

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARA MARTINS RIBEIRO**

**O VÍNCULO NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BELO HORIZONTE  
2016**

**MARA MARTINS RIBEIRO**

**O VÍNCULO NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.  
Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna

**BELO HORIZONTE**  
**2016**

Ribeiro, Mara Martins.  
R484v O Vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família [manuscrito]. /  
Mara Martins Ribeiro. - - Belo Horizonte: 2016.  
86f.: il.  
Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna.  
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.

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

NLM: WA 308

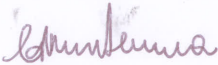
**ATA DE NÚMERO 512 (QUINHENTOS E DOZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARA MARTINS RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 13 (treze) dias do mês de setembro de dois mil e dezesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 430 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "O VÍNCULO NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", da aluna **Mara Martins Ribeiro**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "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), Isabela Silva Cancio Velloso e Kênia Lara Silva, 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, Patrícia Prata Salgado, Secretária em exercício 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, 13 de setembro de 2016.

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

  
\_\_\_\_\_

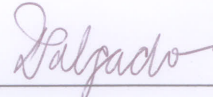
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Silva Cancio Velloso  
(Esc. Enf/UFMG)

  
\_\_\_\_\_

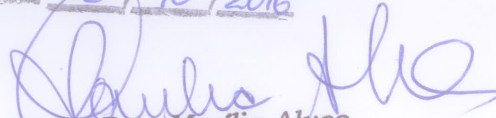
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kênia Lara Silva  
(Esc.Enf/UFMG)

  
\_\_\_\_\_

Patrícia Prata Salgado  
Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação

  
\_\_\_\_\_

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 03 / 10 / 2016

  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Marília Alves

## DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Rildo, por me incentivar e apoiar o meu ingresso no mestrado. O seu apoio incondicional foi decisivo para dar-me ânimo, razão da minha persistência.

À minha filha Laura, por fazer parte desta conquista desde o início. Trouxe luz e afeto, razão da minha permanência.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Deus, por me manter firme neste caminho, sem jamais ter me deixado desistir, mesmo que, em muitos momentos, o fardo tenha sido pesado. “Tu és sempre meu refúgio” (*Salmo 71*).

Ao meu marido, Rildo, meu “porto seguro”, por procurar entender minhas ausências, por nosso amor e por me ensinar diariamente a essência da vida; por me possibilitar construir e concretizar sonhos e projetos, por estar sempre ao meu lado, quaisquer que sejam as minhas escolhas. Amo você, muito!

Aos meus filhos, Laura, Lucas e Mateus, presenças constantes, por me fazerem acreditar que posso ser uma pessoa melhor a cada dia. Vitória, luz e presença divina, assim encham a minha vida.

Aos meus pais, Joaquim e Célia, base da minha existência, gratidão pelo que sou, exemplos de vida, dedicação e amor. Ensinarão valores e princípios que estão vivos em mim.

Às minhas irmãs, Marina e Nívia. Marina, por ser a mola propulsora de tudo isso. Incentivo, estímulo, força, ajuda e, de vez em quando, uns “puxões de orelha”... Guerreira, batalhadora, dinâmica, mulher com M maiúsculo, com certeza, meu maior exemplo. Nívia, a irmã caçula, singela, amorosa, meiga e amiga. Mesmo de longe, “deu-me colo”, incentivando-me a não desistir. Vocês foram inspiração e acalanto de muitas estações. Amo vocês!

Às minhas sobrinhas, Paula e Ana Beatriz, para as quais deixo a seguinte mensagem: “Estudar é uma das maiores grandezas da vida de uma pessoa, alimenta a alma e nos faz desenvolver o melhor de nós mesmos e da melhor maneira possível”.

A todos os familiares que me apoiaram – sogra, sogro, cunhadas e cunhados –, que, mesmo distantes, torceram por esta conquista.

Às amigas Verônica, Andreia Amaral, Nerice, Joyce, sempre com a pergunta: “E aí, como anda o mestrado? Essa sua pesquisa não vai acabar não?”. Torceram e torcem por mim, estão sempre prontas a me ajudar. Vocês moram no meu coração.

À minha orientadora, Cláudia Maria de Mattos Penna, por ter compreendido meus momentos e pelos ensinamentos. Obrigada pelo aprendizado e pela paciência.

Aos colegas do NUPCCES, por compartilharem comigo seus saberes e proporcionarem momentos de reflexão e crescimento. Nesse caminho, amizades brotaram e seguiram comigo ao longo desta jornada. Em especial, Elaine, Mayara e Amanda, pelas trocas de experiências, boas risadas e pela amizade. Contem comigo!

À Secretaria Municipal de Saúde de Itabirito e à Escola de Enfermagem da UFMG, por possibilitarem a realização desta pesquisa.

Aos colegas profissionais de saúde e aos usuários, sujeitos desta pesquisa, por dividirem comigo suas experiências e possibilitarem a construção deste estudo.

***Paciência***

*(Lenine)*

Mesmo quando tudo pede  
Um pouco mais de calma  
Até quando o corpo pede  
Um pouco mais de alma  
A vida não para

Enquanto o tempo  
Acelera e pede pressa  
Eu me recuso, faço hora  
Vou na valsa  
A vida é tão rara

Enquanto todo mundo  
Espera a cura do mal  
E a loucura finge  
Que isso tudo é normal  
Eu finjo ter paciência

O mundo vai girando  
Cada vez mais veloz  
A gente espera do mundo  
E o mundo espera de nós  
Um pouco mais de paciência

Será que é tempo  
Que lhe falta pra perceber?  
Será que temos esse tempo  
Pra perder?  
E quem quer saber?  
A vida é tão rara  
Tão rara



## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, fundamentada na sociologia compreensiva, com o objetivo de compreender o vínculo em saúde no trabalho cotidiano da Estratégia Saúde da Família na perspectiva de profissionais de saúde, usuários e gestores do serviço. O cenário foi uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de um município do Estado de Minas Gerais. Os participantes foram profissionais integrantes de duas equipes de Saúde da Família, totalizando dois médicos, dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde (ACS), três gestores (informantes-chave) e doze usuários. A coleta de dados foi realizada por meio de observação direta, registrada em um diário de campo, e entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado. A compreensão das entrevistas foi realizada por meio da análise do discurso. Primeiramente, foram feitas leituras sistemáticas dos discursos retratados nas entrevistas e transformados em notas de reflexão. Em seguida, o cruzamento dessas reflexões permitiu a construção das categorias. Os dados foram organizados em três categorias e suas subcategorias: 1. As múltiplas facetas do vínculo: interdiscurso de profissionais de saúde, usuários e gestores; 1.1. “A segunda família da gente”; 1.2. Vínculo “temporal”; 1.3. Compromisso e responsabilidade com o outro; 2. (Im) possibilidades para o vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família; 2.1. ACS: sujeito imbricado na construção do vínculo; 2.2. Entraves para a efetivação do vínculo; 3. ESF: lócus do vínculo cotidiano. Os resultados do estudo mostram a polissemia do vínculo, por meio de concepções diversas feitas pelos participantes da pesquisa, mostrando-se com sucessivas aproximações do ideário do vínculo. O ACS aparece como um sujeito mediador e implicado na formação desse princípio. No entanto, alguns entraves, como a comunicação ineficaz e a sobrecarga de trabalho, fizeram do vínculo um caminho penoso para a sua efetivação. Constatou-se ainda que, no cenário da ESF, o vínculo tem se mostrado presente, permeado por uma diversidade de sentidos a partir do cotidiano vivido por cada sujeito para a sua construção. Espera-se, com esta pesquisa, contribuir para novas reflexões e construções acerca do vínculo na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Relações Profissional-Paciente. Acolhimento.

## ABSTRACT

This qualitative case study is based on comprehensive sociology and aims to understand the link between health professionals, users and service managers during the day-to-day work of the Family Health Strategy. The study was conducted at a Primary Healthcare Center in a municipality in the state of Minas Gerais. The participants included professionals from two Family Health teams, totaling two doctors, two nurses, five nursing technicians, ten community health workers, three managers (key informants) and twelve users. Data was collected by means of direct observation recorded in a field diary, as well as interviews based on a semi-structured script. The interviews were evaluated using discourse analysis. First, the interview transcripts were systematically reviewed and converted into observation notes. These observations were then cross-referenced such that categories could be constructed. The data was organized into three categories, each with its own subcategory: 1. Multiple facets of the link: interdiscourse between health professionals, users and managers; 1.1. "Our second family"; 1.2. "Temporal" attachment; 1.3. Commitment and responsibility to others; 2. (Im)possibility of forming a bond during the day-to-day work of the Family Health Strategy; 2.1. ACS: subject enmeshed in the establishment of the link; 2.2. Obstacles to the establishment of the link; 3. ESF: situation around the day-to-day link. The results of the study show the polysemy of the link, through the various conceptions of the study participants, demonstrating with successive approximations the ideology of the bond. The ACS functions as a mediating and involved subject in the formation of the bond. However, some obstacles, such as ineffective communication and excessive amounts of work, made it difficult to establish a link. It was also found that, within the context of the ESF, the link has been present, permeated by a variety of feelings and created through the daily experience of each subject. It is hoped that this research will contribute to new observations and ideas related to the professional-patient link in the Family Health Strategy.

Keywords: Family Health Strategy. Professional-Patient Relationships. Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa representativo de Itabirito.....	24
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das Equipes de Saúde da Família participantes do estudo em relação ao número de famílias e pessoas cadastradas.....	25
Tabela 2 - Perfil dos gestores e profissionais de saúde envolvidos na pesquisa .....	26
Tabela 3 - Perfil dos usuários envolvidos na pesquisa.....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CH	Centro de Hipertensão
CVVRS	Centro Viva Vida de Referência Secundária
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NO	Nota de Observação
NUPCCES	Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 Apresentação.....	13
1.2 Considerações Iniciais.....	14
1.3 Objetivo .....	17
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
2.1 A Estratégia Saúde da Família e o Vínculo em Saúde .....	18
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>23</b>
3.1 Delineamento do Estudo .....	23
3.2 Cenário da Pesquisa .....	24
3.3 Participantes da Pesquisa .....	25
3.4 Técnica de Coleta de Dados.....	28
3.5 Análise dos Dados .....	30
3.6 Aspectos Éticos .....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 As múltiplas facetas do vínculo: interdiscurso dos profissionais de saúde, gestores e usuários</b> .....	<b>32</b>
4.1.1 “A segunda família da gente”.....	32
4.1.2 Vínculo “Temporal” .....	40
4.1.3 Compromisso e responsabilidade com o outro .....	46
<b>4.2 (Im) possibilidades para o vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família</b> .....	<b>52</b>
4.2.1 ACS: sujeito imbricado na construção do vínculo .....	52
4.2.2 Entraves para a efetivação do vínculo.....	57
<b>4.3 ESF: lócus do vínculo cotidiano</b> .....	<b>65</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>80</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>86</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

Este estudo fundamentou-se em minhas experiências e vivências pessoais e profissionais acerca do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredito que haja uma estreita relação e um forte laço entre essa trajetória e a escolha do objeto em estudo, o que permitiu traçar novos olhares para a prática profissional no cotidiano de trabalho.

Durante a graduação em Enfermagem, a aproximação com a Saúde Pública no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) permitiu conhecer o “saber e o fazer” do enfermeiro inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF). O desejo de pertencer a “esse lugar” ficou mais evidente com a oportunidade de trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Essa primeira experiência permitiu repensar e discutir várias questões sobre o cotidiano de trabalho. Foi quando vislumbrei, junto com a equipe de Saúde da Família, uma possibilidade de mudança na postura profissional e na prática cotidiana dos envolvidos no modelo de assistência curativista, biologicista, médico-centrado que vigorava naquele local. Isso contribuía para que o modelo hegemônico se perpetuasse, trazendo descrédito do serviço e dos profissionais com o usuário, dificultando a garantia dos direitos desses sujeitos.

Diante disso, algumas ações foram implantadas para resgatar o elo que os profissionais da ESF haviam perdido com a comunidade. E, assim, nesses espaços de mudança, os laços começaram a ser construídos, gerando relações de confiança, acolhida e respeito. Esse cenário motivou a busca de novos conhecimentos e experiências, incentivando-me a cursar a pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família.

Posteriormente, a atuação como gestora na Coordenação da Atenção Primária, em outro município, propiciou-me um olhar amplo sobre os processos provenientes das unidades de saúde. Isso possibilitou vivenciar os desafios da operacionalização da Política de Humanização no contexto de cada equipe de saúde da família.

A partir desse momento, surgiu uma inquietação para prosseguir com os estudos, levando-me a ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Como mestranda, passei a frequentar o Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES), espaço de discussão e de proposição de vários objetos de pesquisa, como a integralidade da assistência, o acesso aos serviços de saúde e a construção de vínculo, tendo a ESF como cenário, na perspectiva de profissionais, usuários e gestores.

O macroprojeto intitulado “A construção de vínculo no trabalho cotidiano em saúde”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), possibilitou o encontro entre a minha prática profissional e o desejo de aprofundar meus conhecimentos sobre o vínculo que se configura como um importante princípio para a dinâmica profissional-usuário-gestor-serviço.

Assim, pondero que, na ESF, o vínculo tem se mostrado presente na prática profissional, nos esforços diários para o estabelecimento de ações mais humanizadas e acolhedoras. Além disso, o fortalecimento do vínculo configura-se, ainda, como um desafio importante para o rompimento com o paradigma do modelo assistencial que pouco privilegia o uso desse princípio.

