela. A mudança no modelo assistencial tão esperada com a implantação do PSF (Programa Saúde da Família), atual ESF, teve início na década de 70 quando uma crise financeira e administrativa levou à tentativa de ampliação da cobertura dos serviços de saúde para a população que não era trabalhadora ou que não contribuía para a previdência. Na década de 80, a busca pelo direito à saúde de forma universal e integral e como dever do Estado ganhou força pela organização popular e da sociedade no Movimento da Reforma Sanitária e VIII Conferência de Saúde, resultando na Constituição de 1988 (COSTA *et al.*, 2009; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; VIEGAS, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Em todos os movimentos, a mudança do modelo de saúde estava associada também a uma mudança na construção da cidadania e do reconhecimento da população como indivíduos ativos. O não adoecer caracterizava-se pela existência de políticas, serviços e ações que realmente trouxessem às pessoas a oportunidade de prevenir agravos, recuperar ou acompanhar algum problema já existente e promover a saúde (COSTA *et al.*, 2009; VIEGAS, 2010).

No entanto, com pouco dinheiro para ser investido, a qualidade dos serviços começou a cair. O cenário da saúde caracterizava-se por atendimentos desorganizados, sem humanização e com filas. A mudança do modelo de atenção, este entendido como a combinação de técnicas e tecnologias para o atendimento das necessidades de saúde da população, não seria alcançada somente com a existência de políticas e aumento do número de serviços (ECKERDT *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2009; MONTEIRO, FIGUEIREDO, MACHADO, 2009; BARALHAS E PEREIRA, 2011).

Mediante a realidade encontrada naquele momento, o modelo de Vigilância à Saúde ganha força ao considerar uma prática em que o sujeito está inserido e é o foco das ações de saúde, além da organização dos processos de trabalho. Nesse sentido, a APS passa a ser o

centro das atenções para a reorganização e consolidação do SUS (COSTA *et al.*, 2009; MONTEIRO, FIGUEIREDO, MACHADO, 2009). Conforme está descrito abaixo:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p.3).

A APS é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde e assume um papel importante ao conhecer as necessidades da população e interligar a assistência com os demais níveis da rede de saúde. Tem como princípios a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (COSTA *et al.*, 2009; BRASIL, 2011).

A adscrição dos usuários e a longitudinalidade do cuidado são alguns dos fundamentos e diretrizes da APS que permitem a vinculação das pessoas às equipes de saúde, a criação de uma referência para o cuidado e a continuidade da assistência (BRASIL, 2011).

Com a finalidade de reestruturação do SUS a partir da APS e de acordo com a Vigilância em Saúde, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, transformado em Estratégia Saúde da Família em 2006. A ideia era considerar o ser humano de uma maneira integral, nas dimensões individual, familiar e coletiva (COSTA *et al.*, 2009; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; ALVES E SILVA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011).

Assim, a ESF passou a ser prioridade em todas as esferas de governo, tendo em vista a busca de expansão, consolidação e qualificação da APS. Tem como base do trabalho a adscrição da população (máximo de 4000 pessoas cadastradas por equipe, sendo que cada agente comunitário de saúde deve acompanhar no máximo 750 pessoas) e dessa forma a definição de um território, o trabalho em equipe multiprofissional (deve ser composta por, no mínimo, um médico generalista ou com especialização em saúde da família ou medicina de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um

auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescidos a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal e a família como foco da atenção (BRASIL, 2011).

Os profissionais da ESF devem estar cadastrados em apenas uma equipe e possuir como carga horária de trabalho semanal uma jornada de 40 horas. Essas regras diferem apenas para o profissional médico que poderá atuar em mais equipes. Nesses casos acontece um revezamento entre diferentes profissionais para o cumprimento da carga horária total de 40 horas. A variação da carga horária desse profissional implicará alterações no repasse financeiro fornecido ao município (BRASIL, 2011).

A fim de manter o vínculo e a longitudinalidade do cuidado, independente da forma de inserção do médico, os usuários devem ser acompanhados sempre pela mesma equipe. Todos os profissionais de saúde têm como algumas de suas atribuições a participação no processo de territorialização, o que facilita o contato com a realidade local; a atualização dos cadastros; cuidar e acompanhar a população adscrita nos diferentes espaços da comunidade; acolher as pessoas através da escuta qualificada e conduzir adequadamente cada caso; planejar e avaliar o trabalho realizado (BRASIL, 2011).

Aproximar-se da realidade populacional trata-se de uma ação objetivada na elaboração da política, pode ser percebida na realização do diagnóstico de saúde da comunidade, programação e planejamento das atividades, na localização das unidades de saúde na área de abrangência, no trabalho desenvolvido por profissionais da comunidade (agentes comunitários de saúde) e no trabalho em equipe visando a resolutividade dos problemas (COSTA *et al.*, 2009; BRASIL, 2011).

De uma maneira geral, os fatos ocorridos na história e as mudanças do sistema de saúde trouxeram uma prática de saúde mais próxima da população pelo menos na formulação das políticas. O vínculo foi estabelecido como um dos princípios da APS, sendo um eixo norteador da reorganização esperada no sistema de saúde.

2.3 Vínculo como princípio da Atenção Primária à Saúde e base do trabalho na ESF

A PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) apresenta o vínculo entre as equipes de APS e a população adscrita como um dos princípios deste nível de atenção. É nesse primeiro contato estabelecido entre os indivíduos que as relações serão construídas, sendo

considerado como um encontro na chegada dos usuários ao serviço e também do sistema de saúde aos usuários (BRASIL, 2011; BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

Reafirma-se que o vínculo entre trabalhador e usuário significa laço, ligação e para existir de fato requer relações de troca, relações de cuidado, transferências de afetos durante o ato do cuidado, demonstração de preocupação, atenção e interesse com a história de vida e as situações atuais do indivíduo e comunidade, de interdependência, de humanização, responsabilização e assistência integral. Enquanto uma tecnologia leve interacional, o vínculo constitui um fator fundamental para o sucesso e o não abandono do processo terapêutico. Enfim, é impossível existir um plano de cuidados diante da ausência de vinculação, proximidade entre ESF e o contexto de vida do usuário, pois o cuidado pressupõe que os sujeitos estejam envolvidos com zelo e responsabilidade mútua (SOUZA *et al.*, 2010).

Alguns aspectos importantes a serem observados com relação ao vínculo são o conteúdo deles, isto é, o que se troca nessa relação, entre quem são estabelecidas essas trocas e a densidade existente nelas. Gomes e Pinheiro (2005, p.292) relatam que “a ausência de ruptura entre quem oferece ou presta serviço e quem o recebe, é uma tendência constante para diminuir, a distância nesse contato, isso consiste em personalizar a relação, é o que caracteriza o vínculo comunitário”.

Considerando o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários da ESF, relações de confiança são necessárias para que as ações sejam programadas, tendo o usuário como foco da assistência, e participativo dela. No entanto, muitas práticas mostram no dia a dia uma relação de dominação, sem provocar mudanças no modelo assistencial baseado na doença e com o profissional de saúde como detentor do poder. Alguns autores afirmam que o vínculo associa-se a uma relação contínua que possibilita um olhar mais amplo e integral às necessidades dos usuários, considerando aspectos sócio-cultural-econômicos que podem influir no processo saúde-doença-cuidado (STARFIELD, 2002; SCHIMITH; LIMA, 2004; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004; GOMES; PINHEIRO, 2005; FRANCO; MERHY, 2005; SOUZA *et al.*, 2010; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Tendo em vista a participação popular fomentada pela ESF, a existência de uma relação entre os sujeitos como produtores de saúde deve ser proporcionada pelo convívio de diferentes saberes a respeito das vivências do dia a dia (COSTA *et al.*, 2009).

Merhy (2005) afirma que o acolhimento e o vínculo andam juntos quando se pensa na relação humanizada, com responsabilidade e compromisso que deve ser estabelecida entre trabalhadores e usuários. Essa perspectiva nos leva a refletir sobre nosso cotidiano e sobre como atuamos nos diversos momentos com os usuários. Essa reflexão nos remete ao objeto

desse estudo. O vínculo está presente no discurso e na elaboração das políticas, mas isso não traz a garantia dele ser construído no dia a dia de forma contínua, duradoura e envolver relações saudáveis e construtivas para a qualidade da saúde.

Observa-se no dia a dia pouca responsabilização na interação entre os sujeitos, inclusive dos gestores, para a organização do cuidado. O trabalho cotidiano na saúde, ainda é avaliado a partir da produtividade mensal do cumprimento de metas preestabelecidas e quantificáveis. Esperam-se mudanças na prática assistencial, na forma de cuidar, mas exige-se que se alcance um número definido de consultas e procedimentos, o que contrapõe com a construção de relações de confiança, as quais estão atreladas à subjetividade, ou seja, o tempo que se gasta nas relações interpessoais do cuidado não se consegue computar. Daí, que alguns estudos mostram a importância e a responsabilidade do agente comunitário de saúde, do estabelecimento de vínculo entre usuário – equipe de saúde – serviço, pois é por meio das relações criadas por esses sujeitos que o elo entre usuários e equipe de saúde é garantido (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; ECKERDT *et al.*, 2008; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; VIEGAS *et al.*, 2010). Certamente que ele é um elo importante para garantir respostas às demandas da população, mas seria necessário repensar a produção de cuidado em saúde pautadas no acolhimento, vínculo e responsabilização para garantir uma rede de cuidados pertinente e acessível, a partir de uma assistência integral, resolutiva e humanizada que priorize a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania (VIEGAS *et al.*, 2010).

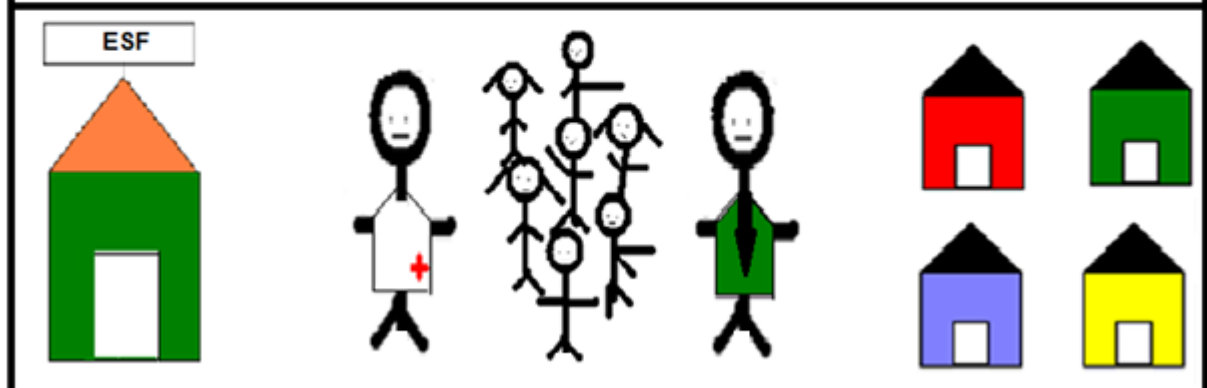
Em um trabalho feito por Alves e Silva *et al.* (2010) sobre a percepção do médico da ESF sobre a atuação dele como profissional, foi destacada a possibilidade que essa estratégia traz para o estabelecimento de vínculo com o usuário. Alguns pontos positivos ressaltados são a criação de vínculo através da carga horária de 40 horas, da possibilidade de participação da população, da continuidade de atendimento dessa mesma população e do trabalho no domicílio. Algumas dificuldades para a real adesão do profissional aos princípios da ESF também foram levantadas, como a motivação pelo trabalho associada apenas a uma remuneração melhor e um serviço menos exaustivo, a alta demanda de usuários que traz a redução do tempo de consulta e a menor disponibilidade para a escuta e a não percepção do seu papel enquanto médico da ESF. Os autores identificam uma lacuna entre a ESF como proposta de reorganização e esse acontecimento de fato.

Nessa perspectiva, mudar o modelo de atenção colocando o vínculo como um de seus pilares implica refletir e redefinir o objeto, as estratégias, as tecnologias e valorizar as relações. É compreender que, na APS, o sujeito precisa assumir o controle de sua saúde com

responsabilidade, de acordo com suas condições de vida e contar com a equipe de saúde para o atendimento de suas necessidades (COSTA *et al.*, 2009; SHIMIZU; REIS, 2011; BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

Mediante o exposto, compreender como de fato a construção de vínculo acontece no cotidiano, considerando os discursos dos profissionais e usuários, poderá trazer novas discussões e possibilidades para a prática do cuidado integral.

PERCURSO METODOLÓGICO



3 PERCURSO METODOLÓGICO

*Pessoas, lugares, coisas...
Tudo tem seu significado
Sons, cheiros, gestos...
Tudo fica guardado
E assim vamos seguindo em frente
O caminho vai sendo trilhado.*

Gabrielli Pinho de Rezende

3.1 Delineamento do Estudo

Adotou-se como metodologia para analisar o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários da atenção primária à saúde a abordagem de um estudo de caso de caráter qualitativo. A escolha do método qualitativo se deve ao fato do objeto da pesquisa, o vínculo, ser um fenômeno subjetivo que apresenta significados atribuídos pelos indivíduos. Além disso, por meio dessa abordagem torna-se possível compreender a realidade existente. Segundo Maffesoli (1988, p. 25), ela “descreve o vivido naquilo que é, contentando assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos”.

Por meio desse tipo de pesquisa torna-se possível compreender o mundo a partir da interação dos sujeitos com o cotidiano. Essa interpretação, ao considerar os significados atribuídos aos fenômenos por cada indivíduo, assume um valor de construção do conhecimento e do saber acerca das relações sociais que se constituem na esfera da saúde para compreender a sociedade contemporânea (MINAYO, 2010; CHIZZOTTI, 2011). Assim, a opção por um estudo de natureza qualitativa deu-se em face da possibilidade de investigação da realidade social para além tanto do observável na superfície quanto do quantificável.

Em relação ao estudo de caso, este vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais. Segundo Yin (2010) apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões, nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo.

Em relação às características ou princípios associados ao estudo de caso, Lüdke e André (1986) destacam que estes visam à descoberta, enfatizam a interpretação em contexto, retratam a realidade de forma completa e profunda, usam variadas fontes de informação, procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social, utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros

relatórios de pesquisa. As fases de desenvolvimento destacadas pelos autores são: a fase exploratória, quando o pesquisador parte do pressuposto da inexistência de uma visão predeterminada da realidade, indo em busca dos aspectos relevantes que envolvam uma determinada situação; a fase de delimitação do estudo, realizada numa etapa consecutiva à identificação dos elementos-chave e dos contornos aproximados do problema, na qual o pesquisador procede à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos mais ou menos estruturados e técnicas mais ou menos variadas, sendo, sua escolha determinada pelas características do objeto estudado; a fase de análise sistemática e elaboração do relatório que decorre da necessidade de sistematização e análise das informações para serem repassadas aos informantes, para que possam manifestar suas reações sobre a relevância e a acuidade do que é relatado. Nesta fase, é necessário um constante movimento entre a teoria e os dados empíricos; trata-se da fase prática do estudo de caso, relacionada aos possíveis problemas que podem ser evocados quanto ao planejamento ou desenvolvimento deste tipo de estudo.

Para finalizar as considerações a respeito do estudo de caso, é importante lembrar que este tipo de pesquisa, é caracterizado pela investigação aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado, o que constitui tarefa praticamente impossível a adoção de outros tipos de delineamentos de pesquisa. Nessa perspectiva é possível ainda preservar o caráter unitário do objeto a ser estudado por isso este método de Estudo de Caso foi considerado adequado para a presente pesquisa pela real complexidade do fenômeno em questão, sua contemporaneidade e inserção no contexto do setor saúde (GIL, 2009).

3.2. Cenário

Este estudo foi desenvolvido no contexto da APS, mais especificamente na ESF de Paraopeba-MG. Esse município faz parte da região macrocentro e zona metalúrgica do Estado e da microrregião de Sete Lagoas - MG. Possui uma área territorial de 625,1Km, está distante de Belo Horizonte 97Km e tem aproximadamente 24000 habitantes (PARAOPEBA, 2013; PARAOPEBA, 2014).

O crescimento da população vem se intensificando desde a década de 80 com o desenvolvimento de atividades relacionadas à exploração e ao beneficiamento de ardósia, além da indústria têxtil. Aproximadamente 84,7% da população reside na área urbana e 15,3%, na zona rural (PARAOPEBA, 2013; PARAOPEBA, 2014).

Figura 1. Mapa representativo da localização de Paraopeba e municípios vizinhos, no Estado de Minas Gerais. Paraopeba, 2015.



Fonte: Plano Municipal de Saúde (PARAOPEBA, 2014).

Em relação às condições de saneamento básico, quase a totalidade das residências da zona urbana contam com abastecimento de água da rede pública e na zona rural 88% dos domicílios utilizam a água de poços ou nascentes. A destinação final do lixo é feita por coleta pública em 95% da área urbana, sendo o mesmo queimado ou enterrado na mesma proporção das residências da zona rural. Aproximadamente 90% das famílias possuem como sistema de destinação dos dejetos humanos a rede pública de esgoto, enquanto na zona rural é utilizada a fossa (PARAOPEBA, 2013; PARAOPEBA, 2014).

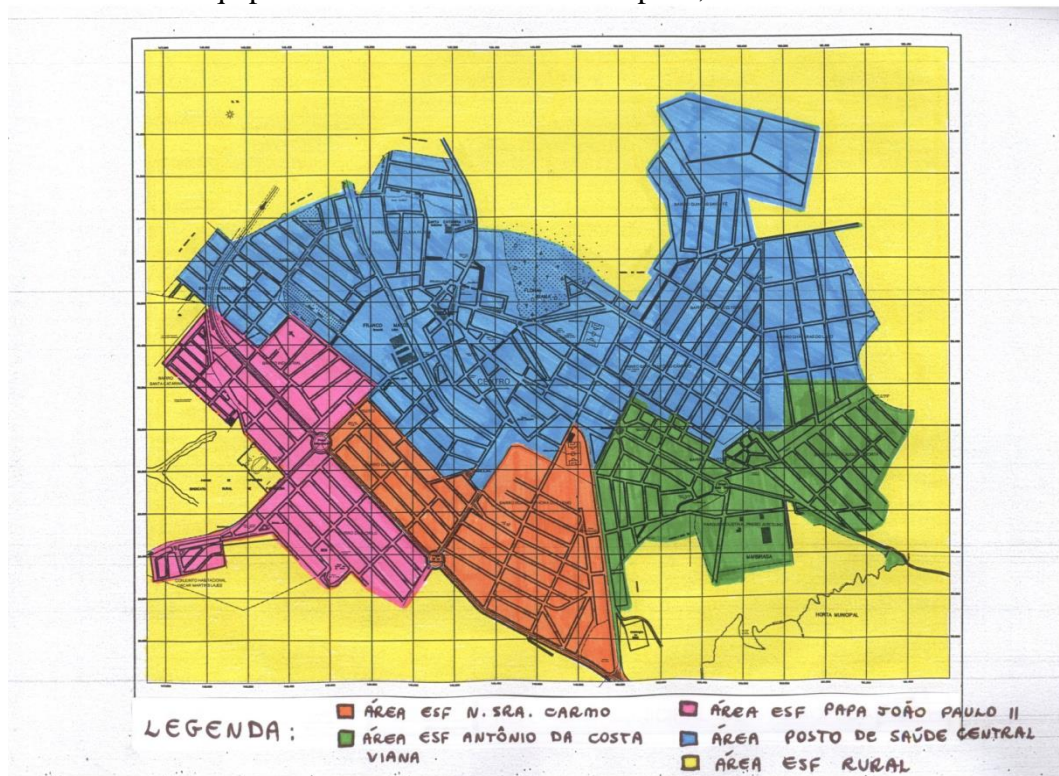
As maiores causas de óbitos da população são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas, doenças do aparelho digestivo e algumas doenças infecciosas e parasitárias. As principais causas de internação relativas à população masculina são as doenças do aparelho respiratório e digestivo; quanto à população feminina são as doenças do aparelho circulatório (PARAOPEBA, 2013; PARAOPEBA, 2014).