## **1.2 Considerações Iniciais**

No Dicionário da Língua Portuguesa, o termo vínculo é “tudo o que ata, liga ou aperta; relação; nexos; sentido” (HOUAISS, 2009; CUNHA, 2003). O vínculo, no campo da saúde, constrói-se no encontro relacional entre profissional de saúde e usuário, estabelecido por meio de laços de confiança e respeito que serão capazes de mantê-los interligados.

Pode-se compreender o vínculo como uma relação de confiança estabelecida entre um usuário e o serviço ou entre o usuário e um profissional ou uma equipe. Ele permite uma aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional, de modo a se estabelecerem relações de escuta, de diálogo e de respeito (BRUNELLO *et al.*, 2010).

Para Schmidt e Lima (2004), a noção de vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde.



O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Segundo Silveira Filho (2002), o vínculo vai além do estabelecimento de um simples contato com a população de uma determinada área ou de um simples cadastro. Ele exige uma real aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário para que possa compreender suas condições de vida e suas verdadeiras necessidades, comprometendo-se com elas.

Mediante essa aproximação com o contexto social para o fortalecimento do vínculo, a APS passa a ser a porta de entrada preferencial do sujeito aos serviços de saúde como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MENDES, 2002).

O Ministério da Saúde conceitua a APS como:

(..)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 ESF é estabelecida como reorientação do modelo assistencial à saúde, que pretende trabalhar com o princípio da vigilância em saúde, com atuação interdisciplinar e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações (SCHIMIDT; LIMA, 2004). Além disso, é definida por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do

estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Propõe-se que a atenção à saúde centre-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrarem em contato com as condições de vida e saúde da população, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No cenário da pesquisa, ESF tem-se viabilizado como porta de entrada do usuário aos serviços de saúde. Sabe-se que este é o espaço ideal para que o vínculo possa ser construído e fortalecido nos encontros relacionais cotidianos.

Este estudo tem por pressuposto o vínculo como um potencializador no trabalho cotidiano entre profissionais de saúde e usuários. Assim, o uso das tecnologias leves<sup>1</sup>, referenciadas no vínculo, permite o estabelecimento de relações entre profissional-usuário pautadas na escuta, na confiança e no respeito.

A ESF ainda precisa vencer alguns desafios apresentados cotidianamente nos serviços de saúde, como a descontinuidade e fragmentação no cuidado, a carência de recursos humanos, a rotatividade dos profissionais de saúde, as condições de trabalho e as barreiras no acesso ao serviço (QUEIROZ, 2008; VIEGAS, 2010; FARIA, 2014; ROCHA, 2014; REZENDE, 2015).

Em meio a essa problemática nos serviços de saúde questiona-se: Como o vínculo é vivenciado pelos usuários, profissionais de saúde e gestores no cotidiano de trabalho na ESF?

Acredita-se que tal pergunta servirá para aprofundar a questão central do estudo no que diz respeito à configuração do vínculo no cotidiano de trabalho da ESF. Espera-se, assim, subsidiar novas reflexões acerca desse objeto, que está imbricado no contexto da Atenção Primária.

Considerando a relevância do vínculo para a sustentação dos laços de confiança, responsabilização e autonomia dos sujeitos, compreender como ele é vivenciado no trabalho cotidiano da ESF contribuirá para a melhoria da atuação dos

---

<sup>1</sup> Para Malta, Mehry (2010), as tecnologias leves são ferramentas que permitem a produção de relações entre o profissional-usuário mediante a escuta, o interesse para a construção de vínculos, na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários.

profissionais de saúde e para viabilizar a garantia dos direitos dos indivíduos e o estímulo à participação no processo saúde-doença-cuidado.

### **1.3 Objetivo**

Compreender o vínculo em saúde no trabalho cotidiano da Estratégia Saúde da Família na perspectiva de profissionais de saúde, usuários e gestores do serviço.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A Estratégia Saúde da Família e o Vínculo em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. O artigo 196 declara que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa conquista teve origem em movimentos políticos, sociais e sanitários surgidos na década de 1970, que culminaram na criação do SUS. Afirmam-se os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção em saúde. Passa-se a adotar um conceito ampliado de saúde, concebendo-a não só como ausência de doença, mas diretamente relacionada à qualidade de vida e aos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2006).

Para atender a essa nova proposta de política pública, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como o primeiro nível de atenção e como porta de entrada preferencial do usuário ao serviço de saúde. Nessa condição, a atenção está focada sobre as pessoas (em oposição à enfermidade), ao longo do tempo, atendendo-as em suas necessidades e problemas, exceto os muito incomuns ou raros, e está coordenada ou integrada à atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e, por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

A implementação da proposta da APS deu-se com a operacionalização do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), iniciado em 1991. Trata-se de uma abordagem que sugere a visão ampliada sobre a saúde, não centrada na doença, mas nas necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade.

A partir do PACS, fundamentou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. O PSF destacou-se pelo potencial de desenvolver práticas de

saúde humanizadas, uma vez que priorizou o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilização entre os profissionais de saúde e a população, além de contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde individual e coletiva. O PSF, em 1999, passou a ser considerado, pelo Ministério da Saúde (MS), como Estratégia Saúde da Família, estruturante dos sistemas municipais de saúde, de modo a produzir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002).

O objetivo da ESF é:

reorganizar a prática assistencial, centrando o cuidado à saúde no núcleo familiar como foco das ações de saúde, tendo o território como ponto estratégico de desenvolvimento do cuidado, e apostando em práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização. Por esse fato, a utilização de novas tecnologias em saúde, pautadas nos aspectos relacionais, tem se tornado fundamental para a efetividade da assistência (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011, p.763).

A ESF pauta-se na atenção no primeiro contato, com adoção de ferramentas apropriadas ao trabalho que permitam cuidados contínuos ao longo do tempo e ofereçam profissionais comprometidos com os usuários, sempre prontos a ouvi-los e a estabelecer uma relação de mútua confiança.

Dessa maneira, é imprescindível que a Saúde da Família (SF) incorpore, em sua organização, estratégias que favoreçam o encontro entre os sujeitos por meio de uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde sustentada pelo uso da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves. As tecnologias em saúde podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são ferramentas que permitem o gerenciamento e a produção de relações entre o profissional-usuário, mediante a escuta, o interesse, a gestão como forma de orientar processos, a construção de vínculos, a confiança, tudo isso utilizado na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários. As leve-duras referem-se aos saberes profissionais bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia. As duras referem-se aos equipamentos, às máquinas, às normas e às estruturas organizacionais (MARQUES; LIMA, 2007, SOUZA *et al.*, 2014).

O trabalho em saúde realizado pelos profissionais na ESF deve buscar diretrizes ancoradas nas tecnologias leves, que desenvolvam a capacidade de acolher e resolver as necessidades apresentadas pela população.

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, é marcada por princípios e diretrizes que organizam o trabalho em saúde nos serviços.

Apresenta-se como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004).

Para operacionalizar essas ações, o acolhimento surge como uma importante diretriz com ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004). Assim, o acolhimento tem se mostrado, na ESF, uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da unidade (MEDEIROS *et al.*, 2010).

O acolhimento constitui-se como elemento norteador e deflagrador do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos (MALTA; MERHY, 2010).

Essa estratégia é entendida como uma pedagogia de inclusão, que exige dos profissionais de saúde o conhecimento sobre o processo saúde e doença, a capacitação sobre estratégias para ouvir, atender e acolher, a corresponsabilidade e o aprimoramento das relações interpessoais da equipe, promovendo a atividade profissional em conformidade com as necessidades dos indivíduos (MACEDO *et al.*, 2011).

Para o Ministério da Saúde:

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2008, p. 18).

O destaque para o vínculo ganha força a partir dessa estratégia de humanização presente no cotidiano de trabalho, que propicia, além do contato, uma relação de confiança, respeito e autonomia.

O vínculo garante ao usuário, mediante uma postura acolhedora, a segurança de expor seus problemas, como também faz com que seja responsável pela

produção de sua saúde. A finalidade da relação propiciada pelo vínculo entre usuário e profissionais da saúde está na possibilidade de mudanças de comportamento, as quais, pautadas nessa relação de confiança, venham a favorecer a corresponsabilização no cuidado em saúde (QUEIROZ; PENNA, 2011).

Segundo Ponce *et al.* (2011), o vínculo estabelece fortes laços interpessoais entre os profissionais de saúde e os usuários, por meio de relações de escuta, diálogo, respeito e humanização da assistência, promovendo a corresponsabilização pela saúde.

Santos *et al.* (2008, p. 465) afirmam, ainda, que o vínculo pode ser:

uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo, o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

Admite-se que as ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes. Elas edificam valores afetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitando às práticas tradicionais, curativas e preventivas ganharem uma nova dimensão, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo que orientou essas ações ao longo do tempo (SANTOS *et al.*, 2008; VIEGAS; PENNA, 2012).

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), 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, 2012).

Dessa maneira, ele aponta uma nova construção das relações e das práticas em saúde que fortaleça os laços criados e facilite a continuidade do cuidado e o seu plano terapêutico.

Segundo alguns autores, o vínculo possui três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Conforme a primeira, o profissional da saúde deve gostar de sua profissão, interessando-se pela pessoa do paciente, para, então, construir um vínculo com ele. Na segunda dimensão, a própria relação entre ambos, profissional e paciente, é vista como terapêutica, pois o paciente é considerado sujeito no processo de tratamento, e permite que se desenvolva o sentimento de confiança entre ele e o profissional. E, na terceira dimensão, a continuidade do

processo terapêutico é apontada como fortalecedora do vínculo e do mútuo sentimento de confiança entre profissional e paciente (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Para o vínculo, essas dimensões assumem importância na medida em que se materializam em práticas relacionais voltadas para a capacidade de acolher o usuário e estreitar laços de confiança, responsabilidade e estímulo à autonomia do sujeito. Ainda permite inferir que, no cotidiano de trabalho da ESF, essas dimensões poderão conjugar-se numa nova prática entre profissionais de saúde e usuários, de modo que se concretize a responsabilização e otimização tecnológica, que, efetivamente, impactam nos processos sociais de produção da saúde e doença.

Reafirma-se, ainda, que o vínculo, como uma tecnologia leve interacional, propiciará relações de cuidado com sucesso e o não abandono do processo terapêutico, uma vez em que usuário e profissional estarão envolvidos com zelo e responsabilidade mútua (SOUZA *et al.*, 2010).

Considerando a importância desse princípio para o cotidiano de trabalho da ESF, os resultados da pesquisa de Rezende (2015) apontam para o vínculo presente no discurso e na elaboração das políticas de saúde. Entretanto, isso não traz a garantia de ele ser construído no dia a dia, de forma contínua e duradoura, e de envolver relações saudáveis e construtivas para a qualidade da saúde.

Observa-se no cotidiano pouco comprometimento dos sujeitos com a efetivação desse princípio. Assim, espera-se que o vínculo rompa com os moldes vigentes de atenção à saúde, tornando-se a base das relações entre os sujeitos e suas implicações no cuidado cotidiano em saúde, valorizando a escuta, o diálogo e o respeito.



### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 Delineamento do Estudo

O método escolhido para compreender o vínculo foi um estudo de caso único, de abordagem qualitativa. A adoção da abordagem qualitativa como trajetória metodológica é coerente com o objeto de estudo, já que a complexidade que transpassa as construções e vivências sobre o vínculo no cotidiano de trabalho traz para o desenho desta pesquisa importantes contribuições.

A pesquisa qualitativa trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, captados a partir do olhar do pesquisador, isto é, um fragmento de uma complexa realidade (MINAYO, 2006; MARCONI; LAKATOS, 2011).

Para Minayo (2013, p.57), a abordagem qualitativa

é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Além de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, a pesquisa qualitativa propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos.

A fundamentação teórica definida foi a Sociologia Compreensiva do Cotidiano, defendida por Maffesoli, que vem ao encontro da temática do estudo, que transpassa a subjetividade e as vivências no cotidiano de trabalho em saúde. Segundo Maffesoli (1988), o cotidiano favorece o intersubjetivo, privilegia o potencial cognitivo de cada experiência na construção do todo e considera as diversas posições dos atores envolvidos na definição dos conceitos.

O estudo de caso apresentou-se como o caminho adequado para se buscar o objetivo traçado, pois trata-se de uma estratégia de pesquisa que investiga profunda e exaustivamente um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado entendimento (GIL, 2002). Reúne dados relevantes, por meio de uma coleta sistemática de informações sobre um evento, uma atividade, um conjunto de relações ou um processo social para melhor conhecer como são ou como agem em um contexto real (CHIZZOTTI, 2011).

Essa estratégia de pesquisa distingue-se das outras porque se centra no objeto de estudo como único e na compreensão da realidade estudada como

singular, complexa e historicamente situada, devendo ser apreendida e captada como realmente é, e não como gostaríamos que fosse (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso qualitativo permite analisar as relações causais

(...) entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção (MINAYO, 2006, p.164).

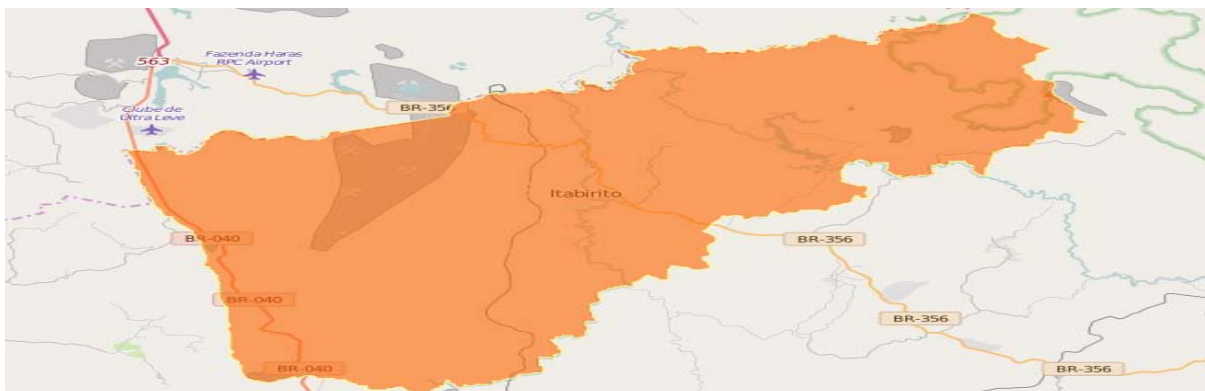
A utilização desse método fundamenta-se na compreensão de que o vínculo, a partir dos sujeitos envolvidos, será considerado com base nas individualidades e particularidades vividas no cotidiano de trabalho. Além disso, o método possibilita que o vínculo seja compreendido a partir do sistema público de saúde, selecionando a APS e, conseqüentemente, a ESF e seus respectivos trabalhadores e usuários.

### 3.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no cenário da APS, especificamente na ESF em Itabirito, município pertencente ao colar metropolitano de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O município de Itabirito está localizado na região central de Minas Gerais. Situada no Quadrilátero Ferrífero, a cidade situa-se entre a capital mineira, Belo Horizonte, e a cidade histórica de Ouro Preto, conforme mostra a Fig. 1. Ocupa uma área de 542,609km<sup>2</sup> onde vive uma população estimada, no ano de 2015, em 45.768 habitantes (IBGE, 2010). A maioria da população (43.566 habitantes) reside em área urbana, que apresenta densidade demográfica de 83,06 habitantes por km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,730, segundo o último censo (IBGE, 2010).

Figura 1 - Mapa representativo da localização de Itabirito.



Fonte: IBGE, 2010.

A organização do sistema de saúde baseia-se prioritariamente na APS. O município aderiu à ESF em 2006. Atualmente, conta com 12 equipes de saúde da família (cinco unidades de saúde na zona urbana e sete na zona rural), organizadas dentro desse modelo, com cobertura de aproximadamente 96,44% da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO, 2013).

A rede de atenção à saúde conta ainda com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Adulto e Infantil; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Centro de Especialidades Médicas (CEM); um Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS); um Centro Hiperdia (CH); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para urgências e emergências e um Hospital Municipal, além de outros serviços especializados (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO, 2013).

O cenário deste estudo foram duas equipes de SF, inseridas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), na área urbana do município. A escolha dessa unidade foi feita pelo gestor municipal, e as duas equipes têm seu quadro de profissionais completo.

A UAPS foi inaugurada há dois anos, quando ocorreu o processo de cadastramento da população pertencente às unidades antigas. Desde a sua abertura, novos processos de trabalho vêm sendo implantados e organizados, a fim de contribuir para o bom funcionamento da unidade e garantir à população cadastrada o acesso aos serviços. Sabe-se que a população cadastrada dessa unidade tem crescido cada vez mais, devido à boa estrutura física e à qualidade do atendimento, fazendo com que a população utilize mais o serviço público.

Tabela 1- Caracterização das Equipes Saúde da Família participantes do estudo em relação ao número total de usuários e famílias cadastradas.

<b>EQUIPES</b>	<b>TOTAL DE USUÁRIOS CADASTRADOS</b>	<b>TOTAL DE FAMÍLIAS CADASTRADAS</b>
ESF Centro I	3.138	948
ESF Centro II	2.965	791

Fonte: SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO, 2016).

### **3.3 Participantes da Pesquisa**

Os participantes deste estudo foram os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), gestores municipais da APS vinculados à Secretaria Municipal e usuários cadastrados na

área de abrangência de atuação da UAPS. Como critério de inclusão estabeleceu-se o quadro completo de profissionais das equipes básicas da ESF e usuários maiores de 18 anos. Cabe salientar que a maioria das categorias profissionais que compõem a ESF são vinculadas ao município por contratos temporários, sendo selecionadas por meio de processo seletivo.

O número dos participantes definidos, *a priori*, foi a totalidade de profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, perfazendo um total de dois médicos, dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e 14 ACS. Entretanto, dois destes estavam de licença médica no período da coleta de dados e outros dois recusaram-se a participar do estudo. Portanto, participaram dez ACS. Foram entrevistados, também, 12 usuários, estabelecidos de acordo com o critério de saturação das informações, que ocorre, segundo Minayo (2007), quando um número suficiente de dados é capaz de suscitar a reincidência das informações, sem desprezar conteúdos que possam ser significativos.

Os três gestores municipais foram considerados informantes-chave para a coleta de dados, tendo em vista a sua importância na relação com os trabalhadores e usuários do serviço. O informante-chave, no Estudo de Caso, “é uma pessoa capaz de fornecer informações em razão de características que garantem que ele possui conhecimentos particulares” (POUPART *et al.*, 2010, p. 271).

Dessa forma, o estudo totalizou 34 participantes, que foram identificados de forma alfanumérica, ou seja, consideraram-se as iniciais referentes às categorias profissionais seguidas do número, de acordo com a ordem da entrevista: MED1 e MED2 (médicos); ENF1 e ENF2 (enfermeiros); TEF1 a TEF5 (técnicos de enfermagem); ACS1 a ACS10 (agentes comunitários de saúde); GES1, GES2 e GES3 (gestores). Já os usuários foram identificados com a sigla USU, seguida de número.

Tabela 2 - Perfil dos gestores e profissionais de saúde envolvidos na pesquisa  
(Continua)

<b>Participante</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de atuação na APS/UAPS</b>
ACS1	Agente Comunitário de Saúde	34	Feminino	2 anos

ACS2	Agente Saúde	Comunitário	de 28	Feminino	1 ano e 11 meses
ACS3	Agente Saúde	Comunitário	de 53	Feminino	2 anos
ACS4	Agente Saúde	Comunitário	de 45	Feminino	2 anos
ACS5	Agente Saúde	Comunitário	de 41	Feminino	2 anos
ACS6	Agente Saúde	Comunitário	de 25	Feminino	1 ano e 4 meses
ACS7	Agente Saúde	Comunitário	de 31	Feminino	1 ano e 11 meses
ACS8	Agente Saúde	Comunitário	de 26	Feminino	1 ano e 11 meses
ACS9	Agente Saúde	Comunitário	de 22	Masculino	1 ano e 3 meses
ACS10	Agente Saúde	Comunitário	de 33	Masculino	1 ano e 4 meses
ENF1	Enfermeiro		41	Masculino	2 anos
ENF2	Enfermeiro		35	Feminino	2 anos
GES1	Gestor Municipal		35	Feminino	2 anos
GES2	Gestor Municipal		35	Feminino	5 anos e 7 meses
GES3	Gestor Municipal		35	Feminino	3 anos
MED1	Médico		32	Masculino	2 anos
MED2	Médico		37	Feminino	2 anos
TEF1	Técnico de Enfermagem		22	Feminino	1 ano e 11 meses
TEF2	Técnico de Enfermagem		54	Feminino	2 anos
TEF3	Técnico de Enfermagem		48	Feminino	1 ano e 7 meses

---

Tabela 2 - Perfil dos gestores e profissionais de saúde envolvidos na pesquisa (Conclusão)

<b>Participante</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de atuação na APS/UAPS</b>
TEF4	Técnico de Enfermagem	35	Feminino	2 anos
TEF5	Técnico de Enfermagem	42	Feminino	1 ano e 1 mês

Fonte: Dados da pesquisa. Itabirito, 2016.

Na TAB.3, o tempo de adscrição dos usuários à UAPS estudada é de dois anos, considerando-se a data de inauguração da unidade.

Tabela 3 - Perfil dos usuários envolvidos na pesquisa

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>
USU1	86	Masculino
USU2	51	Masculino
USU3	72	Feminino
USU4	71	Feminino
USU5	63	Feminino
USU6	63	Feminino
USU7	60	Feminino
USU8	55	Feminino
USU9	54	Feminino
USU10	52	Feminino
USU11	39	Feminino
USU12	36	Feminino

Fonte: Dados da pesquisa. Itabirito, 2016.

### 3.4 Técnica de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio da observação direta e de entrevista com roteiro semiestruturado, durante os meses de janeiro a março de 2016.

Segundo Gil (2009), a utilização de diversas técnicas de coleta de dados imprime a profundidade necessária ao Estudo de Caso e sua inserção em seu contexto.

A técnica de observação foi a escolhida por ser o vínculo um fenômeno que se expressa nas condutas e posturas dos profissionais em interação com os usuários do serviço, sendo o cenário de prática o local de sua captação.

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.

As técnicas observacionais são de grande valia, pois permitem visualizar o comportamento das pessoas, bem como suas relações e interações com os demais e, dessa forma, possibilitar melhor análise dos achados das entrevistas. Yin (2010) salienta que a evidência observacional é frequentemente útil para proporcionar informação adicional sobre o tópico estudado.

A fim de que o pesquisador pudesse adentrar as particularidades do cotidiano das equipes, as observações aconteceram nos ambientes da UAPS: médicos e enfermeiros foram observados no momento da recepção ao usuário; ACS e técnicos de enfermagem foram observados durante suas atividades rotineiras, e a atuação do gestor foi observada durante o gerenciamento dos processos de trabalho. As observações ocorreram durante cinco dias, em horários esporádicos, nos turnos da manhã e da tarde, sem comunicação prévia, para que a rotina da unidade não fosse alterada. Além disso, os dados foram registrados em diário de campo, denominados Notas de Observação (NO), pontuando impressões pessoais, resultados de conversas informais, comportamentos, gestos e expressões que diziam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 2013).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, de forma individual, com questões voltadas para o tema do vínculo e roteiros semiestruturados distintos para cada segmento de participantes (APÊNDICES A, B, C). Por intermédio delas, foi possível registrar momentos de silêncio, gestos e posturas que foram analisados juntamente com os discursos dos sujeitos.

No estudo de caso, a entrevista merece atenção especial, sendo descrita como “uma das mais importantes fontes de informações” (YIN, 2005, p. 116). Por meio dela, obtêm-se dados objetivos e, principalmente, subjetivos, sendo que os valores e as reflexões do sujeito são imprescindíveis para responder aos questionamentos do estudo (MINAYO, 2013).

A entrevista desenvolve-se em uma situação social de interação entre pesquisador e entrevistado, que interagem entre si, influenciada não apenas pelo uso da palavra, mas também por inflexões de voz, gestos, expressões faciais e manifestações no comportamento que acompanham a comunicação verbal (DENCKER, 2001). O principal interesse do investigador com o uso dessa técnica é conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos da sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos (MARCONI, LAKATOS, 2009).

### **3.5 Análise dos Dados**

Para tratamento dos dados adotou-se a técnica de análise do discurso, utilizando-se alguns elementos apresentados por Maingueneau (2006).

A análise do discurso (AD), como seu próprio nome indica, trata do discurso. Essa palavra, sendo etimologicamente analisada, traz a ideia de curso, de percurso, de movimento. O discurso é entendido como a palavra em movimento. A AD serve de mediação entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação é o que chamamos de discurso, que torna possível tanto o deslocamento quanto a permanência e a transformação do homem e da realidade em que ele vive. A AD não trabalha a língua como um sistema abstrato, mas como a língua no mundo, considerando a produção de sentidos como parte da vida (TEIXEIRA, 2005; CAVALCANTI, 2011).

A AD considera o homem na sua história. Leva em conta os processos e as condições de produção da linguagem, a partir relação da língua com os sujeitos que a falam e as situações em que produzem o dizer (CAVALCANTI, 2011).

Maingueneau (2005) afirma que o discurso é uma dispersão de textos cujo modo de inscrição histórica permite defini-lo como um espaço de regularidades enunciativas. Para esse autor, o discurso não opera sobre a realidade das coisas, mas sobre outros discursos, e todo enunciado de um discurso se constitui na relação polissêmica com outro discurso. O sujeito é um espaço cindido por discursos, e a língua um processo semântico e histórico.

Compreender o vínculo por meio dos discursos é assumir novos sentidos e significados na medida em que acontecem as relações entre os sujeitos que estão imersos em um determinado contexto social e histórico.



Quanto à análise linguística proposta por Maingueneau (2006), foram utilizadas a metáfora e a analogia como elementos capazes de evidenciar as condições de produção dos discursos, a apreensão dos sentidos e do cotidiano vivido pelos sujeitos. No primeiro momento, para a construção das categorias, foram feitas leituras sistemáticas dos discursos retratados nas entrevistas, até que se encontrassem pontos que convergiam ou divergiam, para constituírem as notas de reflexão. Em um segundo momento, o olhar do pesquisador esteve atento à linguagem não-dita associada às posturas, aos gestos, ao silêncio, ao choro, os quais deram novos sentidos à análise dos discursos. Por último, as informações obtidas por meio da observação direta e das entrevistas, registradas como nota de observação, foram consideradas no desenvolvimento das categorias.