A rede de assistência à saúde do município é formada por cinco unidades básicas de saúde, sendo quatro unidades de Saúde da Família; uma farmácia municipal da rede Farmácia de Minas; um laboratório de análises clínicas, uma unidade de saúde mental e uma unidade de vigilância em saúde. Existe ainda o serviço de odontologia que utiliza o espaço físico de uma

das unidades de saúde da família e outros serviços que são terceirizados ou feitos em parceria com o Estado (PARAOPEBA, 2014).

Existia no município um hospital filantrópico de pequeno porte que foi fechado em 2011. Atualmente os casos de urgência e emergência são referenciados para municípios vizinhos, como Caetanópolis e Sete Lagoas. Tendo em vista a atual situação a atenção básica é considerada prioritária em Paraopeba e espera-se que ações de prevenção de agravos e promoção da saúde sejam estabelecidas com qualidade. Atualmente o município tem uma cobertura de 96,97% desse nível de atenção, sendo 60% por Equipes de Saúde da Família e o restante por unidade de saúde tradicional (PARAOPEBA, 2013; PARAOPEBA, 2014).

Figura 2 – Mapa de Paraopeba de acordo com a distribuição das áreas de abrangência por Equipe de Saúde da Família. Paraopeba, 2015.



Fonte: Mapa de Paraopeba fornecido pelo setor de topografia da prefeitura, dividido por microáreas e adaptado pela pesquisadora.

As equipes de Saúde da Família foram implantadas em Paraopeba no ano de 2001, inicialmente num total de duas e em 2007 foi realizado processo seletivo para todos os profissionais constituintes da ESF. Nessa época novos profissionais passaram a constituir as equipes, que foram ampliadas para quatro, a partir de então com maior estabilidade no cargo. Esse foi um fato importante para este estudo, visto que existe baixíssima rotatividade de

profissionais no local, até mesmo da classe médica, o que possibilita maior proximidade com a população e formação de vínculo (PARAOPEBA, 2013; PARAOPEBA, 2014).

O cenário deste estudo foi constituído por três Unidades de Saúde da Família do município de Paraopeba-MG, duas urbanas e uma rural. Uma das equipes não foi contemplada no estudo pelo fato da pesquisadora ser profissional de saúde atuante na mesma e pela possibilidade desse fato gerar interferências nos resultados.

Cada equipe fica alocada em uma unidade de saúde separada e apesar das especificidades existentes em cada território, todas possuem formas de trabalho e estratégias semelhantes, sendo o planejamento e acompanhamento realizados em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

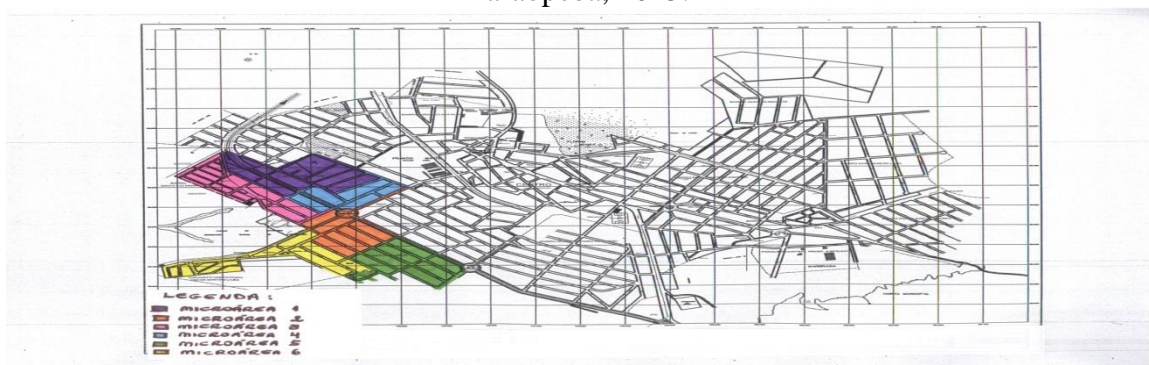
Tabela 1. Caracterização das Equipes de Saúde da Família participantes do estudo em relação ao número de famílias e pessoas cadastradas. Paraopeba, 2015.

EQUIPES →	ESF Papa João Paulo II	ESF Antônio da Costa Viana	ESF Adelson Maciel (Rural)
Número de Famílias cadastradas	1068	934	972
Número de Pessoas cadastradas	3456	3288	3311

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (PARAOPEBA, 2015).

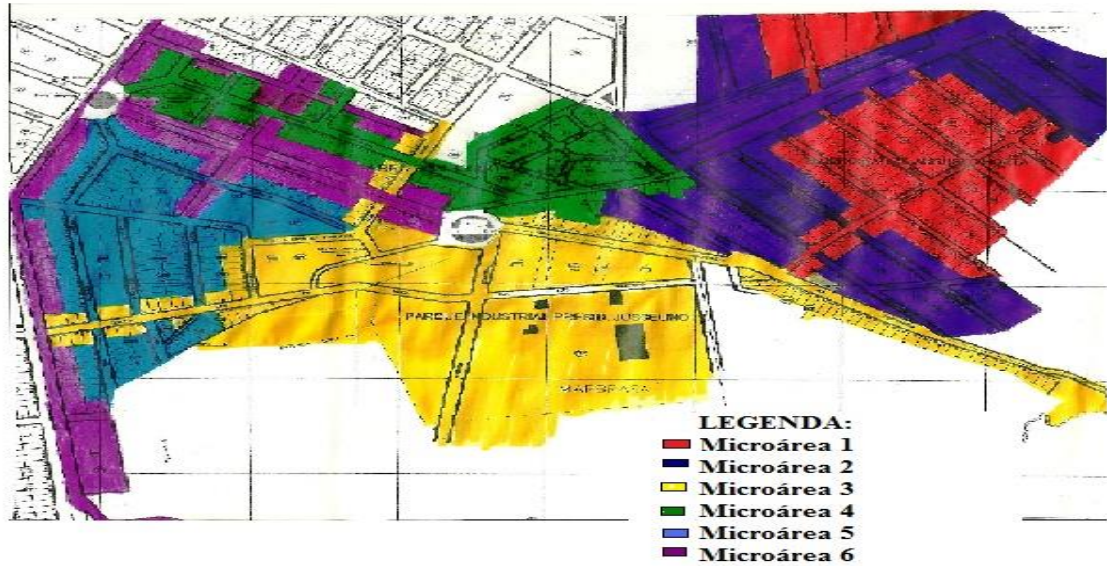
Cada área de abrangência foi dividida em micro-áreas de acordo com o planejamento da equipe os remanejamentos são feitos quando necessário, para que a equipe possa acompanhar os usuários com maior qualidade.

Figura 3 – Mapa da área de abrangência da ESF Papa João Paulo II, dividido por microáreas. Paraopeba, 2015.



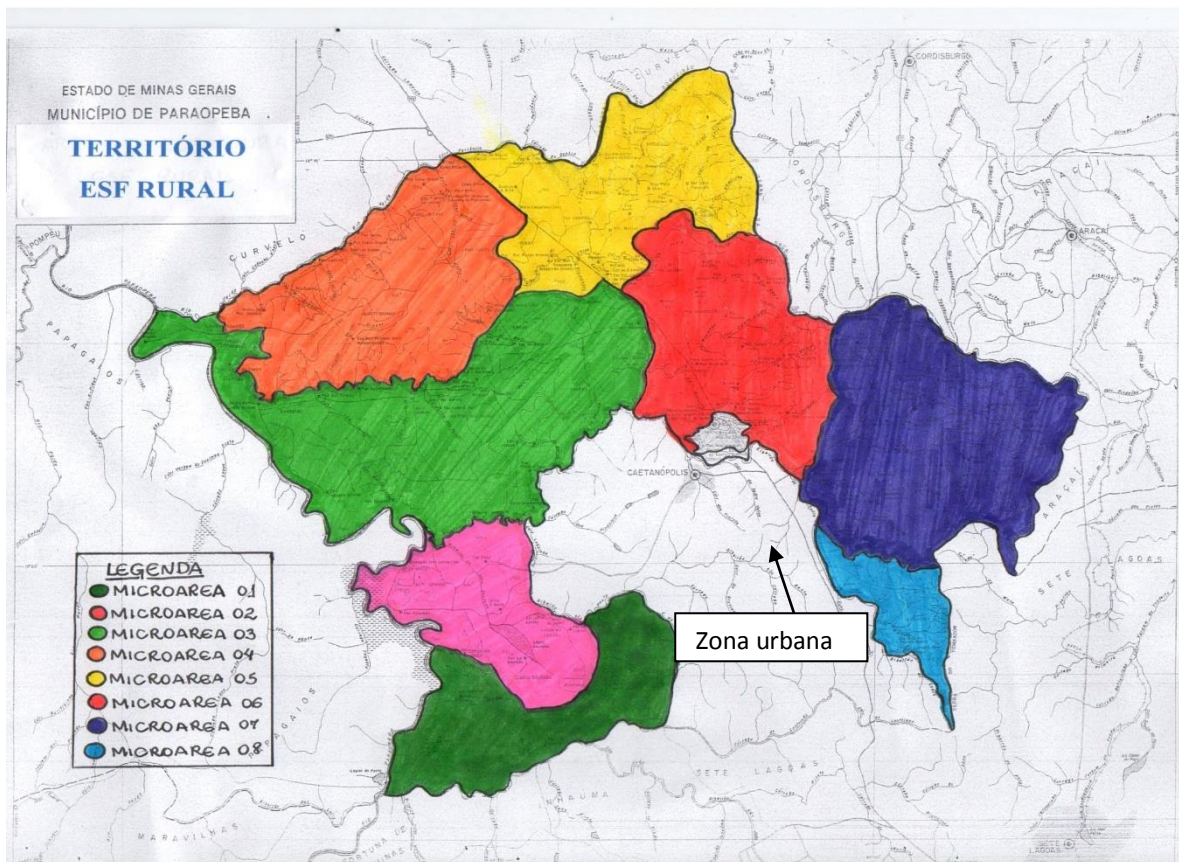
Fonte: Mapa de Paraopeba fornecido pelo setor de topografia da prefeitura, dividido por microáreas e adaptado pelas coordenadora da unidade. Paraopeba, 2015.

Figura 4 – Mapa da área de abrangência da ESF Antônio da Costa Viana, por microárea. Paraopeba, 2015.



Fonte: Mapa de Paraopeba fornecido pelo setor de topografia da prefeitura, dividido por microáreas e adaptado pela coordenadora da ESF Antônio da Costa Viana. Paraopeba, 2015.

Figura 5 - Mapa da área de abrangência da ESF Rural, dividido por microáreas. Paraopeba, 2015.



Fonte: Arquivo da Prefeitura Municipal de Paraopeba, adaptado pela coordenadora da ESF Rural. Paraopeba, 2015.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde das equipes participantes do estudo (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), e usuários que vivenciam as ações cotidianas dos serviços de saúde dos municípios, que interagem com a população assistida, construindo realidades sociais diferenciadas. Dois gestores do município, sendo eles secretária de saúde e coordenadora municipal da APS, foram incluídos como participantes, tendo em vista a importância deles na relação com trabalhadores e usuários da rede de saúde.

Os critérios preliminares de escolha dos sujeitos no caso dos profissionais foram pertencer ao quadro de contratados do município, ou seja, não ter contrato temporário e atuarem na equipe de Saúde da Família há mais de um ano. No caso dos usuários foi ter idade igual ou superior a 18 anos e ser cadastrado na unidade de atendimento há mais de um ano. Esse período foi estabelecido visando a participação de sujeitos envolvidos no contexto da unidade de saúde.

O número de participantes foi definido previamente à coleta de dados. O número de usuários entrevistados foi igual ao número de profissionais. Participaram 3 médicos, 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, 2 gestores e 17 usuários desses serviços, totalizando 34 pessoas.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa em seu setor de trabalho. Em relação aos agentes comunitários de saúde, participaram 2 agentes de cada equipe, como critério estabeleceu-se: os que possuíam maior e menor tempo no serviço.

Os usuários foram escolhidos de forma aleatória com base nas informações dos prontuários das unidades, proporcionalmente entre as equipes. Nas unidades de Saúde da Família em Paraopeba, os prontuários individuais são organizados por envelopes da família. Por fora de cada envelope existe uma folha de rosto que possui o nome da unidade, o número da família, o endereço, o nome de cada membro da família e a data de nascimento correspondente a cada um. Os envelopes ficam separados em gavetas de um arquivo, de acordo com a micro-área e ACS ao qual pertencem. Após a definição dos agentes comunitários de cada equipe, o sorteio dos usuários foi feito nas gavetas desses agentes. Um envelope era escolhido de forma aleatória e o participante selecionado era aquele correspondente ao primeiro membro da família registrado na folha de rosto. Caso esse não atendesse aos critérios de seleção, passava-se para o próximo membro registrado. Caso a

família não atendesse aos critérios outro envelope era sorteado. Todos os convidados aceitaram participar da pesquisa.

Ao convidar, todos foram informados sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre todo e qualquer procedimento, sendo livre para aceitar ou não. Conforme Resolução 466/12, após confirmação da participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndices D, E e F), e tiveram assegurado seus anonimatos. Cada participante foi identificado por um código composto por uma letra e um número, sendo que para os profissionais de saúde foi utilizada a letra inicial de sua profissão (M: médico, TE: técnico de enfermagem, E: enfermeiro, ACS: agente comunitário de saúde, G: gestores) e para os usuários a letra U.

Tabela 2. Perfil dos profissionais participantes da pesquisa. Paraopeba, 2015.

Número	Profissão	Tempo de trabalho na ESF
1	Agente comunitário de saúde	7 anos
2	Agente comunitário de saúde	7 anos
3	Agente comunitário de saúde	1 ano
4	Agente comunitário de saúde	9 anos
5	Agente comunitário de saúde	3 anos
6	Agente comunitário de saúde	13 anos
7	Enfermeiro	7 anos
8	Enfermeiro	7 anos
9	Enfermeiro	4 anos
10	Médico	7 anos
11	Médico	4 anos
12	Médico	3 anos
13	Técnico de enfermagem	7 anos
14	Técnico de enfermagem	1 ano
15	Técnico de enfermagem	5 anos
16	Gestor Municipal de Saúde	6 anos
17	Gestor Municipal de Saúde	6 anos

Fonte: Dados da pesquisa. Paraopeba, 2015.

Tabela 3 – Perfil dos usuários participantes da pesquisa. Paraopeba, 2015.

Número	Sexo	Tempo de adscrição na microárea
1	Feminino	7 anos
2	Feminino	7 anos
3	Feminino	7 anos
4	Feminino	10 anos
5	Masculino	10 anos
6	Feminino	10 anos
7	Feminino	6 anos
8	Feminino	7 anos
9	Feminino	10 anos
10	Feminino	13 anos
11	Masculino	13 anos
12	Feminino	6 anos
13	Feminino	10 anos
14	Feminino	7 anos
15	Masculino	10 anos
16	Feminino	5 anos
17	Masculino	7 anos

Fonte: Dados da pesquisa. Paraopeba, 2015.

A baixa rotatividade de profissionais nas equipes e de moradores nas áreas de abrangência foi o que justificou a realização deste estudo de caso em Paraopeba. Isso porque esse tempo de permanência das pessoas no local aumenta a chance de contato entre profissionais e usuários e conseqüentemente a possibilidade de construção de vínculo.

3.4 Técnicas de Coleta de Dados

Segundo Yin (2010), a coleta de dados para os estudos de caso pode basear-se em diferentes fontes de evidência, dentre elas a documentação, os registros em arquivos, as entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos, sendo seu caráter complementar.

A realização da pesquisa no município foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde de Paraopeba (Anexo) e teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG).

Neste estudo, foi utilizada a entrevista e a observação do cotidiano dos sujeitos.

Em relação à entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2010), esta pode combinar perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador.

As entrevistas ocorreram individualmente, fundamentadas em um roteiro semiestruturado para os usuários, outro para os profissionais e outro para os gestores. Para os usuários o roteiro preliminar estabeleceu os seguintes pontos: como se sentem cuidados quando buscam o serviço de saúde; em que situações buscam a unidade de saúde e em quais não buscam; de que forma se sentem recebidos no serviço; quais os motivos que os fazem buscar atendimento na unidade básica.

Para os profissionais e gestores, o roteiro preliminar estabeleceu o entendimento por vínculo tendo estas duas orientações: como é o acolhimento feito às necessidades de saúde da população adscrita; quais as estratégias propostas em sua concepção sobre estabelecimento de vínculo com o serviço, equipe e individuais.

Todas foram realizadas em local e horário pré-determinado pelos entrevistados, e com permissão prévia foram gravadas para garantir a confiabilidade das informações. Foram garantidos o anonimato dos informantes e a utilização das informações apenas para fins científicos. Ao serem convidados a participar do estudo, além de serem informados dos objetivos e das questões éticas que envolvem estudos com seres humanos, foi apresentado o termo de consentimento informado, assinado pelo pesquisador e entrevistado. A qualquer momento o informante poderia se desligar do estudo sem quaisquer prejuízos de acordo com a Resolução 466/12.

A utilização da observação direta do cotidiano dos sujeitos teve como objetivo verificar o que acontecia no cotidiano das unidades de saúde, em diferentes momentos e atendimentos, a fim de mostrar um pouco da relação existente.

De acordo com Triviños (1994) e Minayo (2009) a observação traz uma complementação dos dados obtidos nas entrevistas formais por meio da visualização de conversas informais, expressões, gestos e comportamentos. É possível captar a realidade vivenciada de uma maneira diferente e registrá-la para utilização na pesquisa.

Neste estudo, a observação direta foi realizada anteriormente às entrevistas, como entrada no campo de pesquisa. Foram observados diferentes locais das unidades de saúde,

onde havia contato entre profissionais e usuários (sala de espera, consultórios, salas de procedimentos, entrada da unidade). O acompanhamento das consultas e procedimentos era realizado após autorização dos envolvidos. Todos os profissionais participantes foram observados em algum momento e os usuários observados nas unidades nem sempre foram os participantes da pesquisa.

Os dados relacionados à observação foram registrados em um diário de campo e identificados como “notas de observação (NO)”. A cada dia de observação as informações eram registradas e os sujeitos tinham o direito de ler para autorizar ou não sua utilização na pesquisa.

3.5 Técnica de Análise de dados

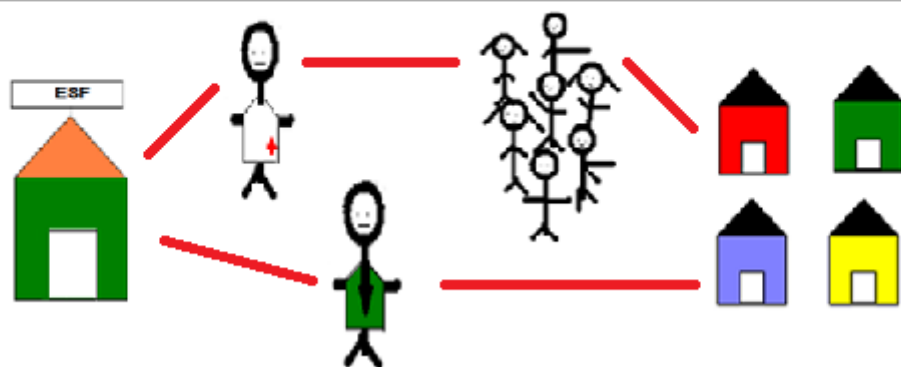
Os dados foram tratados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2008). Segundo o autor, por meio de técnicas pode-se descrever o conteúdo das mensagens e obter indicadores e conhecimento. Para isso foram seguidas as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Na pré-análise foi realizada a preparação do material, ou seja, organização das notas de observação no diário de campo e transcrição das entrevistas na íntegra. Em seguida a leitura flutuante e globalizada dos dados possibilitou o conhecimento do texto e um direcionamento das ideias.