Portanto, as categorias que emergiram foram produtos da integração e reflexão sobre os resultados obtidos pela análise do discurso e pela observação direta. Os dados observacionais estão identificados pelas iniciais NO, acrescidas de número de acordo com a realização da observação.

### **3.6 Aspectos Éticos**

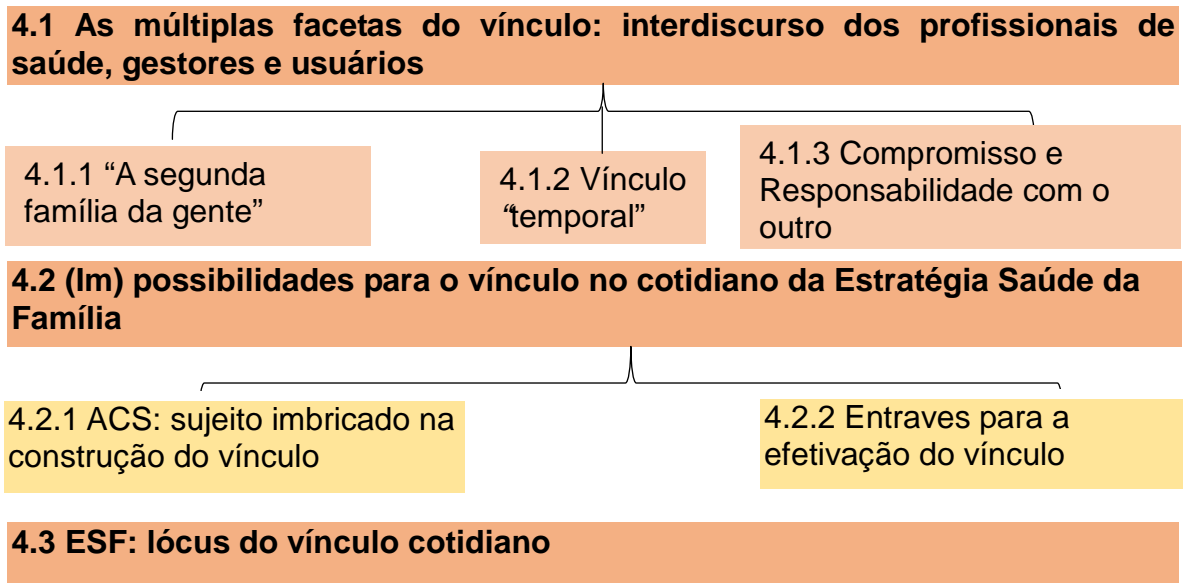
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, seguindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), constando no Parecer nº 364.249, junto com a Carta de Anuência assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Itabirito (ANEXO A).

Somente após a aprovação, a pesquisa foi iniciada, e os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES D, E, F). Cada participante foi informado que sua participação seria livre e sua desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo à sua pessoa, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos. Após o consentimento dos sujeitos, foi entregue uma cópia do TCLE. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. As fitas foram preservadas após o término da pesquisa e permanecerão guardadas por cinco anos, para então, serem destruídas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O vínculo em saúde, no âmbito da dimensão tecnológica relacional, deve buscar encontros pautados na postura acolhedora, na escuta e no diálogo, favorecendo a autonomia dos sujeitos no processo saúde-doença.

Os discursos aqui apresentados encontram-se fundados em três grandes categorias, sendo as duas primeiras divididas em subcategorias, conforme esquema abaixo:



### 4.1 As múltiplas facetas do vínculo: interdiscurso dos profissionais de saúde, gestores e usuários

Essa categoria apresenta três subcategorias denominadas: 1. “A segunda família da gente”; 2. Vínculo “temporal” e 3. Compromisso e Responsabilidade com o outro. Nelas são abordados tanto os diversos significados de vínculo, formulados pelos profissionais de saúde, gestores e usuários, quanto o que dizem acerca de sua prática profissional.

Para Charaudeau e Maingueneau (2008), todo discurso tem a propriedade de estar em relação multiforme com outros discursos, de entrar no interdiscurso. Sendo assim, nesta pesquisa, as análises foram fundamentadas nos discursos que interagem no cotidiano dos sujeitos, possibilitando novos sentidos sobre o vínculo na ESF.

#### 4.1.1 “A segunda família da gente”

O vínculo transpassa uma construção de convivência, proximidade, ligação, relação e afeto. As relações familiares assumem, por meio dos discursos dos profissionais e usuários, um lugar marcado por sentimentos de confiança, de relações sólidas e de ajuda mútua.

Vínculo pra mim, tipo assim, é família, a segunda família da gente, aí eu trato eles como se fossem realmente da minha família, né, porque a gente vê, assim, a necessidade do outro, né, é a necessidade da gente. Então vínculo pra mim é a segunda família, sim. Igual os pacientes, né, e toda a população, assim que eu atendo, essa é a segunda família. (ACS5)

É a aproximação, é, é assim, o carinho, então aquilo vai formando um vínculo, vai formando uma família, não sei, uma coisa mais, mais sólida com a gente, né? (risos) (USU6)

Vínculo? Pra mim é algo assim que liga um ao outro, não, assim, não importa o meio que liga de algum fato, liga, sabe, o paciente com o médico, com o agente de saúde, que vai cada um se tornar uma família, um único se torna uma família. Isso que pra mim é um vínculo. (ACS3)

Ah, o vínculo é uma...é, tipo, de uma família, né? Eu acho assim uma família, porque desde que eu tô sentindo mal, onde eu chego e sou bem tratada, é um vínculo da saúde com a minha família, então já é conhecido e tudo. (USU11)

A analogia empregada nos discursos é definida por Charaudeau e Maingueneau (2008) como a relação de semelhanças de qualquer natureza entre os elementos de uma língua. A analogia entre vínculo e as relações familiares remete aos laços afetivos e demonstra a importância desse princípio como base para a construção cotidiana de amizade, confiança e respeito e para a postura acolhedora na ESF.

Alguns fragmentos dos discursos reforçam essa ideia:

Acho que vínculo é a amizade, né? União que a gente possa ter. É a amizade que a gente possa fazer ali, com o pessoal que trabalha naquela área, né? (USU1)

O vínculo amor, um vínculo empregado, o vínculo é, é, é qualquer tipo de vínculo, ele tem que existir, ele é importante. Mas o primeiro vínculo tem que ser o amor. O primeiro vínculo tem que ser o amor. (USU2)

Ah, vínculo em saúde acho que é poder procurar ajudar o próximo, ajudar ele tanto fisicamente como emocionalmente, pra procura ajudar ele. Ah, sei lá, para uma melhor qualidade de vida. (ACS4)

O vínculo que eu imagino que seja a ligação, a saúde, aqui no caso, com os pacientes, com os profissionais de saúde que aqui atendem, né. Acho que

desde a recepção, as técnicas de enfermagem, o pessoal da limpeza, os enfermeiros, os médicos, né. Então eu acredito que vínculo é isso, né, essa ligação. (ENF1)

E esse vínculo, ele começa a partir do primeiro contato que é feito com o paciente, né? (...) Então vai criando aquela relação de confiança pra tá dando continuidade ao tratamento que o paciente precisa. (GES1)

Pra mim, o mais importante quando o paciente vem aqui, o usuário vem aqui, é isso, é receber, ser acolhido por toda a equipe. Então, assim, eu acho que sempre que...a coisa que eu mais afirmo é isso, quando ele chegou, ele tem que ser bem atendido também. Eu sempre cito o exemplo, assim, da minha casa, ele só vai voltar se for bem recebido. (MED2)

Os sentimentos apresentados pelos sujeitos ao vivenciarem o vínculo desvelam-se nas expressões de afeto e gestos de um em direção ao outro, descritos nos discursos.

Vincular-se é estar emocionalmente ligado a algo ou a alguém, sendo que a emoção qualifica esse vínculo onde quer que ele aconteça, ou seja, é a emoção que permeia e dá qualidade ao vínculo (GOULART; CHIARI, 2010).

Charaudeau e Maingueneau (2008) reforçam a ideia de que é impossível construir um objeto de discurso sem construir simultaneamente uma atitude emocional em relação a esse objeto. O *pathos* define-se como os vários sentimentos vividos nos discursos, que trazem à tona um sentido de transbordamento emocional nessa relação com o outro.

No encontro entre os sujeitos, o vínculo assume novas maneiras de concretizar-se a partir do sentimento que cada um carrega em relação a esse objeto, transformando as relações cotidianas em posturas mais acolhedoras.

No momento da observação, a existência de vínculo entre profissional e usuário pôde ser percebida na chegada deste à unidade, considerando a postura acolhedora apresentada por todos. A busca por determinado profissional, a receptividade ao usuário na entrada ao serviço, o uso dos nomes próprios, demonstraram proximidade e certa ligação entre os sujeitos envolvidos (NO1).

O vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional de modo a se estabelecerem relações de escuta, de diálogo e de respeito (BRUNELLO *et al.*, 2010).

A aproximação entre profissionais de saúde e usuários que se estabelece no cotidiano possibilita que as relações sejam continuamente construídas de maneira harmônica, favorecendo um bom acolhimento, uma boa escuta e a confiança no atendimento prestado.

Então, eu não tenho nada, a relação é muito boa. Pra mim, é a segunda casa, às vezes, eu me sinto muito bem aqui. Tem especialidade que eu uso até pra desabafar. Eu marco, marco mesmo, chega lá, eu não quero consultar não. Quero conversar. Eu sei que daqui não vai sair...vai ficar só aqui mesmo, entre quatro paredes. Pronto. A gente conversa é tudo. (USU10)

Ah, a minha relação é muito boa, eu tenho muita facilidade de conversar, tenho muita facilidade de entrosar com as pessoas e brinco muito então, a minha ida lá e convivência com o pessoal todo, além de eu tratá-los bem, eles também retribuem pra mim, então não tenho nada contra ninguém, entendeu? Gosto de todos eles, sempre fui muito bem atendida. (USU11)

Uai, aproxima porque é mais um laço, né? É mais uma amizade. Uma pessoa que a gente até considera praticamente da família. Porque no dia a dia que você vai convivendo, né? Se sente mais à vontade até de falar outras coisas, né? De... da própria... da saúde da gente. Perguntar alguma coisa... então eu acho que é por aí. Que a gente sente...a gente fica tão apegada às pessoas que vêm atender que a gente sente, né? Como se fosse da família mesmo, né? Da vontade de ajudar mais, assim, né? Compensá-los entendeu? Então isso aproxima. Sinal de aproximação, né?! (USU6)

Os discursos retratam que a relação pautada na escuta, na maneira de tratar, receber e atender produz a vinculação desses usuários com os profissionais. O vínculo se constitui para além dos setores físicos de uma unidade de saúde, nos chamados “extramuros” ou espaços informais, que são ambientes externos ao serviço de saúde, sendo permeados por encontros e contatos momentâneos que, no entanto, evidenciam novos formatos de vinculação.

Então o vínculo que eu tenho é esse. Naquele momento ali da triagem, não, não é nem da triagem, é a gente chegando pra trabalhar, um bom dia a gente acaba... eles acabam pegando a gente pelo braço pra fazer aquela pergunta, aí já começa a ter o vínculo, né? (TEF5)

Então a gente tem que pensar mais ou menos nesse tripé, você inserido naquele ambiente todo, não só dentro do consultório, consultório com o paciente, mas também no ambiente, que eu vou fazer visita domiciliar, o ambiente que eu vou avaliar a população, os profissionais que estão trabalhando comigo, a gente vai fazendo essa integração toda. Eu acho que vínculo tá baseado nesse tripé. (MED1)

Nas visitas domiciliares que a gente faz, né? Eu acompanho também eles. Os curativos que também a gente realiza então, né, assim, vai, vai se criando mesmo um vínculo, inclusive não só com o usuário, quanto também com os familiares, então aquilo ali vai fazendo com que eles tenham confiança nos profissionais, né, de se abrirem muitas vezes, não só naquilo que apresentam no momento, mas assim, tem outras coisas que aí você vai descobrindo, porque as vezes você tá tratando, vamos supor, de uma ferida, mas não é só a ferida ali em si, né? Tem mais coisas, então aquilo ali, quando você tá mais próximo, você tem condição de observar e passar. (TEF2)

Fica evidenciada, também, a importância do vínculo entre os próprios trabalhadores. Cada profissional da equipe desempenha um importante papel na construção desses espaços de vinculação. Todos podem e devem contribuir para que o vínculo seja fortalecido no cotidiano de trabalho.

O vínculo pressupõe 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).

Fica perceptível essa cooperação dentro da própria equipe, quando um dos agentes de saúde auxilia o outro profissional no desvelamento das condições de saúde daquele paciente, trazendo informações que contribuem para o cuidado do sujeito (NO3).

A integração, união e parceria da equipe visam a um projeto em comum em saúde, na busca de melhores condições de vida para o usuário, trazendo novos significados para a prática profissional.

Ficam ainda mais evidentes nas narrativas abaixo:

Ah, eu tenho a impressão que é assim, tipo uma união, não é não? Assim, um ajudando o outro, acho que é isso. E a turma vir pro lado ali, junto, acho que é isso, tipo uma união. Um ajudando o outro, né? Eu acho que é. Não sei se é isso, né? (risos) (USU7)

O vínculo vai ser uma parceria realizada entre os profissionais da área de saúde e aqueles usuários que buscam aquela unidade, né? (GES1)

Bom, eu acredito que seja mesmo o trabalho, primeiro o trabalho em equipe, né? (...) E eu acho que, assim, juntos a gente tem muito mais a oferecer para o usuário, né, do que sozinho. Então eu acredito que essa interação entre os profissionais ela é muito, ela é muito, assim, válida para cercar tudo que o usuário às vezes precisa, às vezes aquilo que vem ali na pré-consulta falando com a gente, a gente já dá um toque, olha fulano, né? Então assim, eu acho que isso vai fazendo a diferença. (TEF2)

Vínculo em saúde é você ter um bom relacionamento com a sua equipe, né, então acho que, assim, nós que estamos na gestão, você tem que conhecer, né, o perfil de cada profissional, né, pra poder você também criar um ambiente de vínculo, né, é... então assim, hoje eu posso dizer assim que eu conheço cada profissional, né, dentro do serviço, e a partir daí você consegue também fazer com que se crie também um vínculo com o serviço, né? Então eu acho que a gente tem que conhecer bem o serviço de saúde, né, pra poder a gente tá criando esse vínculo com os profissionais. Seria isso? (risos) (GES3)

Você também tem um vínculo com o sistema de saúde, você não consegue trabalhar sozinho, né, você precisa de uma equipe toda, integra-se à equipe, então você tem que ter um vínculo com a sua equipe, com os profissionais também que estão trabalhando, senão você não consegue. Não funciona, seu vínculo fica muito frágil. (MED1)

Reafirma-se que a integração e parceria expressas nos discursos remetem ao trabalho em equipe, que Peduzzi (2001) define como:

(...) o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 2001, p. 105).

A autora também estabelece uma tipologia do trabalho em equipe, postulando dois tipos básicos: a “equipe agrupamento”, na qual se apresenta justaposição de ações e agrupamento de agentes, e a “equipe integração”, em que se expressam articulação das ações e interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe colabora para o exercício da autonomia e construção de um projeto assistencial comum. Ele tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde (BRASIL, 2008).

É necessário que o vínculo permeie essas ações para que não aconteça a primazia do modelo de atenção desumanizado, fragmentado e centrado apenas na recuperação do aspecto biológico, dando lugar ao uso das tecnologias leves como peça fundamental para adquirir habilidades como a escuta e o diálogo.

A partir do momento em 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).

Essas habilidades podem ser aprimoradas para dar ao sujeito autonomia, responsabilização e participação no processo do cuidado.

Os caminhos apontados para o vínculo, por alguns entrevistados, foram o acolhimento, que gera a aproximação usuário-profissional, a organização dos serviços e a capacidade de resolução das demandas apresentadas pela comunidade. A Política de Humanização foi implantada quando da inauguração da

unidade de saúde do estudo, a qual vem se tornando referência para o município na prática do acolhimento (NO6).

Eu vejo aqui a ferramenta que nós temos, aqui, que comprova isso, é o acolhimento, né? Que a gente já tá há dois anos aqui na unidade e desde o início a gente já começou aqui com o acolhimento, então a gente vê que os pacientes vêm mesmo. E é legal que os pacientes já têm você como uma referência, aí eu sei que o bairro X, o enfermeiro é X, eu sei que o bairro Y o enfermeiro é Y. Então eles já vêm com os nossos nomes, né. Então quando a gente encontra eles na rua, esse é o enfermeiro da minha área, então a gente cria esse vínculo aqui com eles, né. Então, um exemplo que eu vejo assim bem forte, característico disso, é o acolhimento. (ENF1)

Então aí o que que acontece, o acolhimento é o começo de tudo pra qualquer coisa que ele vai fazer, ele primeiro tem que passar no acolhimento. E eu acho, assim, que melhora muito a dinâmica do trabalho porque, “ah eu tô sentindo uma dor”, às vezes o enfermeiro já dá mesmo a medicação, se não melhorar você volta, ou quero fazer um *check up*, já pede o exame, cê já evita de ficar ocupando a agenda. Então, aqui eu acho que funciona bem, melhora, agiliza, tanto pra gente quanto pra eles. E se for alguma coisa que é mais urgente, a gente mesmo já “tria” pra eles, já chama com mais rapidez, aqui funciona muito bem. (TEF1)

Eu acho que o maior, eu acho que a porta de entrada, digamos assim da unidade, né, eu acredito que também deva ser das outras unidades para o vínculo, é o acolhimento. (TEF4)

Ah, eu acho que o acolhimento, o acolhimento foi totalmente diferente assim, antigamente não tinha esse negócio de acolhimento. Antigamente você vinha marcava era agendamento, você ia direto pro médico e tudo. Hoje na parte de acolhimento, achei é... isso aproximou mais de enfermeiro, de técnico, com a base do acolhimento, né? Antigamente não existia isso. O acolhimento foi crucial pra tudo isso. (USU10)

A partir dos discursos, pode-se inferir a relevância do acolhimento e vínculo como diretrizes operacionais no cotidiano da APS que podem provocar mudanças organizacionais, otimizar as relações entre usuários e profissionais e resolver as demandas de saúde. O acolhimento pode ser utilizado como ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho. Pode ser entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde (GARUZI *et al.*, 2014).

A contração “né” (não é), empregada nos discursos, remete à reafirmação de uma ideia, ou seja, enfatiza uma afirmativa. Isso reforça que o acolhimento já está legitimado no discurso e no cotidiano de trabalho da ESF, funcionando como uma premissa fundamental para a garantia do vínculo.



Estudos sobre a temática do vínculo e do acesso, realizados pelo NUPCCES, demonstram que o acolhimento é uma estratégia potencial para a garantia de acesso aos serviços de saúde, quando o trabalhador assume uma postura acolhedora frente ao usuário que o procura, a qualquer momento. Reafirma-se, assim, a universalidade do acesso de forma inclusiva e ilimitada, desde a chegada do usuário, que deve ser atendido, escutado por qualquer trabalhador, o que confere certa aproximação com o serviço (REZENDE, 2013; BARBOSA, 2013; FARIA, 2014).

O acolhimento realizado está relacionado também ao acesso dos usuários, por ser considerado pelos profissionais como a “porta de entrada preferencial” do serviço e ser realizado com a qualidade, com o direcionamento da assistência, com a organização da demanda e com o suprimento das necessidades de saúde. Assim, pode-se dizer que o acolhimento possibilita uma aproximação entre os sujeitos, buscando promover acessibilidade aos serviços de saúde.

Aí aqui é muito mais fácil. É a facilidade. Acho que é a facilidade que a gente tem, a distância. (USU1)

A implantação do acolhimento no cotidiano em saúde da ESF, cenário deste estudo, teve como proposta a organização e a sistematização do trabalho da equipe de saúde. Há o reconhecimento da importância dessa diretriz tanto pela gestão quanto pelos profissionais de saúde que operacionalizam o acolhimento no dia a dia. Em contrapartida, inferem-se, a partir das narrativas, alguns obstáculos que dificultam a sua efetivação, havendo um distanciamento entre o discurso proposto de acolhimento e os modos de concretizá-lo no cotidiano.

Eu acredito que, assim, nós começamos e a nossa população era pequena, de repente foi um “bum”, assim, hoje nós estamos com quase 4.000 mil no PSF. E aí, você ficar, assim, humanamente falando, né, acolhimento integral e ainda ter que cuidar de agenda, reunião, essas coisas todas, eu acho que isso cansa no lado humano nosso, né. Então eu acho que isso aí, eu acho que é um dificultador. Por um lado, o acolhimento é muito bom, resolve muita coisa, mas eu acho que podia ser um pouco mais maleável. Eu acho que fica muito rígido, né, porque você tem ainda uma gama de coisas ainda pra poder fazer, né, igual assim o psicólogo, o médico mesmo tá ali dentro, ele recebeu o paciente atendeu e saiu. Pra gente não, a gente tá ali é fazendo o acolhimento, a gente tem reunião com o ACS, a gente tem algumas capacitações que a gente mesmo que tem que fazer, que são mais do que importantes, a gente tem a nossa agenda pra fazer, o médico quando encontra algum obstáculo ele recorre atrás de você, aqui dentro você tem que pular igual pipoca. Acredito que esse é um dificultador. (ENF1)

(...) Antes eu vou te falar o exemplo do acolhimento. A gente tem que acolher. Eu vou te falar que eu vim de uma realidade de um outro local que a gente atendia, o acolhimento, vamos supor a parte da manhã, ficava centrado, só no horário da manhã, e aí, à tarde, a gente acolhia aqueles que realmente tinha uma certa gravidade, mas focava totalmente na parte da manhã. E a gente já mantinha as agendas à tarde ali pra você dar sequência, porque você tem sua agenda programada (...). Vamos supor, se definir um número pra você atender ali, fica melhor. É diferente de você de 07h as 17h, você tá atendendo, e a demanda não é pequena, às vezes você atende 50 pessoas, mais a sua agenda, e no final do dia você já tá super cansada. E aí ainda tem que lançar produção e vai acumulando serviço pro outro dia, que as produções, às vezes, não dá pra você lançar no mesmo dia. Então eu acho que isso é um dificultador, eu acho que deveria definir um número de pessoas pra você atender ali dentro do acolhimento, fossem deixando em aberto os pacientes que chegarem com gravidades. Que atenderia do mesmo jeito, mas com um certo número delimitado ali. Facilitaria muito (...). Eu acho que o excesso, isso prejudica. (ENF2)

No entanto, por meio da análise dos discursos, percebem-se contradições em relação a essa lógica que traz à tona questões para discussão. Se, por um lado, o acolhimento organiza e direciona o trabalho cotidiano dos trabalhadores de saúde com um discurso posto pela Política Nacional de Humanização, de outro, apresenta entraves para sua efetivação, como a sobrecarga de trabalho, a coordenação dos processos de trabalho e da equipe, o cumprimento de metas, a participação em múltiplas reuniões e, ao mesmo tempo, atendimento às demandas programadas, que podem impactar na construção do vínculo com o usuário.

Os entraves encontrados para a operacionalização dessa diretriz reforçam, no cotidiano vivido, a complexidade do próprio trabalho e das relações (MAFFESOLI, 1988). Portanto, espera-se que, no cotidiano do trabalho em saúde, os desafios impulsionem outros modos de fazer, atribuindo novos sentidos ao vínculo.

Assim, puderam ser observadas, a partir do interdiscurso dos profissionais de saúde, gestores e usuários, novas expressões e olhares sobre o vínculo, no contexto da vivência e na maneira de cada um se inserir no cotidiano.

#### 4.1.2 Vínculo “temporal”

A palavra “temporal”, segundo o dicionário, significa aquilo que é temporário, que passa com o tempo, que é perecedouro (HOUAISS, 2009; CUNHA, 2003).

Metáforas são figuras de linguagem por meio das quais se designa um referente mediante a utilização de um signo diferente daquele que o designa correntemente (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2008). Um dos entrevistados usou uma metáfora para falar da necessidade do tempo para o fortalecimento do vínculo. Segundo ele, apenas com o passar do tempo é possível que os sujeitos

adquiram relações de confiança e se conheçam cada vez mais, criando um vínculo não só com o local, mas “um vínculo sempre temporal”. Outros entrevistados também se referiram à necessidade de haver tempo para se criar o vínculo.

Esse vínculo é construído ao longo do tempo, com o passar das consultas, o paciente vai pegando confiança, você vai acompanhando o paciente com o passar do tempo, então você tem esse vínculo com aquela família. Você tem também um vínculo com aquela microárea sua, em si, que tem suas peculiaridades, então você não consegue conhecer uma microárea da noite pro dia, então você precisa de um tempo pra conhecer, ver qual é a demanda dessa microárea, quais são as necessidades dessa microárea, pra gente conseguir traçar alguns planos de ação. Então você tem que ter o vínculo com o local também, um vínculo sempre temporal. (MED1)

Vínculo em saúde? A gente adquire com o tempo, né, a gente tem que chegar com calma, com paciência pra população te aceitar, pra população ter uma...te ver como uma pessoa que quer ajudar, não quer invadir a privacidade dela, aí eu acho que assim que cria um vínculo, né, de confiança, de respeito, o vínculo de educação também, que muita gente as vezes é mal educado e aí, depois, com o tempo que vem ser mais educada com a gente. (ACS6)

Vínculo em saúde pra mim ééé...isso é uma coisa, assim, que, no dia a dia, a gente acaba adquirindo, né, com o tempo. Quando eu comecei a trabalhar, assim, você vai conhecendo os pacientes, eles vão acostumando assim com você e tal, aí, né, você vai dando prosseguimento ao serviço, aí no final ele acaba meio que pegando assim uma confiança, assim em você, entendeu? (ACS7)

O vínculo pra mim é uma forma que vai sendo construída aos poucos, né, não é algo que na primeira vez que você sai, que você tá visitando, que você cria vínculo, é algo que vai sendo construído aos poucos, e as pessoas vão confiando em você aos poucos, que elas vão dando abertura, não são todas, mas tem aquelas que se abrem mais pra conversar e pra ouvir as explicações que a gente tem pra passar pra elas a respeito da unidade. Como que é o atendimento, quais os profissionais que atendem, então é aos poucos que isso vai acontecendo. (ACS9)

O tempo favorece a construção de uma relação mais próxima, em que o profissional tem a 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.