A exploração do material foi feita por meio da codificação e categorização, em que o texto foi recortado de acordo com significados, temas, sujeitos. Inferências foram feitas em relação aos dados apresentados e o objeto da pesquisa.

O processo de tratamento dos resultados e interpretação foi realizado de acordo com os achados da pesquisa e consoante à literatura existente. Neste momento do trabalho foram criadas categorias abertas advindas dos dados coletados. Mediante essa análise foram realizadas as considerações relativas à discussão dos dados e aos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Mas afinal, tudo começa a partir do vínculo ou o vínculo começa a partir de tudo?
Não sei! Será possível descobrir, interpretar, supor?
De algum jeito estamos próximos, ligados, atados
Seja de qual maneira for...*

Gabrielli Pinho de Rezende

Com o intuito de compreender a construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários de unidades de Saúde da Família realizou-se o presente trabalho. Após leitura e releitura dos dados, foram obtidas três categorias: 1. Expressões do vínculo no cotidiano; 2. Expectativas dessa relação: o olhar dos usuários, dos profissionais e da gestão e 3. Caminhando na construção do vínculo.

4.1. Expressões do vínculo no cotidiano

O vínculo possui diferentes configurações ao se tratar de um significado. A intenção dessa categoria não é trazer ou se chegar a um conceito por meio dos discursos dos participantes, mas sim, apresentar as concepções dos mesmos a respeito deste termo. O que se pretende por meio deste estudo é compreender o que significa o vínculo para essas pessoas, tendo em vista subjetividade de cada um.

Vínculo traz consigo a ideia de ligação com o outro, aproximação, convivência:

Ai meu Deus... eu acho que é um elo que a gente consegue ali criar, ali junto com aquela pessoa, junto com aquela família né, eu acho que é isso (ACS₄).

Vínculo é uma coisa que tá ligada com a outra, não é isso? (U₁₀).

Vínculo quer dizer, é, a convivência, ligação. Só tenho a falar coisa boa, não tem como. Tenho uma relação boa graças a Deus. Eu não posso reclamar porque se eu falar que eles me tratam mal eu tô mentindo. Todas as vezes que eu preciso eu sou muito bem atendido. Então pra quê que eu vou mentir? (U₁₄).

É uma coisa que relaciona, que faz relacionar com o outro. Quando a gente faz um trabalho, a gente convive com as pessoas, a gente cria uma relação, um vínculo, um vínculo de amizade, um vínculo profissional, eu acredito que é assim. É tudo aquilo que a gente propõe pra gente conviver, pra gente fazer e as pessoas passam a acreditar naquilo que a gente..., convive com a gente naquela relação (M₁).

Estar ligado ao outro e à família, formar um elo, conviver e relacionar-se remete a uma relação duradoura, contínua. Essa compreensão retrata claramente a ideia de que para estar vinculado é preciso estar junto, compartilhar. A realidade trabalhada em uma ESF apresenta diariamente a necessidade do convívio entre profissionais, destes com os usuários e entre eles, seja na unidade de saúde, dentro de uma mesma família ou na comunidade. Entender a importância de fortalecer esses elos pode ter um reflexo positivo no cuidado em saúde, tendo em vista a relevância de cada sujeito nesse processo.

A presença de vínculo entre profissional e usuário pode ser percebida já no momento da chegada deste até à unidade considerando a sua acolhida. A identificação é observada por meio da procura por determinado profissional, pelo uso do nome próprio de cada um, pelas conversas que apresentam questionamentos sobre problemas ou questões de sua vida anteriores àquele momento sem o uso de um prontuário ou outro registro (NO_{1, 2, 4, 6}).

Segundo Schimith e Lima (2004), no cotidiano dos serviços, ou seja, no encontro do trabalhador com o usuário, o vínculo pode ser identificado e ele está sempre em construção. A possibilidade de estreitamento dos laços é constante.

Dessa forma, a relação profissional/usuário pode também ser mais íntima:

Deixa eu pensar. Eu acho que proximidade, uma certa intimidade e proximidade que a gente cria com os pacientes. Tem paciente que te conta a vida dele toda, que eles vão confiando tanto que eles te contam tudo deles. Eu acho que criar um vínculo é criar de certa forma uma intimidade com eles (ACS₅).

Vínculo é tudo isso que eu te falei eu acho, que eu sou muito apegada, muito... Eu ligo muito com a pessoa, sabe? Será que é isso? (ACS₃).

Eu acho que, sei lá, eu acho que é o amor mesmo que a gente acaba tomando com o pessoal né, eu penso (ACS₂).

Vínculo pra mim, eu acho que é o cuidado um com outro, não ter diferença nem de um nem de outro. É isso? (TE₃)

Eu acho que é a aproximação que a gente tem. É, igual eu chego lá, Dra.(falou o nome da médica) já me conhece, a enfermeira (falou o nome da enfermeira) já me conhece, sabe? Eu tive problema de pressão alta na minha gravidez, né? Então eles tavam sempre junto. Agora mesmo que eu tive, eu fiz essa cauterização, aí a enfermeira (falou o nome da enfermeira) mandou vim aqui, pegar meus papéis, sabe, pra ir. Eu chego lá sou muito bem recebida. Então assim, eu gosto de ir sabe? E a agente (falou o nome da ACS) é ótima, nó! (U₁₂).

Essa aproximação muitas vezes é fortalecida e evidenciada pelo envolvimento da pessoalidade e de sentimentos como amizade, amor, apego e cuidado. A confiança demonstrada na exposição de fatos pessoais traduz-se em uma relação que vai além da busca de um tratamento ou acompanhamento de saúde, mas que interfere nas condições de vida de uma maneira geral.

Por meio de uma relação mais próxima, o profissional tem oportunidade de conhecer a realidade de cada indivíduo e de cada família, podendo atuar em conjunto com cada um sobre as suas necessidades de saúde. No mesmo sentido o usuário terá mais liberdade e segurança em retornar à unidade e àquela equipe quando necessário.

A Estratégia Saúde da Família propõe um modelo de saúde coletivo, centrado na realidade de cada local e que traga transformações no modo de pensar e agir das pessoas, não mais com foco na doença e sim nos seus determinantes, na qualidade de vida da população, com base no trabalho interdisciplinar dos profissionais da unidade (COSTA *et al.*, 2009).

Os sentidos de vínculo aproximam-se de zelo, rigor, dedicação e atenção segundo Fontanella, Setoque e Melo (2013). A pessoalidade, relação de amizade construída entre profissional/usuário interfere diretamente na continuidade do tratamento e na confiança entre as pessoas, visto que o usuário passa a procurar determinado profissional para atender às suas necessidades (MEDEIROS *et al.*, 2010; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Dessa maneira, ao possibilitar uma escuta de qualidade e ter uma equipe que conheça o usuário e sua família e cuide deles de maneira específica, é possível ir além do conhecimento técnico-científico e dialogar sobre o que o outro pode trazer relativo às próprias vivências (ALVES E SILVA *et al.*, 2010; JORGE *et al.*, 2011; VIEGAS; PENNA, 2012; FONTANELLA; SETOQUE; MELO, 2013).

Segundo alguns autores, essa escuta ainda garante resolutividade:

A escuta diferenciada e a maior oportunidade de criação de vínculos possibilitam responder a uma grande parte da demanda por atenção médica e por cuidados terapêuticos, por atingir indivíduos cujo sofrimento traduz, em parte, o crescente empobrecimento da população e a desorganização do tecido social, expressando-se como problemas coletivos de saúde (ALVES E SILVA *et al.*, 2010, p.164).

Para que essas necessidades da população sejam acolhidas, a equipe de saúde deve utilizar de diferentes tecnologias, sendo o vínculo uma tecnologia leve significativa e potencializadora da adesão terapêutica (BRASIL, 2011; SOUZA *et al.*, 2010).

Observa-se que o desconhecimento e a desvalorização dos modos de vida do indivíduo em conjunto com a fragilidade do vínculo e acolhimento realizado pelos profissionais da ESF têm colaborado para o abandono de tratamentos, como é o caso da tuberculose citada no estudo de Souza *et al.* (2010).

Nessa relação de troca com o outro, o não comprometimento de um dos envolvidos pode gerar sentimentos negativos:

Vínculo pra mim é proximidade, eu acho. É troca, é uma troca de cuidado, né? Que acaba resultando numa proximidade, eu acho que de uma maneira assim genérica, é o que eu acho. [...] E é bilateral mesmo, tem às vezes determinadas situações em que a gente tá se dedicando tanto ao cuidado de uma pessoa e essa pessoa acaba, né, assim, desmerecendo aquela dedicação e tudo mais, a gente nota que existe mesmo essa quebra da confiança, então é troca, o tempo inteiro. Não é só da parte da gente não, da parte do usuário também, a gente busca o tempo inteiro isso (E₂).

Não existe troca sem a participação do outro. Ao se pensar a relação usuário/profissional e o objetivo comum de manutenção da saúde, a expectativa é muito grande das duas partes para que haja sempre envolvimento. Quando acontece alguma falha ou descompromisso em um dos lados, a frustração e possível descontinuidade da assistência podem estar presentes.

No vínculo, “pressupõe-se a existência de uma fonte regular de atenção e o estabelecimento de fortes laços interpessoais, que revelem a cooperação mútua entre a equipe de saúde e a comunidade adscrita” (SOUZA *et al.*, 2010, p. 905). Jorge *et al.* (2011) caracteriza essa ligação ainda como uma relação de interdependência. Dessa maneira, equipe e usuários devem estar envolvidos.

O estabelecimento do vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisará, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora (SANTOS *et al.*, 2008, p.467).

Outra situação que prejudica a cooperação no cuidado em saúde é o fato de políticas locais determinarem o trabalho dos profissionais, inclusive do ACS e das famílias e indivíduos não se comprometerem com o autocuidado. Isso acarreta a transferência de responsabilidades e problemas para esses profissionais, o que dificulta a realização de ações de promoção da saúde (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

No dia a dia das unidades de saúde, relações de amizade podem ou não ser formadas entre usuário e equipe de saúde:

Eu gosto de deixar um vínculo, que ele saiba que eu sou uma referência de saúde, no momento que eu tô na casa dele eu posso também ser uma amiga. Às vezes não posso ajudar mas eu posso ouvir. Então assim, eu gosto de tá deixando sempre isso, principalmente quando você sabe que a pessoa ainda precisa né? Porque às vezes a pessoa não tá querendo nem é a saúde né, quer só ouvir ou conversar (ACS1).

Vínculo? Ah? Sobre lá? Não, não. Porque vínculo é um vínculo de amizade, um vínculo de alguma coisa, que a gente entende assim né? Vínculo que eu tenho lá é alguma consulta que eu procuro. Que eu entendo por isso é assim o vínculo (U₄).

Independente da existência de um sentimento de amizade com a equipe, nota-se a procura pelo atendimento de saúde por parte do usuário e do acompanhamento do usuário pelo profissional. A partir do momento que esse encontro é favorecido, cabe à equipe trazer esse usuário para próximo dela. Nada impede que uma relação harmoniosa seja construída ou também que essa procura já existente seja totalmente interrompida. A postura dos profissionais será importante para essa definição.

De acordo com Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), a formação de vínculo entre usuários e profissionais ocorre pela aproximação desses indivíduos que, naquele momento, possuem necessidades e habilidades diferentes; um buscando o atendimento do outro.

A partir do momento que o profissional apresenta as habilidades de saber ouvir, escutar e atender com qualidade, traz para o usuário o sentimento de que ele é importante, o que aumenta a confiança e aproxima as relações (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; VIEGAS; PENNA, 2012).

É fato que o desenvolvimento de serviços de saúde de qualidade dependem de mudança de postura dos gestores e profissionais, de cooperação na equipe e de diálogo e continuidade das relações entre os sujeitos. As habilidades do profissional, considerando a comunicação, a promoção da saúde e suas competências, podem ditar a qualidade do atendimento e a formação de vínculo (MENDONÇA *et al.*, 2011).

Acolhimento e vínculo dependem da maneira como o trabalho em saúde é produzido e o vínculo, em especial, estimula a autonomia, a cidadania e a participação no cuidado (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Interação e participação com a equipe fazem parte da concepção de vínculo:

Vínculo, é...vínculo eu acho que é a gente tá interagindo com a equipe, né? Participar não só do nosso problema mas ela sempre saber o quê que tá acontecendo, quais são os programas que eles tem lá pra população, se dá pra gente participar também, se é bom pra gente, eu acho que é isso vínculo (U₈).

Nota-se que quando o usuário tem conhecimento do seu papel no cuidado de sua saúde e de como pode atuar junto com a equipe, de maneira regular, ele passa a vivenciar a realidade daquele local. Isso porque conhece qual a forma de trabalho da equipe, quais são as atividades voltadas para ele e dessa forma, mostra-se ativo e participativo. Nesse contexto, a tendência é que as relações estejam cada vez mais estreitas e que a adesão aos cuidados de saúde seja melhor.

A manutenção de uma relação duradoura com as pessoas depende de um bom convívio com as famílias, do comprometimento de toda a equipe, do entendimento por parte da população sobre o objetivo do serviço de saúde e do trabalho de cada profissional e ainda, da participação social (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

A valorização do papel do usuário na relação terapêutica aproxima saúde e cidadania, visto que cada pessoa tem capacidade de analisar e gerir sua vida. A relação próxima e de confiança com a equipe de saúde possibilita acesso às informações para que decisões sejam tomadas (SOUZA *et al.*, 2010).

Para que esse estímulo, participação e adesão do usuário seja real, a construção do vínculo deve envolver respeito, afetividade, estímulo à autonomia e à cidadania em relação à identificação de necessidades e cuidado à saúde. O usuário deve ser reconhecido como sujeito ativo (SANTOS *et al.*, 2008; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; JORGE *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2010).

A ligação com o outro por um objetivo comum, também intitulada parceria, foi observada nas concepções de vínculo:

Vínculo, parceria. Acho que a gente quando tem um vínculo você tem a relação de parceria. Acho que é isso mesmo, parceria (E₃).

Vínculo pra mim é uma forma de você estar ligado a alguém ou por uma legislação ou por algumas ideias. É essa ligação mesmo com um objetivo comum (G₂).

Na relação terapêutica, usuários e profissionais irão determinar uma meta e cada um terá suas responsabilidades para o alcance dela. O mesmo acontece na equipe de saúde, onde

cada profissional deve atuar de maneira adequada e cooperativa para alcançar o que almeja. A busca de objetivos comuns deve estar presente no cotidiano da saúde e o vínculo é uma das tecnologias a ser empregada para garantir maior sucesso.

De acordo com Rocha (2014), o vínculo é visto como ponto fundamental para o início da relação terapêutica, sua condução e ainda para o alcance do objetivo esperado, dependendo do envolvimento dos profissionais e usuários.

Estar vinculado também pode traduzir-se em ser uma referência e responsabilizar-se pelo outro:

Vínculo? Ahm... Nossa! Vínculo... Vínculo, laço, é... Proximidade, talvez, ligação né? Eu acho que seria essa, essa relação assim contínua que a gente estabelece com as pessoas e elas com a gente, de terem a gente como referência pras necessidades delas (E₁).

Uma referência, é como se fosse uma referência da pessoa, ele tem um vínculo com a prefeitura. Eu acho que seria isso (ACS₆).

Vínculo seria responsabilizar. Seria responsabilidade. Vínculo é isso pra mim. Se você tem um vínculo com um paciente você é responsável por aquele paciente. O nível de responsabilidade varia mas acredito que é isso, ter uma população vinculada a você é ser responsável direta ou indiretamente por aquilo (M₃).

Você adquire um vínculo quando você adquire uma certa confiança das pessoas. Você vincula por exemplo, você meio que direciona, as pessoas te têm como referência pra alguma coisa. Eu considero que seria uma referência pra algo, desde que a gente consiga conquistar a confiança e o respeito das pessoas praquilo, praquela finalidade (G₁).

Ser referência para alguém ou ser responsável por, traz para essa relação certo grau de compromisso. O profissional de saúde, como referência e responsável por uma população precisa estar preparado para atender às demandas dos usuários com resolutividade. Para isso precisa aliar as tecnologias leves ao seu trabalho diário, o que lhe proporcionará maior contato e entendimento acerca do que trouxe o usuário até o serviço. Por meio do trabalho em equipe, com discussões e troca de conhecimento sobre os casos, as condutas e assistência poderão ter maior qualidade.

A Política do Ministério da Saúde propõe que por meio da criação de vínculo, profissionais e usuários sejam responsáveis e atuem de forma contínua na manutenção ou restabelecimento da saúde (BRASIL, 2011).

Além disso, o profissional de saúde será responsável por conduzir a proposta terapêutica, dentro das possibilidades existentes, envolvendo em seu trabalho: respeito,

responsabilidade e compromisso. Daí a importância de estreitar as relações (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; MENDONÇA *et al.*, 2011; BRASIL, 2011; JORGE *et al.*, 2011; VIEGAS; PENNA, 2012).

A satisfação com o trabalho e com as relações existentes também é entendida como vínculo:

Há, eu faço porque eu gosto, eu tô ali porque eu gosto. Desde que você entrou o vínculo vem mais forte, aí eu falo, aí vou parar, eu vou sair, você pode até ficar um tempo fora, mas parece que tá ali alguma coisa que te puxa. Igual eu fiquei oito anos fora da área de saúde e voltei de novo, falei que não ia voltar mais e olha pra você ver, do nada eu voltei, tudo de novo, é porque gosta mesmo, você tem que fazer uma coisa que gosta mesmo, porque por dinheiro não, porque não é lá grandes coisas o salário da enfermagem, é mais porque gosta mesmo (TE₂).

Gostar do que faz tem uma relação direta com realizar as atividades com prazer e interesse. O profissional insatisfeito demonstra isso no seu dia a dia de trabalho e terá menos disponibilidade e vontade de conversar com alguém, de preocupar-se com o problema do outro, de tentar conduzir o caso de uma maneira diferente, se necessitar de um pouco mais de atenção. Tudo isso diminui as chances de estreitamento das relações.

A dimensão relativa à afetividade do vínculo está relacionada a um sentimento positivo em relação ao trabalho, que se desenvolve no campo de atuação, constitui-se num instrumento de trabalho rico que terá reflexos nas relações desenvolvidas e assistência prestada (VIEGAS; PENNA, 2012).

De uma maneira geral, as concepções de vínculo apresentadas pelos participantes do estudo aproximam-se muito da realidade atribuída a este termo na área da saúde, onde se espera a união de profissionais e usuários em prol de uma assistência melhor e integral.

Segundo Maffesoli (1988) o cotidiano e sua compreensão permite o conhecimento daquilo que é vivido, de acordo com a experiência de quem vivencia determinado fato, em determinado tempo e espaço. Daí a liberdade e não centralidade em um conceito ou algo que já seja definido. A tentativa de interpretar experiências por meios racionais, lógicos, desconsidera a subjetividade tão rica e importante à compreensão dos fenômenos.

De acordo com os resultados do trabalho de Rocha (2014), o vínculo possui diferentes sentidos, sendo tratados desde aspectos contidos nas políticas e sua positividade na relação terapêutica até um lado negativo dependendo da aceção que lhe é atribuído, em concordância com o observado neste estudo.

Apesar de alguns participantes terem demonstrado certa apreensão no momento da entrevista, ou seja, em dizer o que é vínculo, as ideias necessárias à construção dessa relação

foram ditas. Isso mostra que significados de vínculo estão presentes, a partir da perspectiva e maneira de cada um, no cotidiano dessas pessoas, sejam elas usuários ou profissionais de saúde.

Sendo assim, conhecer a visão de cada um desses sujeitos sobre essa relação ou o que é esperado para que essa aproximação possa acontecer torna-se importante para novas reflexões.