Viegas e Penna (2012) 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.

Para o gestor, o tempo também oportuniza conhecer melhor o perfil de cada profissional, possibilitando a geração de vínculos com o serviço.

Nós, que estamos na gestão, você tem que conhecer, né, o perfil de cada profissional, né, pra poder você também criar um ambiente de vínculo, né, então assim, hoje, com o tempo eu posso dizer, assim que eu conheço cada profissional, né, dentro do serviço, e a partir daí você consegue também fazer com que se crie também um vínculo com o serviço, né? Então eu acho que a gente tem que conhecer bem o serviço de saúde, né, pra poder a gente tá criando esse vínculo com os profissionais. (GES3)

Vê-se que o vínculo criado ao longo do tempo produz efeitos positivos para a relação do gestor com o trabalhador de saúde. O gestor conquista com o decorrer do tempo um conhecimento melhor sobre o seu trabalhador, além de identificar potencialidades que poderão ser aprimoradas.

Para Maffesoli (1984), o tempo é o instante presente, repetitivo, cíclico e mítico, que, na sua repetição, difere do tempo linear — do nascer, viver e morrer. É a forma com a qual o homem negocia e resiste, diariamente, diante de seu tempo limite. O vínculo é concebido sem que haja uma preocupação com a linearidade do tempo, e sim com o tempo cíclico, sendo este delimitado pela relação que será construída entre o trabalhador e o usuário.

Nota-se que, com o passar do tempo, o vínculo pode favorecer as boas relações e a convivência no trabalho da equipe.

Acho que o vínculo faz a convivência mais fácil; quando você já tem uma intimidade com a pessoa e já sabe como que é o trabalho dela, como que ela realiza o trabalho, fica mais fácil conviver, isso não tem tanto atrito. (TEF1)

Constata-se, com essa ideia, que o tempo se expressa como essencial para manter um bom relacionamento entre equipe e comunidade. Além disso, conhecer o outro implica a atenção que será dada e, conseqüentemente, o vínculo que será formado.

É uma relação muito tranquila, até porque é... bom já, como já tem um tempo que eu tô aqui, paciente idoso tem isso, cê tá sempre levando, né? Eu falo que eu não passo uma semana se eu não vou lá na unidade, eu tô indo na UPA, mas eu sempre tenho esse contato com todo mundo, com médico, com o enfermeiro então esse é... e é um atendimento, assim, eles já conhecem minha mãe, já tem esse... esse lado, como eu posso dizer: diferente. (USU12)

Reafirma-se, portanto, que o tempo é um aliado na construção do vínculo, pois se conhece melhor o usuário, o que torna o serviço uma referência quando alguma necessidade é afetada. Esse vínculo pode favorecer uma relação duradoura que seja capaz de produzir novos modos de fazer em saúde.

Para Haggerty *et al.* (2003), vínculo duradouro é sinônimo de uma relação terapêutica ou, ainda, de relação interpessoal contínua entre paciente e profissional, caracterizada por confiança e responsabilidade.

Pode-se perceber que o vínculo vai ficando mais forte na medida em que há uma relação contínua entre usuário e trabalhador. É no momento da observação, na consulta de enfermagem, que profissional e usuário demonstraram o vínculo que havia sido gerado, por meio da escuta atenta das demandas e também da corresponsabilização pelo cuidado. A escuta atenta é definida como a capacidade do profissional de dar a atenção ou o cuidado de que o outro precisa (NO4).

No discurso de um dos enfermeiros, a assistência prestada acontecerá de maneira mais efetiva a partir de vínculos alcançados pela forte ligação entre os sujeitos no decorrer do tempo, produzindo modos de corresponsabilidade ora mais impositivos, ora com maior grau de autonomia:

No decorrer que você vai criando mais ligação, não vou dizer intimidade, mais ligação com o paciente, acredito que você tenha mais abertura de dizer algumas outras coisas, ser mais duro, vamos assim dizer, na orientação...esse é vinculo de paciente e aí você consegue, com o passar do tempo, você consegue ser mais duro, sim. No caso da usuária, eu tive que ser um pouco mais duro em relação ao cuidado e ela foi, pelo amor ou pela dor, como dizem, né. E ela aceitou...Então eu acho que quando você toma essa liberdade maior, automaticamente o seu vínculo também cresce mais. Aí você consegue ser um pouco mais duro com o paciente. (ENF1)

Para cuidar é preciso estar implicado com o outro, estar próximo e atento às demandas que são apresentadas no momento do encontro entre os indivíduos.

Segundo Ballarin (2010), o ato de cuidar pressupõe do cuidador uma postura ativa que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade. O cuidado na constituição de vínculos presume atitude de responsabilização, expressa a partir da capacidade de trazer para si a função da resposta para determinada situação. É uma atitude de implicação que, no caso dos serviços de saúde, se evidencia através do fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território.

O trabalhador precisa utilizar novas estratégias para que o vínculo não se estabeleça apenas devido à dimensão do tempo, por meio de posturas e comportamentos que possibilitem o estreitamento dos laços. Acredita-se que não somente o tempo, mas a postura perante o outro é que poderá dizer se o vínculo foi formado ou não.

Isso é observado no discurso do profissional:

Então, eu acho que esses laços, assim, eles são reafirmados, não com o tempo, mas com a postura que você tem em relação tanto aos pacientes quanto a equipe, né, a questão da segurança. (MED2)

A maneira de se comportar do profissional faz a diferença no momento em que há o encontro entre os sujeitos. Caberá ao profissional decidir qual postura será tomada para que as ações de acolher e escutar não sejam prejudicadas.

Como é a postura do profissional no consultório, por exemplo, né? Seja médico, do enfermeiro. Como que o médico senta? É muito diferente, cê sentar aqui, fazer isso aqui, ó, encostar a cadeira pra trás (gesto) “e aí, o que que cê tá fazendo aqui?” Ou cê senta aqui, chega mais próximo do paciente “E aí, fulana de tal, que que tá acontecendo? Em que posso te ajudar?” ... Tô querendo saber o que que cê quer, que que cê tá sentindo, qual que é seu problema... é esse, então toma remédio... paciente não quer isso, a gente tem hoje... na forma como a gente gesticula, como a gente senta, como a gente olha pro paciente, e o vínculo começa aí, o acolhimento começa aí... isso é muito...isso é uma coisa importante também, a forma como você se comporta, fica, né, diante do paciente. Se você vai ficar diante do paciente e for uma redoma de vidro deste tamanho ou se você vai sentar ao lado do paciente e às vezes dar a mão pra ele, se precisar...isso faz diferença, faz diferença tanto no acolhimento e diretamente, é o vínculo também que cê vai criar com o paciente; isso faz muita diferença, e médicos têm muita dificuldade nisso, muita dificuldade. (MED1)

Em contrapartida ao discurso, nota-se que a maioria dos médicos que trabalham nos serviços de saúde assume cotidianamente posturas não inclusivas e menos participativas no processo do cuidado ao paciente. As dificuldades em vivenciar essa proximidade com o usuário, no momento em que ele busca o serviço de saúde, impedem que os laços se estreitem, e a autonomia fica prejudicada.

O vínculo pode não acontecer quando o paciente percebe que o profissional não o valoriza ou não ressignifica suas demandas do ponto de vista do seu saber. Muitas vezes o que se percebe são atos mecânicos e frios na assistência prestada, desqualificando assim a vinculação com o usuário.

Diante disso, para que o vínculo não seja enfraquecido, é necessário que, no momento do encontro, o profissional não se limite somente ao que foi dito, mas também às lacunas do discurso. É preciso que o profissional tenha percepção para trabalhar com esses silêncios. Além disso, para escutar é imprescindível conhecer quem se escuta, sobre o que fala e como fala, envolvendo o vínculo entre trabalhador e usuário (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Os autores supracitados reforçam a ideia de que é necessário conhecer o sujeito que fala, o que está atrelado no subjetivo do seu discurso para que o vínculo

aconteça. Assim, acredita-se que o tempo possa ajudar no desvelar o outro nas suas necessidades e também para a manutenção do vínculo.

No município em questão, a maioria dos profissionais da ESF exerce o trabalho por meio de contratos temporários, que podem comprometer o envolvimento dos sujeitos no caminho para o vínculo. A rotatividade do profissional pode favorecer a desconstrução do vínculo formado, como dito abaixo:

Eu acho que, nesse momento, o maior dificultador é essa expectativa da transição e a possível troca de profissionais, que vai dificultar a gente a avançar mais nessa discussão do vínculo, nessa discussão de organização de processo de trabalho, enfim, né. (GES2)

Outro dificultador é a rotatividade de funcionários, igual, agora, vai ter processo seletivo, vai mudar quase todo mundo, eu tenho certeza. Imagina mudar os funcionários todos, da noite pro dia aqui dentro...E os pacientes, o vínculo? (MED1)

De acordo com os resultados do estudo de Rezende (2015), a não rotatividade do profissional melhora as relações com os usuários, além de possibilitar maior contato, aprendizado, experiência e confiança.

Isso demonstra que a estabilidade profissional torna possível conhecer mais a realidade de cada indivíduo e família e atuar junto com eles.

O trabalho cotidiano dos profissionais pode ser ameaçado por esse impasse, uma vez que novas alterações no processo de trabalho e a rotatividade dos profissionais ocasionam o recomeço de todo um trabalho já realizado. Esse impasse é também reconhecido pelo gestor:

(...) você capacita o profissional pra que ele conheça todo o serviço de saúde do seu município, conheça a sua população, da sua área de abrangência, já sabe quem que é o Seu João, Dona Maria que tem hipertensão, que tava, né, descompensada e agora já tá controlada. Então, esse rodízio de profissionais é uma coisa que, hoje, infelizmente, é uma realidade dos PSF, né, então a gente, em particular na unidade, nós temos um médico, né, que tá mais tempo lá, então assim, ele tem um vínculo muito grande (...). Porque ele já conseguiu controlar aquele diabetes que tava assim, né, descompensado, aquela hipertensão, então, assim, a questão do vínculo é uma questão, assim, muito além da questão profissional, né, você cria uma ligação com aquela pessoa, uma responsabilidade com aquele indivíduo que eu acho que é fundamental. (GES3)

É, eu acho que é o paciente quando ele é, ele tá acostumado com o serviço e aí troca de pessoa, ou troca o jeito de fazer, vamos supor, foi difícil implantar o acolhimento e agora que ele tá aqui se a gente tira, aí eu acho que é mudança, entendeu? Mudar muito. É, tanto a equipe do PSF, até por que a base do PSF é essa, conhecer a sua população, e mudar a equipe e mudar a rotina... (TEF1)

Observa-se que lidar com a mudança nem sempre é um caminho fácil, já que a origem do que havia sido construído pode se perder com a rotatividade. Isso pode trazer consequências também para o usuário, que precisa recomeçar a colocar a sua história, a revelar-se, até poder, num determinado momento e mediante certos sinais, ter confiança, construir vínculo.

Alguns profissionais da unidade, no momento da observação, verbalizaram a apreensão de não pertencerem mais ao espaço da ESF, o que implicaria a não efetivação do vínculo junto à população (NO7).

Para Ribeiro (2005), os aspectos determinantes do desmanche das equipes acabam produzindo desligamento interior e desmotivação dos profissionais, já que a provisoriedade é a constante, o que requer sucessivos recomeços nas configurações do trabalho da equipe, leva à ruptura das relações com os usuários, repercutindo diretamente no estabelecimento do vínculo requerido.

Assim, a ESF, como cenário principal desse contexto, precisa recriar estratégias para que o vínculo não se desfaça e não se perca.

#### 4.1.3 Compromisso e Responsabilidade com o outro

O vínculo aponta para a possibilidade de o profissional ou o serviço de saúde tornarem-se referência para o usuário. Ser referência para o outro confere certa relação de compromisso, afinidade e responsabilidade.

Então, vínculo com a Equipe de Saúde da Família é isso, é você entender o que é que você pode aproveitar daquele serviço pra poder cuidar melhor da sua saúde e a partir daí você ter uma referência, né? Então, a referência da sua área de abrangência, quem que é seu enfermeiro da sua área de abrangência? Você tem que conhecer o seu enfermeiro. (GES3)

Mas a maioria dos pacientes já chega até você, te procura automaticamente ou então já te escolhe ali pra ser atendido, e é muito bom, né? Mas é essa questão de troca entre ééé... atendimento, e paciente vir te procurar mesmo. Os pacientes, eles já chegam, né, já sabem o consultório que a gente tá, já fala assim: "Eu quero ser atendido pelo enfermeiro", então assim você percebe que já tem essa afinidade com você e é questão de escolha mesmo, né? (ENF2)

Vamos supor, toda semana você vem atrás de um profissional x, então você já chega procurando ele. Aí você já acostuma, toda semana aquele mesmo profissional, por exemplo, tem o profissional que cuida da minha mãe, tem o profissional que cuida da minha filha, então a gente chega mais próximo deles, sim. (USU10)

O profissional de saúde, como referência para a comunidade, deve conquistar a confiança da população, que surge aliada ao reconhecimento do profissional como indivíduo que age a favor de sua saúde, fortalecendo a relação de vínculo.



Na sala de espera da unidade foi possível perceber que os usuários que chegavam para os atendimentos eletivos, e também os da demanda espontânea, já conheciam a equipe que prestaria o cuidado, utilizando-se do nome do profissional, alguns pelo número da equipe e também pelos consultórios em que cada profissional estava alocado. Observou-se, também, nos setores em que atuavam os profissionais de nível técnico, que os usuários faziam menção ao cuidado prestado e também ao nome do profissional que o assistia com maior frequência (NO5).

Isso é verbalizado no discurso do profissional:

Aqui na unidade eu vejo que é quando, no caso da equipe de Saúde da Família, eles têm uma referência, eles te procuram, eles não vão em qualquer pessoa e eles já vão já sabendo que eles vão conversar com a pessoa que provavelmente vai ajudar ele. E cada necessidade ele vai procurar um profissional, mas normalmente ele procura a pessoa que tá em contato com ele todos os dias.(TEF1)

Esse relato revela que a procura é pelo profissional que será capaz de ajudar a solucionar a demanda apresentada. Embora a necessidade seja diferente, o profissional que consegue garantir o contato, a proximidade, se tornará a referência para o cuidado.

Uma importante dimensão para o vínculo é a maneira pela qual o cuidado se realiza. O cuidado cotidiano extrapola o campo técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde. Ele se faz na concretude das relações interpessoais que se estabelecem no ato ou na atitude (VIEGAS; PENNA, 2015).

O cuidado terá sentido se o vínculo for utilizado como uma tecnologia capaz de garantir o envolvimento, a cooperação e a responsabilidade para o sucesso da manutenção ou do restabelecimento da saúde.

É, tipo assim... a partir do momento que eu conquisto a confiança daquele paciente. É, teve um paciente nosso, que veio a falecer, então assim, o que eu percebi é que ele era extremamente carente, ele começou a entrar em depressão porque ele aposentou. Eu acho que ele reaposentou. Eu acho que ele era aposentado, voltou, trabalhou mais um pouco, aí ele não teve como, ficou em casa. Com ele ficar em casa, acho que ele foi ficando meio ansioso, né? Porque a rotina também faz falta, né? E aí, ele pegava o carro, ia pra mercearia perto de casa e bebia, bebia, bebia, ia pra casa tomando remédio de diabetes, pressão. Fui procurar a mulher dele, conversei com ela, falei: "olha, tô notando que o seu esposo não tá..." Porque, por a gente morar no mesmo bairro, a gente vê mais ou menos a vida dos pacientes, tragédia e tudo. E um dia por acaso ele saiu da mercearia com o carro e ele tava dirigindo tão mal, que ele quase atropelou um senhor. E eu achei aquilo grave, né? Dirigindo e tal. Comentei com a mulher, eu vi nela assim... sabe quando a pessoa fala: " ah não quer fazer, pronto." Não insisti. "Ah não minha filha, tô cansada, já falei que não é pra ele fazer isso, ele faz, ele tá cansado de saber que ele não pode" aquele negócio, sabe? Assim... Aí tentei conversar com a filha. Falei "olha, tá acontecendo isso e isso, seu pai tá precisando de acompanhamento", conversei com o psicólogo, passei

para o enfermeiro, fizeram a visita domiciliar, chegou lá comprovaram que eu tava falando e tudo. (ACS10)

A formulação desse vínculo é importante para aproximar o cuidado do indivíduo e da família e fortalecer a segurança deles com o modo do cuidado prestado pelo profissional. Isto contribui para que o próprio indivíduo perceba e compreenda seu problema e sua necessidade de ajuda.

Para Ilha *et al.*, (2014, p.557):

O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias.

Assim, a prática do cuidado pode ser expressa por meio do interesse, da atenção e preocupação com o outro que, muitas vezes, encontra-se fragilizado e necessitado de cuidados.

Igual, diabéticos, hipertensos, a gente tem um caderno, né, que olha se tão vindo, se tão fazendo diariamente lá o controle, e tem uns que fica sem tomar remédio, aí não vem pegar receita, deixa aqui e não busca, aí a gente tem que levar pra eles, ficar ligando pra poder, né... Acompanhamento. (ACS2)

Então, assim eles já se sentem muito carentes e a gente vai lá com cuidado, pergunta, conversa, bate papo, que não seja pra fazer um curativo, que não seja pra fazer nada, só uma visita, já é assim, já ganharam o dia. Fica feliz o dia inteiro, então não tem preço isso. (...) eu tinha um caso, ah, ela era uma gracinha, muito...(choro), ah, desculpa. Nossa ela era uma gracinha, só que ela veio pro asilo e faleceu. Começou na segunda feira, então assim eu gostava muito dela, sabe!? Ela parecia muito minha avó, só que ela ficava sozinha, não tinha ninguém, não teve filhos, não teve...o marido morreu. Aí morava com o senhor que acolheu ela, que arrumou um cantinho pra ela, só que realmente não tava dando porque ele também tá idoso, aí eles decidiram levar ela pra lá, pro asilo. Ela ficou um tempo no asilo; no dia, por incrível que pareça, na segunda feira, eu falei dela, eu falei: "Nóó eu tenho que ir lá ver ela, tem que ir no asilo ver ela", ela faleceu na segunda-feira. (ACS6)

No momento da entrevista o ACS, ao relatar o caso acima, descreve, chorando, o sentimento de carinho e o cuidado que vinha prestando à idosa. O "choro" traz à tona o transbordamento emocional vivenciado pelo vínculo construído. A relação de cuidado estava pautada na escuta, no diálogo, no laço que foi estreitado a partir da convivência entre eles.

Maingueneau (2006) aponta para o *ethos*<sup>2</sup> como sendo, fundamentalmente, um processo interativo de influência sobre o outro. “Não resta dúvida que é isso que constitui o essencial da existência para cada pessoa; e que constitui o *ethos* que cimenta as diversas sociedades” (MAFFESOLI, 1996). Desse modo, para o cuidado é fundamental um processo de interação que permita a participação do sujeito no seu plano terapêutico.

A produção do cuidado na ESF pressupõe que, no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura à escuta qualificada; implica acolher o outro, propiciar espaço para o diálogo, o estabelecimento de vínculos e de laços de confiança (NERY, 2006).

Além disso, o vínculo entre a equipe de saúde demonstra-se por meio do cuidado exercido com o outro no cotidiano de trabalho, na tentativa de amenizar as fragilidades que o sujeito apresenta.

Com a equipe também, às vezes, o colega não desenvolve bem uma função, eu que sou meio atirada, às vezes, eu nem espero me chamar, às vezes eu mesmo vou lá, igual as meninas falam que eu sou craque em veia, por isso que eu colho sangue aqui, às vezes eu vejo que vai ter uma punção, eu já aproximo, porque às vezes perde tempo da colega sair daqui pra ir lá na frente me chamar, aí eu falo: “Oh fulano quer que eu pego a veia e coisa e tal?”. E cria vínculo, porque às vezes eu tenho fraqueza numa outra área que uma colega minha é melhor. (TEF3)

A palavra “craque” utilizada na narrativa refere-se, no campo da prática esportiva, àquele que é um profissional excelente no que faz. Ao analisar um time de futebol, os componentes da equipe têm objetivos comuns: marcar ou defender gols, vencer ou perder jogos e campeonatos; apresentam habilidades diferentes e complementares em prol de um objetivo comum. Dessa forma, o trabalho em equipe realizado na ESF conta com as mais diversas habilidades, buscando a qualidade no atendimento prestado.

A metáfora empregada – “craque em veia” – introduz no discurso a excelente capacidade do profissional, que também deve compartilhar seu conhecimento em prol de um bem comum, seja no processo de trabalho ou no atendimento ao usuário.

---

<sup>2</sup> Segundo Charaudeau e Maingueneau (2008) o *ethos* é um processo interativo de influência sobre o outro, fundamentalmente híbrido (sócio-discursiva), um comportamento socialmente avaliado, que não pode ser apreendido fora de uma situação de comunicação precisa, integrada ela mesma numa determinada conjuntura sócio-histórica.

A parceria subentendida na fala reforça a relevância do trabalho em equipe, como um time, que fomenta um modelo de atenção compartilhado e coletivo.

Uchôa *et al.* (2012) ressaltam que o trabalho em equipe possibilita a interação entre as pessoas, quebra a individualidade entre as especialidades, favorece a união e a troca de conhecimentos e possibilita estabelecer vínculos entre profissionais e usuários.

Ainda no tocante aos benefícios do trabalho em equipe, pode-se afirmar que ele proporciona um olhar integral, capaz de articular com outros saberes um plano comum de ações que favoreça o cuidado com o outro. Por isso, estabelecer vínculos no cotidiano de trabalho permite que as demandas não verbalizadas pelo paciente sejam reconhecidas pelo profissional, na busca de um trabalho interdisciplinar e de um atendimento integral.

Então essa proximidade é importante pra que haja essa troca e, até mesmo, de parceria de confiança, mesmo. Eu tenho um caso de uma paciente que eu já tinha vivência com ela um bom tempo e assim eu nem imaginava o que ela passava, e em certo momento ela começou a dar umas crises, umas coisas assim, aí ela começou a fazer o tratamento com o clínico, com o psicólogo; e, um certo dia, devido a esse contato que a gente tem e a afinidade mesmo e de vínculo, ela foi e comentou de situações vividas no íntimo dela já há vários, vários períodos atrás e que agora tava vindo na cabeça dela e onde que ela tava tendo esse problema e ela não contava de jeito nenhum. Ela não conseguia contar nem pro clínico e nem pro psicólogo, e aí ela me contou e, nisso, lógico eu falei com ela que não ia repassar, mas indiretamente eu passei pra psicóloga e ela fez a abordagem que eu não conseguia fazer ali. E aí ela tá tratando e aí ela manteve essa confiança comigo, mas indiretamente, eu consegui ajudar ela (...). Então passando pra ela, ela conseguiu entrar nesse interior dela pra ajudá-la (choro). (ENF2)

O choro, mais uma vez observado e relatado no discurso, traz à tona a relevância do vínculo para a produção do cuidado. Cuidar exige envolvimento capaz de integrar-se à vida do outro, dando novos sentidos à relação estabelecida.

O cuidado final produzido para uma pessoa, que deve ser integral, só acontece, de fato, se for fruto de uma ação interdisciplinar, de interação entre diferentes profissionais em momentos específicos da vida das pessoas (WALDOW, 2004). A concepção de cuidado interdisciplinar é remetida para a equipe, saindo do foco do trabalho individual. Para que o usuário seja entendido como um todo, é necessário que sobre ele sejam direcionados os olhares de profissionais diferentes (QUEIROZ, 2008).

Nessa lógica, a integralidade manifesta-se em uma rede de relações de confiança entre usuários e profissionais, que precisa do vínculo para se estabelecer.

(...) Ah, porque, tipo assim, eu falei confiança de novo, né, então, eles vão, sempre vai tá vindo aqui pra poder manter o vínculo disso, sempre vai ter um vínculo, porque vai ajudar no que eles precisam, né, e se encaminhando alguma coisa, porque tem uns que vai pro CAPS, né, tem vários lugares pra poder ir, mesmo que não seja aqui, né, aí é uma outra ajuda, né, vai vinculando todos os lugares que precisam, né, pra acolher eles. (ACS6)

Outra dimensão do vínculo é a possibilidade da construção de práticas longitudinais e integradas. Na APS, a longitudinalidade é empregada para significar o acompanhamento do paciente ao longo do tempo pelos profissionais da saúde (STARFIELD, 2002). Essa prática permite que o profissional exerça o cuidado de forma integral com um olhar apurado sobre as necessidades em saúde do sujeito.

Vamos voltar no caso depressivo, o paciente tá deprimido. Eu não preciso... ele me dá até, ele me dá indícios de que ele tem que fazer o uso de medicação. Mas não é só o medicamento, ele tem um problema familiar, uma dificuldade de relacionamento com a esposa, com o filho que é usuário de droga. E não adianta eu virar pra você e falar assim: "Olha, você precisa melhorar sua relação com seu filho." Mas, e a droga no meio? Então nós vamos ter que intervir no filho também. O que que tá acontecendo? Então assim, é muito mais complexo. É tudo muito interligadinho. Então, a gente não consegue fragmentar. E pra isso a gente tem que ter uma visão bem completa, que demora um tempo. (MED1)

Assim como a prática do cuidado, o vínculo é visto como um processo que se constrói cotidianamente, não dispensa ou ignora o papel da subjetividade, pois acontece também com envolvimento, encontro, ajuda, seguindo na direção da autonomia. O indivíduo precisa ser cuidado na sua totalidade, o que implica estar carregado de subjetividades que permitem, por meio do envolvimento e da escuta, o emprego de práticas mais humanitárias.

O tratamento na medicina, na saúde, não é coisa mecânica. É subjetivo. Precisa desse contato. O ser humano precisa desse contato pra se expor, pra se abrir. E pra gente tratar de uma maneira adequada. O paciente não é o problema, não é a doença. Ele é o ser. E pra isso tem muita coisa por trás que a gente tem que mexer...(MED1)

A noção de vínculo é fundamental para a mudança do modelo de atenção biologicista ou para modificar os padrões da relação profissionais de saúde-usuários. Esse modelo, por ser centrado na doença e privilegiar outras tecnologias, diminuiu o interesse pelo contexto do paciente e por sua subjetividade. Assim, o usuário não é percebido em sua integralidade. Suas queixas psicossociais, quando ouvidas, não são levadas em consideração. Além do mais, não se promove a autonomia do paciente, uma vez que não há a preocupação de esclarecer, ao sujeito do cuidado, as possibilidades terapêuticas. A princípio, a mudança de modelo assistencial

estabelecida nos marcos legais que regulam o SUS deveria levar à superação de tais características no âmbito da atenção primária (FERTONANI *et al.*, 2014).