4.2. Expectativas dessa relação: o olhar dos usuários, dos profissionais e da gestão

Dentro do sistema de saúde, a criação do vínculo é baseada numa troca que acontece desde o planejamento das ações de saúde até os resultados. Durante todo esse processo contínuo, já que as necessidades de saúde vão apenas se modificando, as relações são construídas por meio de vínculos ou não.

O que se observa é que cada pessoa – usuários, profissionais e gestores – tem uma expectativa ou olhar diferente ao se pensar nessa relação profissional/usuário na área da saúde. Essa categoria foi dividida em três subcategorias: “Bom atendimento e resolutividade como garantia de retorno do usuário”; “Pertencer a um lugar: envolvimento e saúde” e “Mudar as relações para mudar o modelo assistencial”.

4.2.1. Bom atendimento e resolutividade como garantia de retorno do usuário

O vínculo entre profissionais e usuários pode ser construído nos diferentes momentos em que o encontro dessas pessoas acontece, sendo a unidade de saúde e o domicílio os principais cenários. Algumas práticas que podem contribuir para a melhoria das relações, continuidade da assistência e retorno do usuário ao serviço de saúde dizem respeito a um atendimento bem feito, resolutividade das demandas existentes, conhecimento do profissional e co-responsabilização.

Ser bem atendido e acolhido gera satisfação nos usuários e motiva a procura pelo serviço:

Em Paraopeba? Sou muito bem acolhida lá, toda vez que eu chego lá, minhas crianças consultam lá, eles olham minhas crianças (U₁).

Sinto bem. As enfermeira, elas tem cuidado comigo e tudo, o médico também, no dia do médico, tem o dia dele, aí a gente vai e ele atende, deita na cama, fazer tudo, tudo faz (U₂).

É boa, não, é boa. Eles são assim muito educados. Atende a gente muito bem (U7).

Prestar um bom atendimento é entender minhas dúvidas, tratar no caso da minha doença, o que eu quero da minha filha, responder minhas perguntas, né? (U8).

A maneira que as pessoas me tratam, entendeu? Tipo assim, você vê o carinho da pessoa pra te atender (U14).

Receber atendimento ao procurar a unidade; ter suas dúvidas solucionadas; ser tratado com cuidado, carinho e atenção e ser examinado, tocado, faz a diferença para que o usuário valorize o atendimento realizado pelo profissional e tenha maior aproximação com o mesmo.

A forma como é construída a relação profissional/usuário irá refletir nos sentimentos, pensamentos e até comportamentos do indivíduo em relação ao cuidado (STARFIELD, 2002; ROCHA, 2014).

De acordo com Viegas e Penna (2012), se os profissionais respeitam o sujeito como um todo existe maior aceitação dos planos de tratamento e maior confiança, o que facilita a constituição do vínculo e continuidade do cuidado.

Neste sentido, os profissionais de saúde buscam durante a realização do trabalho, ter atitudes e comportamentos que melhorem as relações com os usuários:

Eu sou uma pessoa super tranquila, sou alegre. Então eu procuro sempre tá deixando em casa alguns problemas de família, alguma coisa, e chegando aqui eu sempre tô com um sorriso, tento entender as pessoas que já chegam já um pouquinho ansiosas. Aí se chegar aqui e achar a gente também dessa forma, aí dificulta tudo (TE₁).

Eu procuro sempre é... Ser mais educada possível, mesmo os dias que são de estresse no posto, né? A gente procura tentar ser mais educada, procuro interagir não só do problema do paciente na hora, procuro perguntar da família também, né? (M₂).

Eu acho que de cara você vai chegando com um bom dia, com um bom sorriso, a pessoa já tá ali debilitada, já tá precisando de ajuda, tá com uma autoestima mais baixa porque tá doente, você chega com cara fechada, com mau humor, aí acaba. Porque quando faz isso comigo, se chega e faz isso comigo eu não vou gostar, então assim, se chego e eles vem a mim, eles tem que ser bem recebidos, eu acho assim (TE₂).

Colocar-se no lugar do outro e tratar as pessoas com alegria, de forma educada e acolhedora são algumas estratégias que vêm sendo utilizadas pelos profissionais, para que o usuário e sua demanda possam ser acolhidos da melhor maneira possível.

O usuário percebe quando os profissionais são receptivos e demonstram interesse em ajudá-lo. Isso pode ser observado pelo atendimento empático no momento da chegada à unidade, pela agilidade e comprometimento em entender a necessidade que o levou até ali e pela conversa em um tom de voz adequado e de forma educada (NO_{2,4,6}).

Situação contrária também é observada nos serviços de saúde quando o usuário aguarda na recepção por um serviço que não será disponibilizado naquele dia, o que caracteriza falha na escuta da demanda e orientação e quando é consultado com a porta aberta (NO_{1,3}).

Souza *et al.* (2010) relatam que a prática do cuidado, que deveria estar presente em todos os momentos dos serviços de saúde, é também responsável pela criação de vínculo e expressada por meio do interesse, atenção e preocupação.

A empatia, o colocar-se no lugar do outro, ajuda os profissionais a se aproximarem do paciente para atenderem suas necessidades. Porém cabe lembrar que, por vezes, o que é ruim ou bom para os profissionais, talvez não o seja para o paciente. Apesar de muitas vezes sensibilizados para a importância desse contato assegurador, nós profissionais necessitamos estar atentos às questões culturais e individuais do paciente (sobretudo a criança maior ou a mulher), que, por vezes, não nos autoriza a tocá-lo, não suporta este contato. Esta autorização pode ser verbalizada ou não, mas diz respeito ao foro íntimo de cada um (MOURA; GUIMARÃES; LUZ, 2013, p.400).

Dessa maneira, o profissional deve ser prudente e reconhecer por meio do diálogo e de atitudes as necessidades que existem para além das demandas explícitas, buscando o atendimento integral (BRASIL, 2004; MENDONÇA *et al.*, 2011).

Dentre as atitudes e comportamentos do profissional que intensificam a construção do vínculo, a escuta qualificada e a porta aberta dos serviços de saúde se destacam:

Eu acho que assim o primeiro lugar é o diálogo, porque se a pessoa chega, a pessoa tá precisando de alguma coisa né, então a gente tem que dialogar com a pessoa, ver o que acontece, ver a melhor maneira possível de resolver né, dar atenção, olhar olho no olho, entendeu, eu acho que é basicamente isso (ACS₄).

A psicologia. Eles gostam muito de conversar comigo. Igual o pessoal veio olhar a pressão, senta ali, conta caso da família que aconteceu no dia a dia, na casa dele, eu ouço né e passo pra eles alguma coisa que eu posso tá passando, orientando. Acho que é isso, o carinho que eu tenho com eles assim, de ouvir (TE₃).

Eu deixo muito minha porta aberta pra escuta. [...] Então criou um vínculo, uma aproximação que eu deixo essa liberdade pra eles chegarem, falar e ou eu falo sim, ou eu falo não, mostro o caminho pra eles, tento ajudar de

alguma maneira. Então a questão da porta aberta mesmo pra escuta, eles não tem essa informalidade, essa distância. Então isso aproxima muito eles comigo (E₃).

Eu acho que existe um vínculo de respeito, de tentar entender o outro, de tentar escutar. Mesmo eu não podendo resolver todos os problemas da forma que eles querem eu tento resolver da forma possível, né, tentando fazer, resolver o problema deles da melhor forma possível, dentro do legal (G₂).

Eu tento acolher da forma mais humanizada possível, fazendo a escuta, tentando entender o problema, o quê que trouxe ele aqui, pra gente tentar uma solução mais próxima do possível. É saber escutar, saber entender o problema do outro, ver qual é a causa do problema, não simplesmente tentar resolver o que ele está apresentando, mas o que está causando aquele problema pra poder ajudar melhor. Escutar mesmo porque às vezes o problema não é nem físico, é questão de precisar escutar e ouvir uma palavra de carinho (G₂).

Ter disponibilidade para escutar o outro é indicado pelos profissionais de saúde como um ponto crucial para diminuir a distância entre os usuários. Assim pode-se compreender as necessidades existentes, sejam elas de saúde ou não, e conduzir o caso de acordo com as possibilidades existentes. É válido destacar que em todos os momentos a escuta pode ser realizada, mesmo que a pessoa não tenha ido ali especificamente para apresentar uma queixa. Durante a realização de algum procedimento ou mesmo de uma conversa informal a educação em saúde pode ser realizada. Essa abertura traz consigo a valorização das pessoas.

Segundo Pinheiro e Oliveira (2011), acolher significa utilizar as tecnologias leves para dar resposta aos problemas dos usuários e não utilizar a porta de entrada dos serviços para limitar o atendimento. Essa postura dos profissionais de utilizar-se da escuta e colocar-se à disposição do outro deve ser reconhecida como positiva. Alves e Silva *et al.* (2010, p.165) relatam que “parece que os profissionais médicos da ESF têm valorizado, pelo menos no nível do discurso, a importância de se dispor de tempo que propicie a construção do vínculo, do acolhimento e da responsabilidade para com sua clientela, mesmo sem a presença de uma doença comprovadamente orgânica”.

Ainda em relação a essa forma de abordagem, alguns profissionais ressaltam a importância da escuta de uma maneira simples e informal, realizando críticas a alguns métodos que muitas vezes padronizam o lado técnico do cuidado:

Bem, igual eu te falei, né, tem a porta aberta, tento escutar o que eles estão falando e a queixa qual que é e eu sou a maior fofoqueira porque eu acabo sabendo um pouquinho da vida de todo mundo. Então eu procuro muito a escuta e de forma muito informal também. Não gosto muito de tipo assim, Manchester da vida, porque o Manchester se torna muito automático e

quando você permite a escuta você tá parada, sem segurar nada, ouvindo ele. Se vai gerar uma conduta diferente, se precisa de um encaminhamento mesmo, pego a ficha e gera alguma coisa. Mas até então eu tento o máximo de ouvir, ouvir mesmo os pacientes (E₃).

É ter paciência, ter conhecimento, tem que ter tranquilidade. A pessoa tem que ser uma pessoa mais espontânea, tem que deixar as vezes o lado nosso profissional pra ser mais ser humano, né? Que as vezes a pessoa chega ali, tá nervosa, passou por vários lugares e não resolveu nada e se chegar aqui e a gente também não tentar ajudá-lo, aí que a situação vai piorar mais (TE₁).

Agilizar o atendimento às pessoas mais graves, priorizar casos e trazer mais resolutividade aos problemas de saúde são objetivos importantes dos serviços. O que se discute aqui é que aliado a isso, o lado humano e o olhar cuidadoso do profissional deve ser preservado. A escuta não deve se restringir somente a critérios pré-estabelecidos, os quais muitas vezes não contemplam a real necessidade do usuário.

A APS tem a função de acolher os usuários com qualidade, proceder a primeira avaliação do indivíduo, onde está inserida a classificação de risco, identificar as necessidades de cuidado e viabilizar o atendimento necessário, seja no próprio local ou em outro nível da rede. No dia a dia das unidades de saúde, esse atendimento de acolhimento com classificação de risco tem sido confundido com o acolhimento que dever ser feito por todos os profissionais da equipe, de forma a transformá-lo numa ação mecânica, técnica, verticalizada e imposta (BRASIL, 2011; MOREIRA, 2014).

Acolher significa abrir o serviço para a escuta das demandas e necessidades da população e responsabilizar-se por elas. O acolhimento permite resolver alguns problemas e encaminhar ou referenciar os demais (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Fontanella, Setoque e Melo (2013) afirmam que o vínculo se inicia numa relação menos técnica, baseada na postura e forma de atendimento do profissional. Assim sendo, mesmo em procedimentos que exigem maior agilidade, o cuidado e as orientações devem ser mantidas. Viegas e Penna (2012) relatam que a existência de acolhimento e vínculo na inter-relação profissional/usuário na ESF é fundamental para produzir a saúde de novas maneiras. As trocas possibilitadas em uma relação com vínculo estreito podem permitir o caminhar entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, levando ao planejamento de uma assistência que considere cada indivíduo e sua realidade e favoreça a integralidade da atenção (SANTOS *et al.*, 2008).

É fato que o profissional de saúde deve aliar habilidades referentes ao lado mais humano do atendimento e habilidades técnicas. O conhecimento técnico foi apontado como importante na aproximação entre as pessoas:

Não, é, eu vou lá eles tudo atende eu direitinho lá, assim, a médica lá, eu vou lá ela atende eu lá, consulta lá, eles é tudo entendido, direitinho, é lá no posto de saúde (U₅).

Porque antes a gente falava e não entrava. Chegava e fazia uma visita, você falava tudo mas se a enfermeira talvez não falasse a mesma coisa que eu, o que eu falava não adiantava. No começo assim as vezes falava isso não e a pessoa falava: ô (disse o nome da enfermeira), eu vim te perguntar e assim a confiança de você aprender também né, porque quando você entra acaba aprendendo e hoje em dia a gente tá aprendendo, né, cada vez mais, então você passa e então eles confiam na sua palavra e até mesmo a gente tem que estar sempre tirando dúvidas né (ACS₁).

Agora, a gente relaciona assim, pra mim a maior fonte, a maior certeza do programa é a educação, é que a gente tenta repassar pra eles conhecimento, que conhecimento e aprender também é fazer uso do sistema de saúde que é fundamental, porque tem gente que não acredita muito, ele só acredita no medicamento, então a gente faz um trabalho conjunto de paciente, de agentes, da equipe toda, pra que eles possam tá fortalecendo essa, essa educação do paciente, esse conhecimento, a cultura do paciente que é fundamental. [...] Então é isso que eu acho fundamental, é que os gestores sejam capacitados também, tem que ser capacitados e num ter interesse apenas de fazer números de consulta, fazer política né. Não falo diretamente ao programa daqui, eu tô falando de um modo geral, generalizado, a gente, acho, eu acho que a gestão tem que ser assim, tem que ter um excelente conhecimento da atenção básica, porque hoje a saúde pública né, principalmente a estratégia saúde da família que tem que abranger 100% do atendimento do município, então eles tem que tá bem afinado com o programa (M₁).

O conhecimento por parte do profissional traz segurança a ele mesmo para a definição de condutas e orientações e também ao usuário, que tem tranquilidade em planejar e seguir o que foi passado. Vale lembrar que esse conhecimento não se restringe somente ao diagnóstico ou acompanhamento de uma patologia, como é mais observado no dia a dia. Conhecer o funcionamento do serviço, as atribuições de cada profissional, o fluxo da rede de serviços, entre outras informações, facilita a comunicação com o usuário e o atendimento das necessidades existentes.

Segundo Campos (2011) ao se pensar sobre a razão tecnológica, a autonomia do profissional e do usuário não é necessária, visto que ela traz consigo a necessidade de reflexão, tomada de decisão e muitas vezes ações diferentes daquela já padronizada. Aí se

encontra a beleza da arte, em que cada situação, interpretação e produção são únicas. O ideal, portanto, seria aliar técnica e arte, respeitando as individualidades e especificidades.

Isso significa dizer que além do conhecimento científico, importante para a tomada de decisões e condução dos casos, o profissional deve utilizar a criatividade e trabalhar também com a subjetividade para enfrentar as diversas situações que se fazem presentes no dia a dia dos serviços de saúde.

Sendo o conhecimento uma dimensão importante para a conquista da confiança dos usuários, Brasil (2011) apresenta que os processos de capacitação e educação permanente existentes na área da saúde devem “contemplar desde a aquisição e atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho”. Ressalta ainda que esse processo de aprendizado deve envolver práticas que sejam significativas para os envolvidos.

Medeiros *et al.* (2010) apresentam que a rotatividade dos profissionais existente na ESF é mais um fator que prejudica a real adesão deles aos princípios contemplados nas políticas e conseqüentemente a capacitação voltada para essa área.

Outro motivo que leva os usuários a recorrerem aos profissionais de saúde e às unidades é a busca de solução para os seus problemas:

Nossa, eu não tenho nada que reclamar. Eu só tenho a agradecer eles. Sabe, eu trabalhei na fábrica, tive plano sabe, de saúde Unimed, aí eu fiquei grávida, eu fiz o acompanhamento, foi todo lá com a doutora, sabe? A agente também é ótima. Eu gosto muito dela, sempre ela tá aqui. Então tudo eu consegui resolver lá sabe, rápido, né, eles, prevenção eles vem e marcam pra mim. Tive problema também no útero o ano passado, sabe, e eles que agilizaram tudo pra mim, fui em Belo Horizonte, fiz cauterização. Nó, não tenho nada a reclamar, eu gosto muito do atendimento, eu gosto de tudo aí (U₁₂).

Não, eu sinto que eu sou bem acolhida por isso, porque tudo que eu preciso eu sou... graças a Deus, eu alcanço, sabe? Tudo mundo lá me trata muito bem, mas eu não tenho mais que reclamar, nesse ponto eu não tenho mais que reclamar (U₆).

Eu acho que as pessoas me procuram pela abertura assim pra conversar, sabe? Pra ouvir, pra ser ouvido e pela resolutividade também (E₁).

E eles realmente, aí eu já tento dedicar, existe esse esforço da equipe de no acolhimento deixar o usuário sair já com aquela demanda dele resolvida dentro do que é necessidade, da nossa possibilidade, então, se tem que agendar, se tem que encaminhar pra secretaria, eles já saem com isso daqui já organizado. [...] A demanda espontânea ela é acolhida toda ela, aí não é um acolhimento realizado só por mim, o que eu faço é classificar o risco, então por mais que determinados momentos eu não posso classificar o risco,

a demanda é atendida por todas as pessoas, entendeu? Aí nessa situação, pontualmente eles preferem me procurar, eles preferem chegar em um horário que eu tô disponível, porque aí eles notam uma resolutividade maior, entendeu? (E₂).

A resolutividade das demandas aumenta a chance do estreitamento das relações e retorno do usuário à unidade e àquele profissional. Fica estabelecido um laço de confiança a partir do momento que existe acolhimento, envolvimento e comprometimento da equipe para solucionar o problema do outro.

A reformulação do sistema de saúde proposta traz consigo a busca permanente de aproximação entre os seus representantes, os indivíduos e as famílias, com humanização e resolutividade (BRASIL, 2004; COSTA *et al.*, 2009; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Alguns autores ressaltam o envolvimento no trabalho diário dos agentes comunitários de saúde, por meio do qual está inserido o cuidado e responsabilização pelas famílias, as relações humanizadas e acolhedoras e atividades de educação em saúde promotoras do autocuidado. Tudo isso é possibilitado por meio da formação de vínculo (BARALHAS; PEREIRA, 2011; SOUZA *et al.*, 2010).

Da mesma maneira, quando as demandas apresentadas pelo usuário não podem ser resolvidas da maneira desejada por ele, a insatisfação com o serviço se faz presente:

Eu acho que assim eles tem uma certa confiança na gente, apesar de que, enquanto vai tudo bem, tudo bem, quanto eles conseguem as coisas, da maneira deles, na hora deles tudo bem. Aí quando não consegue “ah porque não fecha aquele trem lá, ah porque isso”, aí reclamam, aí não consegue nada, aí é ruim, é isso é aquilo, então o povo é assim né, mas eu acho assim que eu tenho um bom relacionamento com eles (ACS₄).

Só que a cota de exames que eu tenho é muito pequena. Então com isso já gera um atrito porque você chega com um problema e a população não entende, eles querem que eu resolva naquela hora mas nem sempre eu consigo solucionar porque eu dependo de cotas. E a gente, além das cotas que a gente depende, a gente depende de prestadores, que às vezes você tem cota referenciada pra outros lugares, por exemplo, a gente tem cota referenciada pra Sete Lagoas, mas os prestadores não estão executando o serviço (G₁).

Nota-se que os serviços possuem normas de organização e funcionamento e que o Sistema Único de Saúde possui cotas para determinados atendimentos. Nem sempre as necessidades da população são contempladas da maneira desejada, o que muitas vezes

independe dos profissionais que atendem na ponta. Tudo isso traz problemas na continuidade e integralidade da assistência e ainda na formação ou manutenção do vínculo.

Viegas e Penna (2013, p.185) relatam “Eis o problema: o SUS é universal mas vivemos de cotas”. Afirmam que mesmo com a regulação, que busca ordenar e otimizar a utilização de recursos, ainda é difícil garantir o acesso de todos a todos os serviços.

Alguns entraves existentes na rede de serviços em relação ao número de procedimentos prejudicam a integralidade da assistência e conseqüentemente as relações estabelecidas (ROCHA *et al.*, 2008; ALVES E SILVA *et al.*, 2010; MENDONÇA *et al.*, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

Isso porque a equipe da APS deve acompanhar o paciente, em conjunto com os demais pontos da rede, independente do tratamento que ele deva fazer e qual seja o grau de complexidade. Tudo isso com o objetivo de garantir a continuidade do indivíduo (MENDONÇA *et al.*, 2011).

O usuário sempre busca um bom atendimento e espera, ao criar vínculo com o profissional de saúde, ter maior liberdade e proximidade para resolver suas demandas. Isso significa ser escutado, respeitado, olhado com dignidade e atenção. Ele espera principalmente que as necessidades que o levaram até aquele serviço sejam resolvidas por uma equipe capacitada e humana. Dessa maneira seu retorno até este local e abertura para o planejamento de sua saúde estará praticamente garantido.

4.2.2. Pertencer a um lugar: envolvimento e saúde

Os profissionais de saúde assumem uma grande responsabilidade ao participarem de decisões e condutas sobre a saúde do usuário. Em se tratando de uma ESF, eles são referência para um número elevado de pessoas e suas famílias.

A ESF tem a definição de um território e de uma população como critérios para o favorecimento do vínculo. Espera-se que os profissionais de saúde possam conhecer a área de abrangência, seus riscos, as principais causas de adoecimento, bem como as pessoas que ali vivem e sua cultura, a fim de que por meio de uma relação mais próxima a população tenha mais saúde.

Nesta subcategoria, interpretaremos a palavra “lugar”, utilizada no título, como sinônimo de território ou espaço físico, mas também como o lugar ou papel que cada sujeito ocupa na construção do vínculo.

Assim, espera-se que profissional e usuário conheçam e assumam responsabilidades em prol da saúde. Para que as necessidades de uma vida saudável sejam resolvidas e os objetivos planejados sejam alcançados, a participação de profissionais, gestores e usuários é relevante:

Às vezes eles tem, acham que o agente de saúde tem que fazer tudo, né até mesmo até trocar uma receita, que no começo isso era mesmo, a gente trocava, sabendo que não era obrigação. O usuário tem que se adaptar a tá indo né e responsabilizar pela sua saúde (ACS₁).

Eu vejo como relacionamento também os frutos né? Que a gente acaba colhendo né, no trabalho. [...] Quando você chega numa casa que você tá vendo que aquilo que você tá fazendo tá tendo um progresso, né, porque quando você vai e fala, fala e fica naquilo você vê que não tá adiantando nada, né? [...] Já tive casa que eu não fui chamada pra entrar no começo. E hoje em dia você é chamado, você tem atenção, eu sempre quero, sempre peço, pergunto ela se podem me atender, porque às vezes dona de casa nunca pode (ACS₁).

Eu também tento buscar esse relacionamento de respeito, dando autonomia pra eles estarem trabalhando dentro dos preceitos éticos e morais que tem estabelecidos na secretaria, sem muita cobrança, desde que o serviço saia pra população e de acordo com o nosso objetivo (G₂).

O estreitamento das relações busca uma troca constante de conhecimento e autonomia. A observação de resultados e melhorias farão com que todos os sujeitos estejam mais envolvidos e cooperativos no processo de saúde.

A busca da consolidação dos princípios do SUS por meio do vínculo é baseada na participação efetiva dos sujeitos. A integralidade vem sendo considerada uma base na superação de desafios enfrentados e busca de saúde de fato (VIEGAS; PENNA, 2013).

Assim, o profissional de saúde espera que o usuário conheça sua situação de saúde de uma maneira mais abrangente para que possa intervir nas situações de risco. Nesse sentido, o lugar onde a pessoa vive e seus costumes podem influenciar positivamente ou não o aparecimento de doenças. A partir daí algumas considerações sobre a territorialização e a construção do vínculo fazem-se necessárias.

O fato de pertencer a uma unidade de saúde e ter profissionais de saúde como referência é compreendido de maneira diferente pelos participantes deste estudo. Quando questionados sobre o motivo pelo qual procuram a ESF do bairro, os usuários revelam que a adscrição é um dos motivos:

Uai, qualquer coisa, eu vou mais lá porque eu sou do bairro aqui né, por isso. É, consulto mais é ali. Mas sempre eu vou lá, mais é aqui, do bairro mais é esse posto aqui, de saúde. Mas sempre eu vou lá no hospital de Caetanópolis, consulta lá de plantão, mas mais é aqui oh, mais é aqui (U₅).

Primeiro que meu bairro pertence é lá né e segundo que eu não tenho condição de ficar assim pagando médico. Aí quando tem uma coisa que pode ser resolvida assim pelo coisa eu procuro é lá mesmo (U₁₀).

Eles vinham aqui na minha unidade quando a minha mulher era acamada. Ficou de cama dez anos e eu que cuidava dela. Eu sou daqui. Essa rua aqui é a primeira que pertence ao bairro. Não pode mudar não? Não pode não. A gente vai porque é mesmo obrigado. Eu sou até acostumado a ir mais no centro. E sempre eu vou lá no centro pra alguma necessidade de pressão e sempre eles me olham lá (U₁₁).

É...a necessidade e às vezes, igual ela (a filha) sempre faz a consulta particular, mas eu sempre levo porque eu sei que algum dia eu posso precisar da coisa e eles tão sempre disponível, da unidade de saúde (U₈).

A ideia de pertencimento às unidades e equipes está presente, mas nem sempre vem acompanhada de sentimentos positivos que mostram a questão do vínculo. A adscrição da clientela e territorialização, quando não existe uma relação harmônica entre profissionais e usuários, pode levar à utilização de determinado serviço de saúde por falta de outra opção ou mesmo, simplesmente, para ter aquele local como referência em caso de necessidade. Esse é um ponto negativo em relação à continuidade da assistência e autonomia que se busca junto aos usuários.

Problemas vivenciados nas unidades de saúde como a necessidade de capacitação dos profissionais e rotatividade dos mesmos, falhas na comunicação, dificuldade de acesso a alguns serviços e até a adscrição incorreta da população podem comprometer o envolvimento dos sujeitos (MEDEIROS *et al.*, 2010; FONTANELLA; SETOQUE; MELO, 2013).

Mais uma vez a equipe de saúde deve assumir um papel de conquista, trabalhando em conjunto com usuários e gestores.

Essa equipe passa a ser referência para a população usuária, que busca diariamente implantar mudanças na atenção a saúde, face às propostas de um modelo assistencial centrado no usuário. Entretanto, esse é um modelo que convive com uma prática ainda fragmentada, centrada em produção de atos e intervenções de natureza médico-curativa, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados (VIEGAS; PENNA, 2013).

Profissionais de saúde colocam a adscrição da clientela, a territorialização e o fato de alguns deles serem da comunidade como um aspecto favorável à construção do vínculo:

Eu acho que é o fato de conhecer muitas pessoas desde que eu era criança, principalmente os mais velhos que a gente conhece desde criança e vi muita criança sendo criada aqui nesse bairro então eles eu já conheço assim. E mais coisa assim de mim, não sei se é que eles vão com minha cara, não sei o que é não, ainda acho que é porque a gente conhece já, já sabe de quem eu sou filha (TE₂).

Eu acho que é um relacionamento mais próximo pelo fato de ter né, a gente ter uma população adscrita, então é uma população fixa. Então facilita o contato das condições de saúde ou até problemas sociais, a gente fica mais próximo do paciente nesse sentido, pelo fato de ser uma população conhecida. [...] Eu acredito que aqui, é, no SUS tem que ter alguns fatores que podem fazer ele vir, né? Tem o fator realmente da proximidade, o fato da unidade de saúde ser a unidade mais próxima da casa dele, né, que facilita pra ele por vários fatores, não tem que locomover, não tem que pegar condução, porque a gente vive numa realidade de baixo nível né, econômico da população e isso também já facilita. Acredito também que a questão do fluxo do SUS, que aos pouquinhos eles já vão entendendo que não adiante querer pegar a guia de cardiologista no hospital que o hospital não vai dar, o hospital vai mandar ele procurar o posto de saúde, que é a porta de entrada do usuário no sistema. Então esse é o segundo fator, ser a porta de entrada dessa população adscrita e acredito também, é, tem outros fatores por exemplo, muitas vezes os usuários procuram aqui o posto de saúde por demandas que a gente nem consegue resolver, né? Então são vários fatores, acho que cada paciente tem, tem paciente mesmo que tem, gosta de ser atendido no PSF, tem boa receptividade, elogia o sistema, elogia o atendimento do posto de saúde. Então cada um vem por um motivo diferente aqui no posto de saúde (M₃).

Conhecer as pessoas, seu modo de vida e conviver com elas aproxima os profissionais da realidade de cada um, possibilitando um vínculo contínuo. A proximidade da unidade e o conhecimento do serviço fazem com que o acesso dos usuários seja maior, seja para questões pertinentes à atenção primária ou não. Como porta de entrada, esse serviço deve responsabilizar-se pelo acolhimento das demandas.

Alguns participantes do estudo de Fontanella, Setoque e Melo (2013) associam o vínculo à frequência e proximidade entre usuários e serviços, relacionando os mesmos a questões físicas e espaciais, ou seja, se a pessoa vai mais vezes à unidade possui maior vínculo.

No entanto, o fato de ir muitas vezes à unidade pode não significar a formação de laços e proximidade. Isso pode ser observado por meio de pessoas que vão semanalmente às unidades somente para buscar medicamentos ou diariamente para aferir pressão ou glicemia,

mas que durante esses procedimentos e até enquanto esperam para ser chamados não conversam ou dão abertura para a construção de vínculo. Eles vão à unidade especificamente em busca do cuidado e da realização de determinado procedimento (NO₉).

Situações ou encontros pontuais nem sempre são caracterizadas por uma relação próxima e contínua que garanta a continuidade do cuidado e o envolvimento dos sujeitos (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; MENDONÇA *et al.*, 2011; BRASIL, 2011; JORGE *et al.*, 2011; VIEGAS; PENNA, 2012).

A relação existente entre profissionais e usuários tem sido assimétrica e baseada em um estímulo temporário. Isso tem trazido problemas à melhoria da qualidade de vida das pessoas, desenvolvimento da cidadania e participação em função da falta de informação em saúde, ausência de reflexão e mudança de comportamento e desmotivação da comunidade (COSTA *et al.*, 2009).

Quando o profissional de saúde tem uma postura acolhedora, observa-se que algumas pessoas recorrem às unidades de saúde de referência, apontando como motivo a forma de atendimento no local:

Por causa do atendimento deles lá. Eu gosto muito sabe? Ah, eu acho eles muito amigos sabe? Te recebem bem, sempre tá com um sorriso. Eu acho que é isso (U₁₂).

Ah, minha necessidade ué! Minha necessidade. Se eu necessitar de um atendimento eu vou procurar né? Porque é aqui que tem o nosso aconchego, a área de saúde nossa aqui (U₁₄).

Nesse caso, a receptividade dos profissionais e a relação construída faz com que a unidade de saúde seja um lugar aconchegante e bom de frequentar. A proximidade entre as pessoas tende a aumentar, o que reflete de maneira positiva o cuidado em saúde.

Ao trabalhar com uma assistência focada no usuário e na família, toda a equipe deve estar envolvida em proporcionar um ambiente atraente e promotor de saúde para a população, principalmente sendo revistos os hábitos e comportamentos dos profissionais (VIEGAS; PENNA, 2012; ROCHA, 2014).

A ESF possui algumas características como o tempo de consulta maior, e isso favorece a escuta, o vínculo, o acolhimento, o respeito e a confiança (ALVES E SILVA *et al.*, 2010).

Assim, os próprios profissionais apontam a importância do acolhimento, da abertura para a escuta do usuário e de serem uma referência para uma maior aproximação e procura pela unidade:

É o atendimento, é o acolhimento. Porque se ele passa em outros lugares que as pessoas nem olham pra eles e não dá importância ao que eles falam, aí eles já ficam desinteressados. E aqui é bem atendido, é bem assistido, mesmo que não puder resolver o problema dele no momento, a gente vai orientar oh, você volta outro dia, nós vamos marcar uma consulta e eu vou tentar resolver e te dar um retorno depois. Então é isso que eles querem, eles quer assistência, eles quer que alguém ouve, que alguém ajuda, que alguém observa mais coisas (TE₁).

Bom, a unidade, assim, a intenção é sempre deixar a unidade como porta aberta pro usuário em qualquer situação, então, assim, isso é repassado pra eles em todo momento, que tendo médico, não tendo médico, sendo essa ou aquela situação, precisa passar aqui antes pra gente poder tentar direcionar da melhor maneira possível, então eu acho que é um trabalho de todo dia e eles tentam, é próximo da casa, né? (E₂).

A gente tem uma preocupação com o paciente. Então eles sabem que às vezes eles já procuraram um monte de lugar, já fizeram um monte de coisa e eles chegam aqui e falam só você que pode ajudar, só confio em você. Então eles sentem que eles são acolhidos aqui pela equipe mesmo, que todos se interessam por eles. Então eu acho que essa questão da gente ter tanta preocupação com eles, eles são um refúgio, uma alternativa pra tá procurando, ainda mais numa cidade tão carente de tudo, de tudo mesmo, então eles sempre acabam procurando a gente (E₃).

Características dos profissionais ao atenderem bem os usuários, como interesse, abertura, preocupação e direcionamento dos problemas, mais uma vez são diferenciais e determinantes na aproximação entre eles e a procura pela unidade. O vínculo irá facilitar um objetivo almejado por todos: a resolução dos problemas e o cuidado integral.

A resolutividade das necessidades de saúde também é um objetivo dos profissionais ao se aproximarem dos usuários. Todo o envolvimento e interesse dispensados ao longo do processo de cuidado têm como finalidade a preservação da saúde (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; ROCHA, 2014). E nesse intuito mais uma vez a competência técnica deve ser desenvolvida sem deixar de lado a competência afetiva (MOURA; GUIMARÃES; LUZ, 2013).

De uma maneira geral os profissionais de saúde esperam que cada indivíduo realmente ocupe seu lugar de forma ativa, para que o cuidado integral seja possível, na medida em que proporciona aos usuários viverem com mais qualidade no lugar onde moram. Para isso é preciso empenho em realizar um atendimento adequado, conhecimento de todos sobre o funcionamento dos serviços para uma utilização correta, adesão por parte dos usuários e compromisso dos gestores.

4.2.3. Mudar as relações para mudar o modelo assistencial

Sabemos que a reestruturação do modelo assistencial foi proposta tendo como principal estratégia a ESF. A intenção era sair de uma atenção focada na doença e no atendimento médico para uma assistência que pudesse prevenir doenças e promover saúde, com o trabalho de uma equipe multiprofissional. Alcançar esse objetivo sempre foi um desafio não só pelo fato de o sistema de saúde funcionar alicerçado em políticas muitas vezes falhas, mas também pela necessidade de atuação individual para a construção da saúde.

Mudar o modelo assistencial, como espera a gestão dos serviços de saúde por meio das políticas, dependeria então, além de diferentes ações e articulação dos serviços, de relações em que cada sujeito tivesse conhecimento e postura para realmente trabalhar dentro das propostas da ESF, em parceria com a população.

Nesse aspecto, alguns avanços já foram observados em virtude do vínculo. Um exemplo disso é que além do médico, os demais profissionais da equipe de saúde já são procurados pelos usuários:

O usuário adora vir né, graças a Deus, os nossos né pelo menos no dia de quarta-feira tá sempre. Antigamente era só mais o médico mesmo, eles tinham aqui o médico, médico, médico. Hoje em dia não, hoje em dia procuram o médico mas a gente vê que eles procuram mais conversar, né, as vezes assim programar as coisas, as vezes nem, chega aqui eu quero falar com a enfermeira, ou então procuram a gente antes de entrar, tá acontecendo isso e isso, aí você fala não você tem que conversar com a enfermeira sobre isso. O usuário hoje em dia, eles graças a Deus sabe, eles focam muito que a gente sabe que acontece no médico, mas melhorou bastante. Procuram a gente pra conversar mesmo (ACS₁).

O reconhecimento do papel de cada profissional é importante para que um possa complementar o trabalho do outro e atuar em equipe. Além disso, problemas ou situações que desnecessariamente eram levadas até o médico são resolvidas mediante um acolhimento adequado e uma intervenção correta.

Nota-se assim que a compreensão por parte do usuário e da própria equipe sobre a atuação multiprofissional pode facilitar a abordagem das necessidades de saúde e a continuidade da assistência (VIEGAS; PENNA, 2012; ROCHA, 2014).

O trabalho com foco somente no atendimento médico e sob a ótica do modelo centrado na cura empobrece o trabalho em equipe e a dimensão cuidadora pautada na cooperação. Ainda observa-se no cotidiano de alguns locais problemas como a baixa interação

entre os profissionais, a falta de responsabilização de todos, a manutenção de uma hierarquia de acordo com o grau de escolaridade, a programação das atividades da equipe de acordo com a agenda do médico e a fragmentação do trabalho (ECKERDT *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2009; VIEGAS *et al.*, 2010; QUEIROZ; PENNA, 2011).

Boas relações podem favorecer a convivência e o trabalho da equipe, propiciando um ambiente produtivo. Isso é observado entre os profissionais:

A equipe aqui tem seis anos, é muito boa. Você conhece um pouco de cada um. Até nas dificuldades, no que um sabe fazer melhor do que o outro. Então a gente vai se envolvendo um com o outro pra resolver mais os problemas da equipe (TE₁).

Ah, eu acho que é ótima. Nó... Com as meninas a gente... Eu nunca tive nenhum problema sério, sabe? Eu acho que todo mundo trabalha na mesma sintonia, tudo que a gente combina, geralmente a gente tenta cumprir, o que uma fala é sempre... O que todo mundo fala, o que a gente justamente procurar discutir com ninguém passar por cima do outro, entendeu? Pra eles confiarem nelas também. Eu acho que nossa relação não tem... Não vejo problemas não (M₂).

Boa. Aqui todo mundo trabalha em equipe né? Eu acho que minha relação é boa. Sempre tento ajudar todo mundo, quando tem um colega precisando de ajuda eu sempre ajudo (ACS₆).

A mesma coisa é quando você tem um serviço que essa união, esse relacionamento entre os servidores, você vê que é mais fácil de, assim, é mais fácil de se negociar, é mais fácil as relações interpessoais, é mais fácil resolver os problemas do dia a dia, você vê que um pode ajudar o outro, entendeu? (G₁).

Estabelecer boas relações no trabalho com a busca de cooperação e sintonia torna o ambiente mais agradável e isso favorece o atendimento que é voltado para o público. Os problemas vivenciados no dia a dia são mais facilmente resolvidos onde existe diálogo e bom relacionamento. A não rotatividade dos profissionais é favorável ao vínculo, traz mais segurança e possibilita o conhecimento de todos.

Cada sujeito é singular e a junção de saberes é capaz de modificar a produção da saúde (MERHY; FRANCO, 2005; ROCHA *et al.*, 2008; VIEGAS; PENNA, 2012; ROCHA, 2014).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o

estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011, p. 10).

Observa-se que as relações entre profissionais de saúde e usuários ficam fragilizadas em função da fragmentação e verticalização dos processos de trabalho. Considera-se que trabalhar com questões sociais, com a subjetividade envolvida no setor saúde e em equipe ainda é um desafio (BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013). Segundo Medeiros *et al.* (2010) a rotatividade dos profissionais, principalmente de enfermeiros e médicos, que ocorre com mais frequência na ESF, apresenta-se como um impasse na implementação dessa estratégia.

Melhorias nas relações são observadas com aumento do tempo de trabalho:

Assim, hoje em dia né melhorou bastante até mesmo porque tá fazendo seis anos. [...] Então, no meu trabalho hoje, o que eu posso te garantir é que assim, eu ainda tô aprendendo, porque ser ACS é um aprendizado, né? E assim, e adaptar com o usuário também pq as vezes a gente é falho, né, a gente as vezes sabe também que a gente as vezes é falho, então assim é tá reconhecendo sempre que a gente é falho e tá tentando melhorar (ACS₁).

Eu converso muito. Eu também pergunto, eu tenho liberdade agora né, porque o pessoal é conhecido, a maioria, então a gente tem liberdade né de chegar, perguntar, sabe? (ACS₂).

Eu acho a relação assim até boa, apesar de assim, tem famílias que assim, eu tive mais facilidade pra ter acesso à casa e tudo, agora tem famílias que eu demorei praticamente um ano pra conseguir entrar portão pra dentro, entendeu, até eles adquirirem aquela confiança na gente (ACS₄).

Um maior tempo no trabalho, ou seja, a estabilidade dos profissionais no emprego, também melhora as relações com os usuários. Isso porque possibilita maior contato, aprendizado, experiência e confiança. Pode-se conhecer mais a realidade de cada indivíduo e família e atuar junto com eles.

As agentes comunitárias de saúde entrevistadas neste estudo, conforme já apresentado na metodologia, foram selecionadas de acordo o tempo de trabalho. Buscava-se observar alguma particularidade nas relações que diz respeito a essa característica. Pôde-se perceber que o contato com os moradores da micro-área e a abordagem das questões de saúde das famílias vai ficando mais fácil à medida que há uma maior relação entre tempo e trabalho.

Viegas e Penna (2012, p. 376) afirmam que “o vínculo pode ser compreendido como uma relação interpessoal entre usuário e profissional de saúde estabelecida ao longo do

tempo, caracterizada por confiança e responsabilidade” e que “ter vínculo com a população requer tempo”.

Assim, quanto maior o convívio, foco das ações na integralidade e nas famílias e a permanência do profissional em contato com a mesma população, maiores as chances de atuação conjunta, o que é prejudicado pela rotatividade dos funcionários (GOMES; PINHEIRO, 2005; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; VIEGAS; PENNA, 2012).

Baralhas e Pereira (2011) apresentam o vínculo como um instrumento de trabalho do ACS e observam, em concordância com o presente estudo, que a proximidade entre usuário e profissional aumenta com o passar do tempo. Estabelece-se uma relação estabelecida por meio de uma maior credibilidade, confiança, solidez e verdade.

A maneira como o profissional atende e realiza o acolhimento já vem sendo reconhecida por eles mesmos, como uma forma importante de aproximação com o usuário:

O acolhimento que a gente vai fazer do paciente, perguntar pra ele, sempre da melhor forma, e penso que o acolhimento da pessoa que procura o serviço, seja feito por qualquer um, todos nós temos a responsabilidade de atender. Acredito que o serviço não é só o médico, o médico não é o centro, ele não é médico centro, ele é todo mundo tem sua participação. Se a menina da limpeza chegar, alguém perguntar, ela tiver na frente e fala - oh fulana-ela tem que demonstrar, começar a ter o acolhimento, até chegar, pode ser eu, chegar em mim e aqui o acolhimento também da mesma forma, muita capacidade, muito conhecimento e procurar resolver sempre resolver o problema do paciente (M₁).

Eu acho que... Uma medida que eu comecei a ter agora é de não escrever muito na frente do paciente, deixar... Vou conversando e depois que ele sair que eu escrevo, eu acho que isso tem me ajudado muito a manter essa relação, sabe? De aproximar, eu acho que ele fica até mais a vontade quando a gente fica olhando, mostrando que é do interesse mesmo, acho que as vezes até sua postura mesmo de não ficar tão assim... Eu procuro ficar bem relaxada, pra poder deixar ele a vontade, eu acho que isso tem me ajudado muito assim, eu acho que é um estratégia boa, que eu tô... Que eu comecei até de um tempo pra cá (M₂).

O entendimento por parte dos próprios profissionais de que o acolhimento pode ser realizado por todos e a adoção de hábitos que tragam maior liberdade e tranquilidade ao usuário já é um grande passo para o estabelecimento do vínculo e do cuidado. Essa prática e olhar diferenciados contemplam um pouco da humanização da assistência que se busca no exercício do cuidar.

A humanização na prática de saúde é capaz de reorientar o modelo de atenção com a formação de vínculo, onde são ouvidas as vozes dos usuários e dos profissionais de saúde (ROCHA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2010).

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011, p. 3 e 4).

Avanços vêm sendo observados nos serviços de saúde por meio das diretrizes, vínculo e acolhimento para a consolidação dos princípios do SUS, entre eles a integralidade (GOMES; PINHEIRO, 2005; VIEGAS; PENNA, 2012; ROCHA, 2014).

Outro ponto de mudança que já pode ser observado é o foco no acompanhamento das pessoas e não mais a prioridade para os casos agudos:

Existe alguns né que a gente sabe que podia tá..., chega aqui e não agendou, podia uma coisa ser programada, não. Mas assim eles procuram assim como referência de saúde também aqui, referência da mulher que agora é muito procurado né, graças a Deus aumentou bastante, os homens que eu já disse pra você que melhorou bastante, vacina, né, antigamente quando não tinha agente de saúde era uma complicação, hoje em dia ficou mais fácil, né? As vezes procuram a gente só pra tirar uma dúvida da vacina, né? (ACS₁).

Demanda espontânea e demanda programada, aí a gente faz o atendimento deles e normalmente são atendimentos com cunho de prevenção, preventivo né, a gente vai conversar sobre a promoção da saúde, o quê que é capaz, o quê que a gente é capaz de fazer antes de adoecer e antes de ser medicado, muita coisa a gente pode fazer né pra que na verdade a gente diminua o índice de doença (M₁).

Profissionais e usuários devem estar envolvidos nesse significativo-grande objetivo: cuidar da saúde e não da doença. Para isso é necessário que a equipe ofereça atividades que vão além das consultas curativas e passem a trabalhar junto com a população as vantagens da adoção de hábitos saudáveis.

Nota-se que o vínculo tem favorecido a mudança do modelo assistencial centrado no sujeito, pois possibilita um olhar ampliado e direcionado para a situação individual, familiar e social que essa relação engendra (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1491).

Neste sentido, a educação e promoção da saúde devem ser realizadas em todos os momentos em que é favorecida. A visita domiciliar assume um papel importante na aproximação entre profissionais e usuários:

Eu acho que essa atividade mesmo de irem nas casa né? Igual a agente vem direto, pergunta como que tá. Aí já marca não só pra mim, pra minha família toda, é um exame. Aí já marca, já vou lá (U₁₂).

Acho que durante as visitas mesmo, porque eu converso com eles. Geralmente as pessoas correm e meio que repelem as pessoas, como se tivessem medo deles. Você tem que saber conversar com as pessoas (ACS₅).

A visita é um momento de encontro, em que é possibilitado o conhecimento do modo de vida da família. Atuar com respeito nesse local e dentro dos limites colocados pelos próprios moradores permite que o contato melhore e que novas portas se abram.

Constitui-se também num momento importante para a constituição do vínculo e o bom atendimento, a otimização do acesso aos serviços e a eficiência do profissional através do conhecimento da realidade de cada família influenciarão na manutenção dessa relação. O ACS é destacado na realização dessa atividade e aproximação das famílias dentre os demais profissionais da equipe (ECKERDT *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2008; BARALHAS; PEREIRA, 2011; SOUZA *et al.*, 2010).

Além da visita domiciliar, para a formação de vínculo, os profissionais apresentam outros momentos nessa perspectiva, trata-se dos grupos para educação em saúde, reuniões com os usuários, orientações a respeito do serviço e o acolhimento. Apontam ainda como fundamental a organização das equipes e capacitação dos profissionais (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Apesar de alguns autores apresentarem o acolhimento, a valorização do trabalho em saúde, a fragmentação das ações e a formação de vínculo ainda como desafios para o alcance

dos objetivos do SUS (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009), alguns avanços já são observados.

As políticas de saúde preconizam que o vínculo criado entre profissionais e usuários é fundamental por trazer realmente mudanças nas formas de produzir saúde, por parte dos profissionais, usuários e gestores.

De uma maneira geral observa-se que a saúde não é um objeto de troca propriamente dito entre profissionais e usuários, mas durante o processo de construção ou manutenção dela, a participação de cada um com seus interesses e de acordo com o que é ofertado, vai moldar ou definir características particulares. Cada local, com seus profissionais, usuários e gestores, têm individualidades que irão favorecer ou não o estreitamento das relações entre as pessoas.

4.3. Caminhando na construção do vínculo

A presente categoria tem como proposta apresentar avanços já observados em relação à construção vínculo e seus benefícios na área da saúde e apontar reflexões que ainda precisam ser feitas nesse sentido. Ela foi dividida em duas subcategorias: “Passos juntos rumo ao cuidado em saúde” e “E a caminhada continua...”.

4.3.1. Passos juntos rumo ao cuidado em saúde

Para que a assistência integral seja alcançada e as pessoas consigam cuidar da saúde de fato, profissionais, usuários e gestores precisam caminhar juntos. Quanto mais próxima for a relação entre esses sujeitos, maior será a possibilidade de diálogo, mudanças, planejamento e sucesso.

Observa-se que por meio do vínculo fica mais fácil o acesso às necessidades dos indivíduos e famílias e o cuidado em saúde:

Quando você é mais próximo de uma família isso ajuda mesmo, até mesmo no acolhimento, no recebimento ali você tem vários assuntos, as vezes você já conhece a dificuldade daquela família e tem condições de tá chegando mais fácil, né? Nas casas por exemplo, você chega, né, tem mais facilidade de conversar, até mesmo passar coisas que a família não passa e você já percebeu, né? (ACS₁).

A proximidade ajuda em tudo porque a partir do momento que o usuário chega e que ele... e que a gente tá aqui e a gente traz confiança pra ele, ele fica mais tranquilo, ele sabe que aqui ele vai ter um bom atendimento, que

ele vai ser bem medicado, que então assim, o vínculo dele com a gente dá mais confiança pra ele, então ele se sente mais seguro (TE₁).

É, eu penso que a gente tem que tá bem próximo dos, na vida do cidadão. É tanto que o modo de vida dele pode ser um modo adoeecedor, é por isso que a gente tem que conhecer o modo de vida dele, e a proximidade faz com que a gente conheça o modo de vida dele, porque dependendo do modo de vida dele é aquele modo é que adocece ele, a gente pode participar, pode dar opinião pra ele, ele tá precisando de mudar alguma coisa, fazer mudanças, e o modo de vida é importante, pra conhecer tem que tá próximo dele (M₁).

Ter contato com o usuário é 100% do cuidado, tanto que o cuidado que a gente presta, quanto o autocuidado, porque o quê que acontece, é... Eles se dedicam mais né? Eles confiam mais no que a gente tá falando, eles procuram entender mais, existe aquela... Que o vínculo é uma... Né? Ele é... Ele é bilateral, então o quê que acontece, quanto mais contato, quanto mais a gente se doa, mais necessidade a pessoa tem tentar agradar também (E₂).

Então aproxima, eu acredito que esse fato de ter o profissional fixo pra uma população fixa, né, acredito que isso facilita muito, em relação ao conhecimento, seja dos pacientes de doenças crônicas, ou seja dos seus familiares que ali envolve. Porque a base do cuidado de atenção primária é realmente você ter um contato, essa relação médico-paciente, você conhecer o paciente pelo nome, diferente de plantão, diferente dessas coisas que cada dia vem um e vai embora, some, desaparece e não tem esse vínculo de ter alguém que faça essa ligação, que no caso da unidade de atenção domiciliar é o agente de saúde que faz essa ponte, né, entre a unidade e o paciente e tem esse contato contínuo. A gente não perde esse paciente (M₃).

A relação realmente constitui-se numa troca. O profissional e o usuário doam e recebem alguma coisa. A proximidade entre eles possibilita um acolhimento melhor dos dois, seja na unidade de saúde ou no domicílio; um diálogo mais aberto que permita enxergar coisas que não estão sendo faladas; um laço de confiança que traz tranquilidade e maior adesão ao autocuidado; enfim, participação de todos em busca de manutenção da saúde.

Características da ESF como a adscrição da clientela e o profissional como referência também favorecem o acompanhamento e o conhecimento dos modos de vida da população.

Sabe-se que a APS deve desenvolver ações individuais e coletivas, que atendam desde a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, até a manutenção da saúde. A equipe de profissionais tem como função atuar de forma participativa, conhecendo as pessoas e o território de trabalho, estimulando a população adscrita (BRASIL, 2011; SANTOS; PENNA, 2013).

Com vistas ao conhecimento da realidade, não só os demais pontos da rede de saúde são importantes ao abordar as necessidades do usuário. A intersetorialidade envolve também observar outras instâncias públicas como trabalho, educação, lazer, ou seja, tudo aquilo que

pode colaborar para a qualidade de vida do sujeito. Isso porque a busca do usuário vai além das demandas expressas e da medicalização, são questões mais subjetivas e ligadas às questões sociais (SANTOS; PENNA, 2013).

Na intenção de melhorar o desempenho e atuação de acordo com as características da ESF, Alves e Silva *et al.* (2010) ressaltam que os profissionais de saúde devem, antes de iniciar o trabalho, realizar um curso introdutório para que aprendam a analisar a situação da área de abrangência, identificar problemas e riscos e o potencial local para resolvê-los. No entanto, isso nem sempre é feito.

Percebe-se que ter vínculo facilita o cuidado até mesmo para as pessoas que moram em locais mais distantes da unidade e dos profissionais:

Com certeza. Com certeza. Você fala próximo no sentido de distância física ou de proximidade de relação? Eu acho que das duas formas ajuda, porque no nosso caso a gente tem essa dificuldade da distância física, né, por ser zona rural, por a gente não ter acesso às pessoas assim com frequência e a proximidade assim de contato, com certeza, né, porque se eles tem assim, se eles mesmos tem esse sentimento de facilidade de acesso à gente, de se sentirem próximos da gente, eles tem mais abertura pra poder trazer as demandas deles né, de uma forma mais clara (E₁).

A distância física e os encontros pouco frequentes com os profissionais de saúde podem ser considerados uma falha no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, mediante relações mais próximas, tenta-se fazer desses poucos encontros momentos mais produtivos. Não se pode excluir nesse caso a necessidade de investimentos e busca da gestão local em melhorar o acesso à saúde também em relação à questão física.

Aí caracterizam-se as três dimensões do vínculo: como afetividade, relação terapêutica e continuidade. Por meio da atuação com afeto, o profissional faz de seu trabalho uma forma de cuidado que reflete diretamente na continuidade dessa relação e da proposta terapêutica (VIEGAS; PENNA, 2012).

A confiança conquistada por meio do vínculo permite mais liberdade e o acompanhamento da família como um todo:

Por exemplo, a pessoa que participa do grupo de atividade física, é uma pessoa que traz os netos pra poder fazer pré-natal em dia, que traz bisneto pra poder fazer pré-natal direitinho, que vem aqui, que não deixa acabar o remédio de pressão pra poder vir aqui e pegar outra receita, então, a gente nota assim, que no cuidado como um todo, na questão familiar, isso repercute muito bem (E₂).

Ah eu acho, com certeza. Eu que... É fundamental você ser próximo do paciente pra ele ter confiança em você e seguir o tratamento, porque paciente que não... Você fala assim "toma isso e pronto" muitos não seguem. Têm muitos pacientes que têm muito resultado e que, às vezes, vai no outro médico, às vezes a conduta do outro médico tá certa, mas ele precisa ouvir da minha boca que ele tem que tomar aquele remédio, porque se não eu não tomo, o remédio não fazer efeito, ou "Ah doutora eu tomei esse remédio aqui, não valeu nada mas esse daqui, o seu é ótimo" e é o mesmo remédio, só mudou o nome da... o nome comercial, é o mesmo remédio, entendeu? Eu acho que é muito importante, eu acho que o ponto do tratamento é a confiança entre nós (M₂).

Eu acho que dependendo de certos procedimentos ajuda demais, eles passam a ter confiança no que a gente fala, porque muitos ficam assim arredios, que médico fala "Ah não vou fazer isso, ah não vou tomar esse remédio". A gente chega conversa, vamos assim, vamos por esse lado na amizade, vamos no jeitinho até que consegue convencer eles a fazerem aquilo que realmente precisa. Porque muitas vezes tem muitos que ficam resistindo porque foi aquilo ali que o médico passou e tem que fazer, e eles chegam pra gente e falam que não vão fazer, que não sei o quê, que não dá certo. Aí a gente vai conversando com eles como tá, assim mais no particular com eles, até que a gente consegue muita coisa com eles (TE₂).

As pessoas que participam das atividades realizadas pela ESF e já têm boa adesão ao cuidado em saúde normalmente são multiplicadoras dos bons hábitos em suas famílias e comunidades. Uma relação harmônica faz com que o usuário confie no profissional e que este saiba como planejar e incentivar o seguimento do plano terapêutico adequadamente.

Mesmo com a utilização de outros serviços, seja em outros pontos da rede ou em atendimentos por outros profissionais de escolha do usuário, a proximidade e a relação de confiança construída faz com que ele retorne à APS e ao profissional, para dar seguimento ao que foi proposto.

Isso mostra mais uma vez a contribuição do vínculo para a consolidação do SUS por meio da longitudinalidade, integralidade e continuidade da assistência (BRASIL, 2011).

Verifica-se portanto a necessidade de valorizar as necessidades clínicas individuais de cada usuário bem como suas necessidades coletivas, que muitas vezes permeiam a atenção familiar. O profissional de saúde deve estar preparado para identificar junto com o usuário as potencialidades necessárias à manutenção da saúde (VIEGAS; PENNA, 2012; FONTANELLA; SETOQUE; MELO, 2013; FARIA, 2014; ROCHA, 2014).

Diante do exposto, o fato é que alguns passos já foram dados. Compreender que o vínculo interfere no "fazer" do cuidado em saúde serve no mínimo para uma reflexão sobre o que tem sido realizado no cotidiano dos serviços.

4.3.2. E a caminhada continua...

A despeito dos aspectos positivos apresentados, proporcionados por uma relação próxima e contínua entre profissionais e usuários, percebe-se ainda a existência de entraves.

A ausência do profissional médico na unidade é um problema levantado pelos usuários:

Quando eu chegava, eu chegava ir e tinha que pedir até o carro, eu chegava lá e não tinha médico mais, tinha que marcar. É muito difícil pra gente. Se num for assim, se você num levantar cedo, é muito difícil, porque tem hora que você marca de consultar e o médico chega, já chega indo embora [...] Ah, quando a gente adocece, aqui mesmo em Paraopeba, aí quando não tem médico aqui eu vou lá em Inhaúma (U₁).

Uai, eu não tenho nada a reclamar não, sabe? Porque todas vezes que eu vou eu sou muito bem atendida, o problema aqui é só assim, o dia que a gente mais precisa não tem médico. Ou então a gente tem que correr para Caetanópolis. Mas a menina que vem aqui visitar as casas é muito boa, qualquer coisa que você precisar ela tá pronta pra ajudar a gente, o problema daqui é só isso mesmo, é o difícil é você encontrar um médico, porque a médica também é doente demais, teve o neném pouco tempo né? então... tem nada reclamar daqui não. Sobre esse ponto não (U₆).

O que dificulta o acesso dos usuários ao atendimento do profissional médico nesse caso são algumas situações que acontecem no dia a dia e fazem com que este esteja ausente em um momento de necessidade do usuário, cuja única alternativa é procurar atendimento em municípios próximos. Não existe uma ausência em tempo integral ou falta de médicos para o atendimento, visto que todas as unidades estão com as equipes completas. O que se observa é que o atendimento é considerado insuficiente por moradores, principalmente os da zona rural, pois muitos desconhecem a agenda e a forma de atendê-los quanto ao trabalho realizado pela equipe. Esses pontos também se configuram como entraves ao estreitamento das relações:

É que é muita gente que vai lá dia de consulta, toda quarta-feira tem consulta e é com médico mesmo (U₂).

Aqui num tem ninguém que atende não. As meninas passam aqui pra querer ir pra Paraopeba né, mas lá tá devagar. O médico de lá, o Dr. tá trabalhando lá, passa um remédio muito esquisitinho sabe? O que ele passa pra um, passa pra todo mundo (U₃).

Eu acho que a gente, aqui no PSF a gente tenta fazer um acolhimento de forma clara, pra o usuário, então a gente acabou até há um mês atrás criando um manual de normas de funcionamento do PSF em que as agentes de saúde levaram pra esses usuários uma folha onde estavam escritas todas as regras

de funcionamento da unidade, horário, dias de consultas, é, dias de exame, dias de pesar, todas as atividades do PSF, é, horário pra olhar pressão, então no intuito de deixar pro usuário o mais claro possível porque que ele tá sendo atendido e porque que ele não tá sendo atendido naquela hora (M₃).

Também a forma de atendimento à demanda espontânea acaba sendo excludente ao invés de acolher e resolver as necessidades dos usuários:

A gente não é muito de procurar não. As vezes que a gente procurou a gente foi bem atendido. Agora só tem uma coisa que eu não sei e não é assim do profissional não, que é assim o que eles tem, que eles recebem pra poder passar né? É que eu achava assim que de repente a gente precisa de um atendimento médico e aí não tem. Por exemplo, a gente tem que ir e se ele precisa daquele atendimento no dia você tem que ir antes das sete horas pra ficar na fila pra ver se vai ser atendido ao menos na parte da tarde, né? Se a gente for depois das sete, aí você não consegue, né, o atendimento. Porque eu acho assim, a doença não escolhe hora, né? (U7).

Acreditando facilitar o acesso do usuário e a organização do serviço, o profissional muitas vezes institui normas, as quais na verdade restringem as atividades e os horários em que os indivíduos poderiam ir até à unidade e participar de forma efetiva. Observa-se, nesse sentido, que a agenda é construída pelos profissionais e os usuários devem adequar-se a ela, o que dificulta a assiduidade dele na unidade.

De acordo com a proposta de organização do SUS, prevendo uma saúde universal e igualitária, os municípios devem assumir a responsabilidade de ofertar à população adscrita serviços básicos, de forma planejada e organizada (SANTOS; PENNA, 2013).

O foco de atenção da ESF é a família e a comunidade. As práticas assistenciais, sejam elas articuladas ou não com os demais pontos de atenção, devem estar norteadas pelas necessidades apresentadas pelo usuário (SANTOS; PENNA, 2013).

Mesmo sabendo que o objetivo da ESF é a prevenção de doenças e promoção de saúde e que entraves à formação do vínculo estão presentes no dia a dia, tais como: o foco da atenção ainda está na doença, a falta de profissionais nas equipes, a rotatividade deles e a elevada demanda espontânea, diante disso não se pode deixar de atuar a favor das necessidades da população (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; ALVES E SILVA *et al.*, 2010; VIEGAS; PENNA, 2012).

Afinal, conforme afirmam Viegas e Penna (2013), o ritmo da vida das pessoas não pode ser normatizado, mesmo que os profissionais busquem isso por meio de uma prática normativa.

O vínculo deve ser visto como um instrumento ou tecnologia para facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde por meio de um acolhimento adequado, da escuta qualificada e da demonstração de atenção e interesse dos profissionais (FARIA, 2014).

Apesar dos avanços em relação ao modelo assistencial, observa-se que as demandas permanecem com foco nas consultas médicas e medicamentosos:

Não, assim. É muito raro, eu não vou lá quase nada. O meu marido, as vezes, quando acha remédio ele pega. Mas no mais a gente não tem muito hábito de tá indo consultar, muito pouco. Ah, assim, a profissional que me atende bem sempre é a agente, que a gente procura ela (U₄).

Só em caso assim da gente tá passando mal mesmo, em caso de urgência mesmo. Ai a gente vai, né? Tirando, igual, sempre tem algumas dorzinhas aqui, não. E falta muito remédio aqui também viu? Igual eu tenho medicamento, é... Remédio aqui também é difícil (U₆).

Graças a Deus, me tratam muito bem. Graças a Deus eu não posso reclamar de hospital e de área de saúde. Todas as vezes que eu preciso, porque eu não procuro sem necessidade entendeu? Eu só procuro quando eu preciso mesmo. Eu sou aquele tipo de pessoa que eu procuro, é, como é que fala? Evite uma consulta desnecessária, né? Não procuro não. Eu posso tá aqui dentro de casa aqui passando mal, eu não, sou aquele sistema, tipo assim, bruto. Eu seguro até o quanto eu dou conta, porque se eu for lá sem necessidade eu vou atrapalhar um que tá precisando mais do que eu (U₁₄).

Eu acho que o que mais aproxima dos usuários são os usuários que tem alguma necessidade de controle de doença crônica. Então esse usuário, pelo fato dele ter uma periodicidade, é, consultas com intervalos regulares, facilita o contato com esse tipo de usuário. Acredito que os usuários, é..., que não tenham comorbidades, os usuários que usam pouco o centro de saúde, eles tenham mais dificuldade porque consulta realmente só pra demandas agudas, né? (M₃).

Mesmo sendo os usuários acompanhados por uma equipe de saúde da família, observa-se que o modelo biomédico é preservado. Atitudes que deveriam ser realizadas como procurar a unidade para consultar antes de adoecer, frequentar a unidade e as atividades de educação em saúde lá desenvolvidas e acompanhar toda a população, são trocadas pelo atendimento do doente em fase aguda e daqueles crônicos que se dirigem à unidade.

Percebe-se que dificuldades existentes no processo saúde e doença ainda não foram superadas, mesmo com a implantação da ESF, do trabalho em equipe e reconhecimento das necessidades da população (SANTOS; PENNA, 2013).

Alguns autores consideram que características da ESF como a carga horária de 40 horas, a adscrição da clientela e o trabalho junto às famílias facilita a criação de vínculos. No entanto, a cobrança por produtividade, o pouco tempo disponibilizado nos atendimentos

devido à grande demanda e mudanças provocadas no perfil da ESF nos próprios municípios têm prejudicado essa relação usuário/profissional de saúde (ALVES E SILVA *et al.*, 2010).

O atendimento na ESF, mesmo sendo porta de entrada dos serviços, descaracteriza o que lhe foi proposto, já que prioriza o atendimento do doente (SANTOS; PENNA, 2013).

Outro problema observado no cotidiano é a demora para a realização de exames, agendamento de especialistas e os números de procedimentos estabelecidos, que não conseguem atender às necessidades da população (NO₁₂):

Trata a gente muito bem, todas as vezes que a gente chega lá, eles tá pronto pra servir a gente, sabe? Demora um pouquinho mas a gente é atendido, e outra coisa também, que é ruim aqui também, igual eu tô com ultrassom com essa menina que já tem mais de 2 meses ó, ela tem o problema de menstruação dela, toda... nem começou a menstruação ela começa a sentir cólica e é durante o tempo. Então a demora aqui também é isso. Tirando isso, não tenho anda reclamar aqui não (U₆).

E outra coisa, embora que não depende lá de cima, eu tive câncer de mama e sempre tenho que fazer acompanhamento né? A gente leva, aí pra passar pra mastologista lá em Sete Lagoas tem que pegar autorização aqui, eles leva lá pra secretaria de saúde, aí é uma eternidade pra marcar a consulta (U₁₀).

Eu pergunto pra eles o que eles estão precisando, eles me informam e eu tento ajudá-los da maneira que eu posso né? Porque aqui o nosso médico é muito difícil de mexer, não atende ninguém a mais, ele é muito complicado. E tem gente que acha que é ruindade da gente também, que a gente não quer marcar consulta pra eles porque a gente não quer. Eu já tive problema com isso já (ACS₆).

Alguns princípios como a integralidade e a universalidade ficam mais longe de serem alcançados face a desestruturação da rede de serviços. A coordenação do cuidado que é proposta à APS também fica dificultada. Isso devido à descontinuidade da assistência quando há dependência de especialistas ou exames cuja cota disponibilizada aos municípios é pequena.

Situações que trazem consigo falhas no acesso, desconfiança sobre a capacidade de resolutividade dos serviços, procura pelo setor privado e maior dificuldade no estabelecimento de vínculo são comuns no dia a dia, como a ausência de manutenção de equipamentos, condição social e financeira baixa dos usuários, superlotação para serviços especializados, condições inadequadas de estrutura física e insumos e falta de referência e contra-referência (MENDONÇA *et al.* 2011; SANTOS; PENNA, 2013; FARIA, 2014).

Sabe-se que as equipes da ESF trabalham com médicos generalistas que muitas vezes dependem da avaliação do especialista para o fechamento de um diagnóstico e

acompanhamento do caso e que o acesso a algumas especialidades e serviços é insuficiente devido ao número de vagas disponibilizado aos municípios. Percebe-se também uma valorização dos atendimentos do especialista pela própria população que acredita que seus problemas só podem ser resolvidos por esse profissional. Essa assistência prestada atualmente com tendência à especialização, falta de contra-referência para valorização contínua do tratamento pelo profissional generalista e consequente descrédito dos usuários pode dificultar a criação de vínculo (SANTOS; PENNA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2013; NO₁₃).

Santos e Penna (2013) ressaltam que as pessoas ainda buscam o atendimento em resposta ao adoecimento por meio da realização de exames e de consultas com profissionais de outras especialidades.

Outras situações que prejudicam as relações entre os usuários e os médicos das ESF são os contratos realizados com números determinados de consultas por dia e os cursos de capacitação meramente teóricos. Isso dificulta o aperfeiçoamento profissional, a adesão aos princípios da ESF e a vinculação com a população, até mesmo por desconhecimento (ALVES E SILVA *et al.*, 2010).

Face às fragilidades do sistema apresentadas, profissionais e usuários dos serviços de saúde têm convivido frequentemente com negativas em relação à realização de atendimentos:

Lá é regular, regular, é bom. Não tem jeito de atender melhor porque lá geralmente tem muito é só empregado, mas médico que é bom não tem. Então a gente vai lá, tem que receber a gente bem mas falar que não (U₁₁).

Então eu acho que esse vínculo, é a gente ouvir o paciente, saber que mesmo se eu não puder ajudá-lo que eu tenho que ouvir ele. E aí mesmo que eu não vou poder, eu vou dar um conselho, dar uma orientação pra ele sair daqui pelo menos satisfeito (TE₁).

Isso. Porque você falou um não, mas um não com uma esperança de que a pessoa vai te ajudar. Oh, eu não posso resolver isso pro senhor hoje, mas eu vou procurar saber, eu vou orientar, eu vou correr atrás e te dou um retorno. Então assim, ele sai com um não, mas um não assim mais leve, né, que imagina todo lugar que chegar a pessoa falar não, não, não. Porque a área da saúde nossa infelizmente tem várias falhas e começa pelo não (TE₁).

Nem sempre é possível atender às demandas dos usuários da maneira desejada ou esperada. Assim, conviver com o “não” tem sido uma rotina nos serviços de saúde. Os profissionais já têm se habituado inclusive a utilizar uma linguagem mais leve e menos agressiva para não gerar maiores insatisfações.

Os problemas nos serviços de saúde são frequentes e o uso de tecnologias leves, incluindo o vínculo, a escuta e linguagem adequada possibilitam o diálogo e a negociação de acordo com as possibilidades existentes (STARFIELD, 2002; VIEGAS; PENNA, 2012; FARIA, 2014; ROCHA, 2014).

A relação entre gestores e profissionais de saúde bem como entre gestores e usuários precisa ser aprimorada:

Assim difícil, primeiro que a gente não tem relação né? Não conversa com eles né? Pelo menos pra gente eles não têm nada, eu acho até que é uma falha deles, que eles... Eu acho que eles deveriam conversar com os médicos também, tem horas que eles cobram muito de vocês enfermeiras, pra dá uma resposta de coisas que são nossas, eles não... Entendeu? Eu acho que eles teriam que conversar. [...] Mas eles não abrem, não tem conversa com eles, tem que ser do jeito que eles querem e pronto, quanto a isso. O prefeito, não sei nem que é, se eu ver na rua, pode estar do meu lado, eu não sei quem é, não conheço ninguém (M₂).

Não tenho contato, eu acho que eles nem me conhecem também. Porque o que eu tenho que resolver eu resolvo com a enfermeira. Eu acho que por duas vezes eu tive que conversar lá na secretaria pra resolver alguma coisa. Não tenho contato com eles não (ACS₅).

Com esses tipos de profissionais eu tento manter a distância o máximo possível, principalmente por questão de política. Então eu mantenho uma distância muito grande. Tento muito respeitar as decisões delas, como secretária, como coordenação e do prefeito, mas é muito ruim você não sentir valorizada. É muito ruim principalmente numa cidade que não tem outra referência de saúde a não ser a gente, nenhuma referência a não ser a gente e você não ter valor em momento algum, das suas ações. Tanto faz se você trabalhou até 4, 5, se você trabalhou na sua casa, deixou de trabalhar, você não tem retorno de nada disso, nada disso. Então eu tento manter o máximo de relação profissional, até mesmo por conta de política e frustrações mesmo. É bem profissional mesmo (E₃).

Nota-se que não existe contato entre a gestão e alguns profissionais e ainda há falta de reconhecimento do trabalho desempenhado por eles. É importante lembrar que a ESF depende da atuação multiprofissional e do apoio dos gestores para seu funcionamento.

De acordo com a PNAB a transformação dos serviços e do processo de trabalho depende do envolvimento de todos os atores: trabalhadores, gestores e usuários. O estreitamento desses elos poderá aumentar a autonomia, a capacidade de análise e intervenção em equipe (BRASIL, 2011).

Muitas vezes os profissionais procuram resolver os problemas existentes com os coordenadores das próprias equipes:

Ah, aí é assim, é na medida do possível né, porque a gente quase não, só quando tem alguma coisa, igual teve ontem né. Mais assim, quando a gente precisa falar, a gente pode procurar, pode falar, é tranquilo também, mas assim, a gente vai menos porque, na medida do possível a gente tenta resolver aqui né, só quando não tem jeito que vai pra lá, mas eu acho que é tranquilo (ACS₄).

Não tem não, não tenho muito contato com eles assim não. Geralmente, eu passo pra enfermeira, ela que tá passando pra eles, eu não tenho contato com eles assim não (TE₃).

O poder de decisão e resolução de problemas na própria ESF é um ponto favorável ao se pensar a descentralização dentro do município e a autonomia dada às equipes. No entanto, isso não deve restringir o contato com a gestão municipal.

As equipes de saúde devem participar do planejamento e monitoramento das ações internas e também do município, para que as dificuldades e possibilidades sejam analisadas e discutidas junto à gestão. O diálogo com todos os níveis da gestão favorecerá o enfrentamento dos nós críticos conjuntamente e de acordo com a singularidade de cada local. A autonomia deve ser estimulada sem perder o caráter participativo (BRASIL, 2011).

Ainda em relação ao contato com a gestão, alguns participantes ressaltam que muitas vezes as dificuldades de relacionamento são geradas por problemas pertinentes ao sistema de saúde e não especificamente aos que dizem respeito às relações pessoais:

Mas eu acredito que a maior dificuldade não é com os gestores, a maior dificuldade é com o sistema e não com os gestores em si, as pessoas dos gestores, mas com a forma de funcionamento do sistema. Então como o sistema ele é, na questão financeira ele é subfinanciado, então a gente sempre tem essas restrições e aí acaba que um caso ou outro pontual, a gente acaba esbarrando em dificuldades pra dar um seguimento bom pro tratamento de um paciente ou outro, mas do ponto de vista pessoal com o gestor, do lado profissional, eu acredito que é muito bom (M₃).

Difícil. Eu vou te responder sinceramente. Eu acho difícil. Primeiro porque pra mim só chegam os problemas mesmo entendeu? Só chegam os casos que não se pode responder lá na ponta e às vezes são casos que deveriam ter sido resolvidos pela própria equipe de atenção que a gente tem ou poderia ter sido resolvido de outra forma e não precisaria chegar aqui (G₁).

Isso gera a necessidade de aprender a lidar com os problemas existentes e criar artifícios ou mecanismos que deixem as informações mais claras para o usuário, de forma que as relações sejam preservadas da melhor maneira possível.

Mais uma vez a postura e habilidade do profissional serão testadas, à medida que ele deverá utilizar as tecnologias leves para orientar e esclarecer o usuário e até a si mesmo em

relação à realidade existente (VIEGAS; PENNA, 2012; FONTANELLA; SETOQUE; MELO, 2013; ROCHA, 2014).

Os próprios gestores reconhecem a importância do vínculo entre a equipe e os usuários e a necessidade de maior contato com os profissionais nas unidades:

Eu tento ouvir todos os questionamentos que chegam pra gente entendeu? Assim, eu sempre procuro ter um relacionamento mais próximo que posso com todos, tanto aqui da secretaria quanto das unidades básicas. Às vezes, os das unidades, exatamente igual tô te falando, por ter uma sobrecarga de trabalho, não dá pra você fazer um serviço mais próximo, não dá pra você estar sempre mais próximo dos profissionais, porque às vezes, se eu pudesse ir mais vezes nas unidades, chegar, conversar com a equipe mais vezes. Assim, teriam problemas que a gente poderia solucionar sem, antes que os próprios problemas aparecessem (G₁).

Extremamente importante. Quando você tem um relacionamento bom, isso reflete na sua população em questão. Se você tem uma equipe que ela é uma equipe unida, que ela tenta tratar seus problemas na própria equipe e não expor aquilo pro paciente, ela consegue ter uma atenção maior da população. A visão que a população tem dela é diferenciada (G₁).

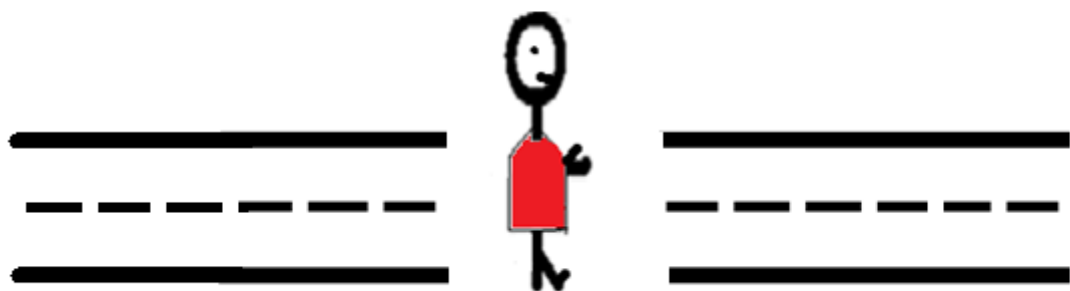
A união da equipe, o bom relacionamento entre os funcionários e a proximidade com a gerência, segundo os próprios gestores, favorecem o levantamento e resolução de questões que futuramente poderiam trazer problemas relativos ao trabalho da equipe e às informações que são passadas para a população.

O conhecimento das necessidades de saúde também se refere ao conhecimento da situação local das equipes, dos trabalhadores e da comunidade de uma maneira geral por parte dos gestores. A aproximação dos sujeitos reflete numa abordagem dos problemas de maneira conjunta, na melhor possibilidade de manutenção das relações e qualidade da assistência (FONTANELLA; SETOQUE; MELO, 2013; FARIA, 2014; ROCHA, 2014).

Assim, a cada dia a forma de trabalho e a forma como as relações estão sendo preservadas devem ser avaliadas. Cabe a cada sujeito envolvido na prática do cuidado caminhar para a diminuição dos entraves prejudiciais à formação do vínculo.

Para se chegar ao vínculo contínuo, que ainda é um desafio, é preciso acertar o passo, a marcha; às vezes mudar o caminho; ou até mesmo observar com quem se anda. O importante é não parar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Ainda me resta uma dúvida
O vínculo tem fim?
Alguns dizem que não, outros dizem que sim
Fato é que sua continuidade depende de você e de mim
Ah! Então será duradouro!
Que os vínculos da minha vida sejam assim!*

Gabrielli Pinho de Rezende

Neste momento de realizar considerações sobre este estudo, faz-se necessário ressaltar que o vínculo existe e se constitui como uma tecnologia leve essencial e potente para a integração e funcionamento da rede de assistência à saúde. Torna-se importante ainda abordar os diferentes aspectos observados a respeito da construção do vínculo no cotidiano.

Por envolver relações humanas, o vínculo é visto como um processo complexo, em construção contínua e possui diferentes sentidos. A utilização da entrevista e da observação direta para o desenvolvimento do estudo de caso foi fundamental para a aproximação e compreensão desse universo subjetivo.

Os resultados da pesquisa baseados na relação entre profissionais e usuários e usuários mostraram que o vínculo está presente na realidade pesquisada, apesar de entraves existentes para a construção e manutenção dele. A diversidade de significados atribuídos a este termo, apesar de conceituar não ter sido objetivo deste estudo, foi visualizada nos depoimentos dos participantes. Observa-se que profissionais, usuários e gestores entendem o vínculo de maneiras diferentes, mas com sentidos muito próximos ao contato com o outro e à área da saúde. Percebe-se que essas relações de sentido estão presentes no cotidiano dos sujeitos das equipes da ESF estudadas pelas apresentações, a saber: estar ligado ao outro, conviver, estar junto, compartilhar, zelo, cuidado.

Com base neste entendimento e ao buscar compreender a construção do vínculo, nota-se que a aproximação entre profissionais e usuários tem acontecido no dia a dia em situações pontuais, que não caracterizam uma ligação duradoura e forte e ainda com objetivos diferentes.

Apesar do encontro desses sujeitos acontecer em torno do tema saúde, ou doença, em muitos casos, o foco da criação da relação tem sido o que esperar do outro, ou seja, o profissional de saúde busca de alguma maneira estar próximo do usuário, buscando nessa relação um sujeito envolvido no seu processo de saúde, compromissado, corresponsável; por

sua vez, o usuário também quer o profissional de saúde por perto, mas espera ali ser bem atendido e ter seu problema resolvido por uma pessoa capacitada; já o gestor quer todo o sistema funcionando. Nem sempre existem um planejamento e o conhecimento do papel de cada um para o fortalecimento dessa relação e alcance do cuidado integral. É preciso mudar esse olhar e fazer com que todos tenham expectativas semelhantes direcionadas a essa relação.

Em todas as discussões realizadas no estudo, a postura do profissional foi considerada um pilar importante na construção e manutenção do vínculo, visto que a partir dela realiza-se a conquista do usuário para aquela unidade e atendimentos realizados ali, programam-se quais atividades serão realizadas e possibilita-se a continuidade da assistência.

A partir do momento que o profissional conhece o usuário e tem oportunidade de manter seu trabalho com aquela família, o estreitamento das relações pode acontecer. Uma aproximação que antes tinha somente um objetivo profissional é ampliada a partir do conhecimento da realidade de cada um.

E essa relação vai se consolidando quando existe envolvimento dos sujeitos no processo de saúde, oportunidade para escuta e acolhimento, interesse, participação e comprometimento. Assim é possível manter uma atenção contínua.

Ao pensar a proposta de reestruturação do modelo de saúde vigente com a implantação da ESF, algumas considerações são necessárias. Mudar o modelo assistencial de saúde por meio da ESF, tendo o vínculo como um de seus princípios, significa pensar sobre as relações existentes. Isso implica repensar como elas acontecem e inserir no contexto da APS e das equipes reflexões que tragam novos conhecimentos a respeito da forma de produzir saúde, com utilização das tecnologias leves. A valorização das pessoas e investimentos em capacitações pode trazer reflexos positivos na construção do vínculo.

Não é possível desconstruir uma saúde há tempos implantada e enraizada com base no atendimento médico, foco na doença e atendimento especializado sem discussões por meio da vivência e realidade das pessoas e participação de todos.

A PNAB coloca como facilitadoras do vínculo algumas ações da ESF como a adscrição da clientela, carga horária de 40 horas, alguns profissionais serem da comunidade, entre outras. No entanto, observa-se que somente isso não garante a adesão e envolvimento de todos.

O pertencimento de fato a um lugar, em se tratando de relações interpessoais, seja esse relacionado a territorialização e adscrição da clientela ou ao seu papel no cuidado da saúde, não é alcançado por meio de políticas. O que irá garantir a manutenção da procura por uma

unidade de saúde ou profissional, e do profissional pelo usuário, é a qualidade do serviço e o que cada um tem demonstrado para uma conquista diária. Todos devem ser reconhecidos como fundamentais no planejamento e efetivação das ações.

Apesar do reconhecimento de que o vínculo interfere na forma de produção do cuidado, facilitando o acesso às necessidades, o acompanhamento e o cuidado das famílias e de avanços já serem observados no cotidiano dos serviços de saúde, tais como: a procura pelos profissionais das equipes (além do médico), o trabalho em equipe, a cooperação entre os profissionais, a realização do acolhimento por toda a equipe, o reconhecimento do potencial positivo da visita domiciliar como momento de encontro e práticas de educação em saúde e a busca de acompanhamento em detrimento do atendimento aos casos agudos, é importante frisar que alguns entraves ainda existem para que o vínculo seja construído de forma efetiva e constante.

A forma de atendimento médico colocado como insuficiente por alguns participantes; o atendimento excludente à demanda espontânea; o estabelecimento de normas pelos profissionais, sem observar a realidade da população, que acabam restringindo atendimentos; a demora para o agendamento de exames e consultas com especialistas e o contato insuficiente com os gestores podem ser vistos como algumas limitações ao vínculo duradouro e contínuo.

Minha prática profissional, apresentada no início do estudo repleta de inquietações, também foi transformada ao longo dessa caminhada. O conhecimento adquirido com os sujeitos aqui envolvidos e suas relações permitiu afirmar a existência do vínculo, enxergar o mesmo de uma maneira diferente e trabalhar isso no dia a dia, por meio da postura, da escuta e também no sentido de aproximar os objetivos de usuários e gestores.

De uma maneira geral, observa-se que uma construção, seja do que for, para ser duradoura e forte, precisa ter base sólida. No caso do vínculo a realização dessa base deve ser produzida com a mistura de cuidado contínuo, objetivos comuns e envolvimento dos sujeitos.

A realização deste estudo possibilitou a compreensão da construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários de unidades de Saúde da Família do município de Paraopeba e também reflexões sobre a prática cotidiana para que as ações realizadas nos serviços de saúde e nos demais pontos de atenção estejam mais voltadas para a melhoria das relações interpessoais. Acredita-se que a realidade encontrada nesse estudo se assemelhe a de outros locais, mas conhecê-las seria interessante. Espera-se que novos estudos sejam realizados no sentido de compreender as diferentes configurações do vínculo, sua construção e influências na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

A -----

B -----

C -----

REFERÊNCIAS

ALVES E SILVA, A. C. M.; VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. A.; WUILLAUME, S. M. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.1, p.159-169, 2010.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (1): 31-46, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (8): 2339-2346, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília-DF, 2004. Disponível em www.portalsaude.saude.gov.br. Acesso realizado em 05/03/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2488/GM, 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). Diário Oficial da União, Brasília, 21 out., 2011. Disponível em www.bvsmms.saude.gov.br. Acesso realizado em 05/03/14.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 16 (7): 3033-40, 2011.

CARVALHO, A. M. A.; BASTOS, A. C. S.; RABINOVICH, E. P.; SAMPAIO, S. M. R. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. **Psocil. Estud.**, Maringá, v.11, n. 3, p. 589-598, dez. 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais e humanas**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 164p.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 62 (1): 113-8, jan.-fev., 2009.

ECKERDT, N. S.; MORETTO, E.; TAGLIARI, M.; BUCHELE, F. Percepção da Estratégia Saúde da Família em um Município do Interior do Rio Grande do Sul: da Fala da Equipe ao Eco das Famílias. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (1): 45-59, 2008.

FARIA, R. S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale do Jequitinhonha-MG [manuscrito]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; SETOUE, C. S.; MELO, D. G. Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do “vínculo” entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (7):1881-1892, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, p. 181-193, 2005.

GIL, A. C. **Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios a coleta e análise dos dados e como redigir o relatório**. São Paulo: Atlas, 2009. 168p.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 17, p. 287-301, mar./ago., 2005.

JORGE, M. S. B.; PINTO D. M.; QUINDERÉ P. H. D.; PINTO A. G. A.; SOUSA F. S. P.; CAVALCANTE C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 16(7): 3051-60, 2011.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986. 99 p.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva**. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294 p.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 15(supl.1): 1521-31, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009. 80p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407p.

MENDONÇA F. A. C.; SAMPAIO, L. R. L.; LINARD, A. G.; SILVA, R. M.; SAMPAIO, L. L. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. **Rev Rene**; 12(1): 57-64, 2011.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: Cadernos de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, Série B, Textos Básicos de Saúde, p.108-137, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 43(2): 358-6, 2009.

MOREIRA, D. A. **Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde: visão de profissionais, usuários e gestores [manuscrito]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

MOURA, M. M. D.; GUIMARÃES, M. B. L.; LUZ, M. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.45, p.393-404, abr./jun., 2013.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, 40(4): 727-33, 2006.

PARAOPEBA. **Relatório de Gestão – 2013**. Paraopeba, 2013.

PARAOPEBA. **Plano Municipal de Saúde – Quadriênio 2014/2017**. Paraopeba, 2014.

PARAOPEBA. **SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica**. Paraopeba, 2015.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface-Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011.

QUEIROZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. **Rev. Min. Enferm.**,15(1): 62-69, jan./mar., 2011.

RIBEIRO, E. M. **Concreticidade do vínculo do/no programa de saúde da família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa**. 2006. (Doutorado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2006.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, 24(supl 1):69-78, 2008.

ROCHA, L. B. M. **Vínculo no trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários [manuscrito]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

SANTOS, A. M.; ASSIS M. M. A.; NASCIMENTO M. A. A.; JORGE M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**; 42(3): 464-70, 2008.

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

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, p.241-57, 2004.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais de saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 22(1): 149-56, Jan-Mar., 2013.

SHIMIZU, H. E.; REIS, L. S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(8): 3461-3468, 2011.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1325-1335, 2009.

SOUZA, K. M. J.; SÁ, L. D.; PALHAS, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010.

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

TRIVIÑOS, A. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

VIEGAS, S. M. F. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais [tese]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

VIEGAS, S. M. F.; HEMMI, A. P. A.; SANTOS, R. V. PENNA, C. M. M. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (2): 769-784, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, 13(2): 375-85, 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 181-190, 2013.

YIN R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 248p.

APÊNDICES



APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Vínculo na Estratégia Saúde da Família na Perspectiva de usuários e profissionais de Saúde.

Pesquisadora: Gabrielli Pinho de Rezende

Município: Paraopeba

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - Usuário

Identificação da ESF:
Idade:
Sexo:
Tempo que mora na área de abrangência da ESF:

- 1- Como é sua relação com a equipe de saúde que atende você e sua família?
- 2- Você se sente bem acolhido pela equipe?
- 3- Você pode me contar alguma situação onde você se sentiu bem atendido por algum profissional ou pela equipe? E alguma onde foi mal atendido?
- 4- Quais atividades que a equipe ou algum profissional realiza que você considera que aproxima mais as pessoas?
- 5- O que te leva a buscar atendimento nessa unidade?
- 6- O que você entende por vínculo?
- 7- Gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Vínculo na Estratégia Saúde da Família na Perspectiva de usuários e profissionais de Saúde.

Pesquisadora: Gabrielli Pinho de Rezende

Município: Paraopeba

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - Profissionais

Identificação da ESF:
Idade:
Sexo:
Profissão:
Tempo de atuação na presente ESF:

- 1- Como é sua relação com as famílias e pessoas que você atende no seu trabalho?
- 2- Quais atividades ou ações que você desenvolve no seu dia a dia que você acredita te aproximar mais das pessoas? E com sua equipe?
- 3- Como você vê a relação com sua equipe? E com os gestores?
- 4- Como você acolhe as pessoas no seu trabalho?
- 5- De que maneira você acha que ser próximo do usuário e da equipe interfere de alguma forma no cuidado em saúde?
- 6- Você acha que as pessoas procuram essa unidade e o seu atendimento por quê?
- 7- O que você entende por vínculo?
- 8- Gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Vínculo na Estratégia Saúde da Família na Perspectiva de usuários e profissionais de Saúde.

Pesquisadora: Gabrielli Pinho de Rezende

Município: Paraopeba

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - Gestores

Identificação da ESF:
Idade:
Sexo:
Profissão:
Tempo de atuação no cargo:

- 1- Como é sua relação com as famílias e pessoas que você atende no seu trabalho? E com os profissionais do município?
- 2- Como você acolhe as pessoas no seu dia a dia?
- 3- O que você entende por vínculo?
- 4- Como você vê a construção do vínculo na relação entre serviço-profissionais-usuários-gestores para o cuidado em saúde?
- 5- De que maneira você acha que ser próximo do usuário e da equipe interfere de alguma forma no cuidado em saúde?
- 6- Você acha que as pessoas procuram esse local e o seu atendimento por quê?
- 7- Gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A construção de vínculo no cuidado cotidiano em saúde**”, sob orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Gabrielli Pinho de Rezende como parte de meu mestrado desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender a relação de vínculo instituída no cuidado em saúde na perspectiva dos trabalhadores de equipes de saúde da família e dos usuários.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre como se sente cuidado quando busca o serviço de saúde; em que situações busca a unidade de saúde e quais não busca; de que forma se sente recebido no serviço; quais os motivos que o fazem buscar atendimento na unidade básica; quais fatores facilitam ou dificultam sua relação com os profissionais de saúde e contar sobre situações em que você foi bem atendido e outras que não foi. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar, se assim o desejar. Se você permitir, gostaria de acompanhá-lo em uma consulta, caso o profissional de saúde que o atenda também permita, para observar como ela acontece e anotar em um caderno, chamado de diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender de que forma você e sua família, enquanto usuários, estabelecem vínculos com os profissionais de saúde e como esta situação interfere ou não no tipo de atendimento e tratamento que recebem.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos a você, assim você deve considerar que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido e que se não quiser pode não responder às perguntas feitas. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família pela unidade de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Gabrielli Pinho de Rezende

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Contatos: Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem da UFMG

Gabrielli Pinho de Rezende Tel: (31) 3714-3683/(31) 8663-2261

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n 6627. Unidade Administrativa II – 2 andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A construção de vínculo no cuidado cotidiano em saúde**”, sob orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Gabrielli Pinho de Rezende como parte de meu mestrado desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender a relação de vínculo instituída no cuidado em saúde na perspectiva dos trabalhadores de equipes de saúde da família e dos usuários.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Assim você responderá perguntas sobre o que você entende por vínculo; como é o acolhimento feito as necessidades de saúde da população adscrita; quais as estratégias propostas em sua concepção sobre estabelecimento de vínculo com o serviço, equipe e usuários. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar. As observações ocorrerão durante uma consulta se você permitir e caso o usuários atendido dê sua permissão, ou em outras atividades e serão registradas em diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender como se estabelecem vínculos entre profissionais de saúde – serviço – usuários e refletir sobre possíveis estratégias que são criadas na relação usuário - equipe de saúde – serviço e como interferem ou não no tipo de atendimento e adesão ao tratamento que recebem.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos a você, assim você deve considerar que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Gabrielli Pinho de Rezende

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Contatos: Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem da UFMG

Gabrielli Pinho de Rezende Tel: (31) 3714-3683/(31) 8663-2261

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n 6627. Unidade Administrativa II – 2 andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestores)

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A construção de vínculo no cuidado cotidiano em saúde**”, sob orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Gabrielli Pinho de Rezende como parte de meu mestrado desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender a relação de vínculo instituída no cuidado em saúde na perspectiva dos trabalhadores de equipes de saúde da família e dos usuários.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Assim você responderá perguntas sobre quais são as estratégias de vínculo instituídas pelo serviço; que importância há a construção de vínculo serviço – profissionais – usuário. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar. A observação será de forma livre, sem roteiro e de situações cotidianas da assistência, nas relações mantidas entre você e a população/usuário.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender como se estabelecem vínculos entre profissionais de saúde – serviço – usuários e refletir sobre possíveis estratégias que são criadas na relação usuário - equipe de saúde – serviço e como interferem ou não no tipo de atendimento e adesão ao tratamento que recebem.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos a você, assim você deve considerar que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Gabrielli Pinho de Rezende

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Contatos: Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem da UFMG

Gabrielli Pinho de Rezende Tel: (31) 3714-3683/(31) 8663-2261

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n 6627. Unidade Administrativa II – 2 andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

APÊNDICE G

Poema produzido durante o período da dissertação

OS VÍNCULOS DA MINHA VIDA

Gabrielli Pinho de Rezende

Então começa a vida
 Uma nova caminhada.
 Desafios, descobertas, possibilidades... É preciso dar o primeiro passo
 Ainda incerta é a chegada!

E nos encontros e desencontros
 Surpresas podem acontecer
 Sejam boas ou ruins
 É preciso buscar alegria, luz, base, saber...
 Mas tudo isso? Onde encontrar e como reconhecer?
 Nos livros, na família, nos amigos, no viver!

Pessoas, lugares, coisas...
 Tudo tem seu significado
 Sons, cheiros, gestos...
 Tudo fica guardado
 E assim vamos seguindo em frente
 O caminho vai sendo trilhado.

Mas afinal, tudo começa a partir do vínculo ou o vínculo começa a partir de tudo?
 Não sei! Será possível descobrir, interpretar, supor?
 De algum jeito estamos próximos, ligados, atados
 Seja de qual maneira for...

Ainda me resta uma dúvida
 O vínculo tem fim?
 Alguns dizem que não, outros dizem que sim
 Fato é que sua continuidade depende de você e de mim
 Ah! Então será duradouro!
 Que os vínculos da minha vida sejam assim!

ANEXO



ANEXO

Termo de Autorização para realização da pesquisa em Paraopeba

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Paraopeba, 11 de novembro de 2013.

Exma. Secretária de Saúde
Márcia dos Anjos Ferreira Lopes
Município de Paraopeba-MG

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **“Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde”** sob minha responsabilidade, Gabrielli Pinho de Rezende, e orientação da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. O referido trabalho é um dos requisitos para aprovação no curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem por objetivo compreender a construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários de unidades de Saúde da Família.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja coleta de dados será realizada com os profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde da família e usuários atendidos por eles que serão convidados a responder perguntas sobre o significado do vínculo e sobre as relações entre profissionais e usuários no cotidiano de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Espera-se com este trabalho contribuir para reflexões, planejamentos e construções acerca do vínculo na Estratégia de Saúde da Família. Garantimos que a coleta de dados só ocorrerá após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade federal de Minas Gerais.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Atenciosamente,


Cláudia Maria de Mattos Penna


Gabrielli Pinho de Rezende


Márcia dos Anjos Ferreira Lopes
Secretária Municipal de Saúde
Paraopeba MG
Márcia dos Anjos Ferreira Lopes
Secretária Municipal de Saúde