Em face dessa problemática, a ESF precisa reestruturar o modelo assistencial, focado apenas na doença e no atendimento médico, para uma assistência mais preventiva e promocional. Mudar o modelo assistencial é imprescindível para o vínculo, pois assumir novas posturas pode favorecer a adoção de tecnologias em saúde pautadas na escuta.

De uma maneira geral, essa categoria permitiu conhecer diversas concepções acerca do vínculo, por meio do interdiscurso de profissionais de saúde, usuários e gestores no cotidiano da ESF. Esse vínculo concebido na dimensão relacional reveste-se de expressões emocionais, afetivas e comunicacionais, construídas a partir dos encontros cotidianos.

A categoria seguinte abordará alguns desafios para a efetivação do vínculo na Saúde da Família, apontando os entraves e as possibilidades de novos arranjos na construção desse princípio.

#### **4.2 (Im) possibilidades para o vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**

Conflitos e desafios fazem parte da convivência no cotidiano do trabalho em saúde e possibilitam que as potencialidades de cada um possam emergir (MAFFESOLI, 2001). Assim, o trabalho cotidiano abarca expressões paradoxais, antagônicas e heterogêneas, mas é essa realidade que serve de cimento ao estar-junto (MAFFESOLI, 1988).

Essa categoria está dividida em duas subcategorias chamadas de: 1. ACS: sujeito imbricado na construção do vínculo e 2. Entraves para a efetivação do vínculo. Elas remetem às possibilidades e dificuldades para a construção do vínculo vividas pelos usuários e profissionais de saúde no trabalho cotidiano.

##### **4.2.1 ACS: sujeito imbricado na construção do vínculo**

Alguns agentes comunitários de saúde, sujeitos deste estudo, atuam na unidade desde que foi inaugurada, há aproximadamente dois anos. Outros vieram de outras equipes que se juntaram a essa nova unidade, redividindo a área de

abrangência. Na ESF, o ACS é o profissional que pertence à comunidade, assume o papel de elo entre o serviço de saúde e a comunidade adscrita.

Os discursos dos profissionais corroboram essa ideia:

Eu penso assim, porque o agente de saúde é que.....por isso que a gente já fala "o agente de saúde comunitário", da comunidade, porque a pessoa que mora ali dentro do bairro conhece melhor os outros moradores, entendeu? (ACS3)

(...) o ACS, ele é a ponte que liga a UBS e o paciente, né, eu acho que o facilitador seria o próprio ACS mesmo, com o bom atendimento dele, né, com a dedicação, digamos assim, pelo gosto ali do serviço, ali pra ele tá sempre buscando o melhor pras pessoas, ali onde ele trabalha e pra ele mesmo também. (ACS7)

E tem o agente também...que eles, os olhos nossos são os agentes, então eles sabem de tudo que acontece no bairro, passa pra gente, aí a gente consegue seguir, né. O trabalho deles, assim, é fundamental. Cê fala "Oh, fulana não tá vindo vacinar, não tá trazendo o filho pra vacinar". Ele sabe se ela mora lá, se não mora, se é uma mãe difícil de lidar mesmo ou se aconteceu alguma coisa, se tá internado, viajou e vacinou em outro lugar, eles sabem de tudo. Às vezes não precisa nem de ir lá perguntar, eles já sabem, sabe? Os daqui pelo menos eles conhecem mesmo a área deles. Então, os nossos olhos lá dentro da região é eles, é o que eles falam, é o que eles trazem, porque tem gente que não procura a gente mas eles tão vendo, tem gente que as vezes tá com, sei lá, diabetes descompensado, mas tá dentro de casa e não fala nada. (TEF1)

Igual eu brinco com os ACS: "Olha, vocês são os meus olhos, e as minhas mãos". Aí eles falam: "Ah, doutor você tá rindo né"? Aí eu falo assim: "Gente, eu preciso de vocês. O paciente tá lá no bairro de vocês, que vocês conhecem melhor do que eu, que vocês convivem com ele todos os dias, são seus vizinhos. Vocês tão vendo o que tá acontecendo." (MED1)

O ACS torna-se, então, um articulador do trabalho da equipe, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer a comunidade onde vive e ter facilidade de acesso aos domicílios. Daí, a importância desse profissional na equipe e na formação do vínculo profissional-usuário (MONTEIRO *et al.*, 2009).

Segundo Kluthcovsky, Takayanagui (2006), o ACS representa o elo entre a equipe profissional e a comunidade, com um papel de tradutor do universo científico ao popular, atuando, também, como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde.

As falas anteriores demonstram a implicação desses sujeitos com a comunidade para o fortalecimento do vínculo, com uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, por meio de transmissão de informações e conhecimentos.

O ACS desempenha papéis que concomitantemente podem favorecer a prática do vínculo ou não. Percebe-se que ora ele é o morador da comunidade, uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, ora ele é o profissional da saúde, que aproxima o saber técnico da equipe de saúde ao saber popular.

Essas posições conferem-lhe o caráter híbrido e polifônico, inscrevem-no de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação (NUNES *et al.*, 2002).

Maingueneau (2006) traz a ideia de que o enunciador deve legitimar seu dizer: em seu discurso, ele se atribui uma posição institucional e marca sua relação a um saber. No entanto, ele não se manifesta somente como um papel e um estatuto, ele se deixa apreender também como uma voz e um corpo. O *ethos* compreendido pelo autor mantém-se na relação estreita com a noção de “apresentação de si”, ancorada em um arsenal de representações coletivas que determinam a apresentação de si e de sua eficácia em um determinado espaço (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2008).

A posição institucional do ACS delimita o papel exercido em sua prática profissional, todavia ele é o morador do território em que atua profissionalmente. O ACS mantém uma relação estreita e afetiva com esse lugar, pois é ali que o cotidiano se faz presente. No cotidiano, as posições assumidas pelo indivíduo no encontro relacional, muitas vezes, entrelaçam-se sem permitir qualquer distinção do papel exercido. Assim, o pertencimento ao espaço da comunidade gera, muitas vezes, dificuldades para a compreensão dos usuários no que tange ao limite de atuação como profissional dentro da sua área de abrangência.

Por um lado é negativo, igual as pessoas, elas confundem muito intimidade, né, aí tem gente que já tava na minha casa no horário de almoço, eu chegando pra almoçar, tinha gente lá em casa. Então, tipo assim, dia de sábado, domingo, esse é o lado ruim, as pessoas não sabem diferenciar o horário de trabalho, né (...). (ACS6)

A minha filha às vezes fica irritada porque muita gente vai na minha casa, fora do horário de trabalho. Geralmente sábado e domingo. Aí ela fica assim: “Oh mãe, só tá faltando você colocar uma placa lá. Atendimento de agente de saúde” (risos). Então, toca a campainha lá em casa ela: “Oh mãe, pode ir que é pra você” (risos). (...) Eu fico chateada. Às vezes eu tô lá num cochilo, né? Faço almoço, tomo minha cervejinha, dá aquele soninho gostoso. “Eu vim aqui que eu tinha exame, eu não sei como é que eu vou



fazer e tal". "Não, eu vou ver o que que eu posso fazer pra ajudar e tudo"(...). (ACS10)

Entretanto, o profissional reconhece que, nesses momentos em que os usuários recorrem ao ACS, quer pela proximidade física, quer pela confiança estabelecida, contribuem para o fortalecimento do vínculo.

Mas sabe o que que acontece, por mais que a gente não queira, não tem como você tratar a pessoa mal, sabe? É o contato, a pessoa tem aquela confiança. "Oh fulana, aconteceu isso e isso, como que você acha que eu faço?" "Pra onde que eu telefono?" Então eu não tenho como negar, sabe?". Então assim, a gente até (risos) sendo parteira, tá igual parteira de última hora, tá nascendo o menino ali, atende! Borá lá. No fundo eu acho bom, eu fico satisfeita. (ACS10)

Um ponto importante a ser discutido é o vínculo como um potencializador no trabalho do ACS, que se estabelece por meio da credibilidade, da confiança e da solidez. Constata-se que o ACS dispõe de tecnologias diferenciadas de escuta, conversas e observação, o que permite a ele maior aproximação com os usuários/comunidade, numa questão de identificação/aceitação de seus discursos (SANTOS, 2012).

O ACS dispõe de um recurso fundamental, parte do processo de trabalho, que permite essa aproximação da realidade vivida pelo usuário. Denominada visita domiciliar, é considerada uma estratégia fundamental no trabalho em saúde para a construção do vínculo. Permite ao profissional de saúde estar mais próximo do cotidiano das famílias, possibilitando-lhe conhecer, interpretar e vivenciar o meio onde elas vivem, identificando, assim, as necessidades evidenciadas pelos sujeitos (CRUZ; BOURGET, 2010).

Para Egry e Fonseca o domicílio:

(...) é o retrato do contexto em que as desigualdades sociais se apresentam como o grande determinante das condições de saúde-doença e que, em muitas vezes, são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos profissionais responsáveis pela atenção à saúde das famílias. (EGRY; FONSECA, 2000, p.236)

A visita domiciliar 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 estabelecidos pelos próprios moradores permite que o contato melhore e que novas portas se abram (REZENDE, 2015). Constitui-se ainda em um momento importante para a criação e/ou fortalecimento do vínculo, o bom atendimento, a otimização do acesso aos serviços e a eficiência do profissional para conhecer cada família. Ao realizar essa atividade e aproximar-se das famílias, o ACS destaca-se

dentre os demais profissionais da equipe (ECKERDT *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011).

O momento da visita representa uma possibilidade de ampliação de vínculos com os familiares, oportuniza uma atenção mais humanizada e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde das famílias.

Acho que é através da visita domiciliar, quando a gente vai lá e o paciente às vezes desabafa coisa que ele não fala com o médico e enfermeiro, coisas que ele acaba abrindo com a gente. Às vezes não é uma coisa de remédio, uma coisa assim, mas que eles vão, eles precisam tirar aquele peso sobre eles e, às vezes, fazendo isto, eles ficam bem. Isto aí é bom às vezes, um ouvir é muito melhor que um remédio, isto vai ajudar na saúde deles. (ACS4)

É, tô esquecendo de falar aqui da agente de saúde, que é no caso ela, ela é outra pessoa que é super atenciosa, vem, vem aqui entra, conversa com minha mãe, senta aqui à vontade, ela é uma que eu posso colocar aqui e é aqui vizinha, mora aqui na frente. É bom, é bom, e ela...e ela assim tem essa proximidade, ela era com meu pai, é com minha mãe pra marcação de exame, pra tudo que precisa ela chega na maior atenção, entra, conversa. (USU12)

O que eu falei, né, é passar confiança pra eles, né, sei lá, e ser educada, né, tratar bem, e explicar direito como é que funciona o PSF, né, pra eles vir consultando. É as visitas mesmo diárias, né. (ACS2)

O significado da palavra vizinho é “aquele que está a uma pequena distância; próximo; que mora ou se localiza perto” (HOUAISS, 2009; CUNHA, 2003). Na análise do discurso do usuário, pode-se inferir que o ACS exerce o papel social, aquele que faz parte do convívio social, da vizinhança, que, pela proximidade, preserva a boa relação. Dessa forma, ele é percebido como o sujeito do cuidado, o que promove a escuta e possibilita o olhar integral sobre o indivíduo.

A “socialidade”, termo concebido por Maffesoli (1984), reporta a essa forma de apresentar a vida social – entendida como as minúsculas situações da vida cotidiana –, que não pode ser enquadrada, não pode ser diminuída em teorias, mas que é mostrada nas mais diferentes formas possíveis. Para o autor, o sujeito deve estar atento aos pequenos “nadas” do cotidiano, que, aparentemente, não possuem importância, mas que têm valor em si próprios.

Atentar para os fatos da vida cotidiana é olhar para essa “socialidade”, vivida no presente, da qual não se consegue esgotar as riquezas, constituindo-se e sendo representada pelos sujeitos na trama social, um sujeito que, em grupo, como famílias e/ou associações, se utiliza de estratégias, de sabedoria adquirida para

sobreviver às imposições, muitas vezes dominadoras, que tentam alienar e explorar (MAFFESOLI, 1984).

Para o ACS, o cotidiano pode oportunizar novos modos de fazer do trabalho em saúde. Pode-se tornar o agente cuidador que se utiliza de ferramentas próprias do trabalho e do social para promover espaços de construção do vínculo.

O cenário domiciliar permite ao profissional cuidar de maneira a reconhecer a necessidade que o sujeito apresenta, podendo atuar antecipadamente na resolução das demandas.

Tem o rapaz que vai na casa pra poder ver em relação a exame, se tá tudo bem, às vezes, graças a Deus, tá tudo bem, a gente não precisa tá vindo com frequência, ele vai até a casa saber se tá tudo bem com o pessoal de casa, né? Que deu aquela sumida, se tá precisando de alguma coisa, alguma ajuda em relação a exame. É o agente comunitário. Se tá precisando de ajuda em casos de, matéria de exame, essas coisas. Às vezes a gente não tem como tá vindo marcar algum exame, tipo ginecológico, essas coisas assim, é só falar com ele que ele agenda pra gente. Então assim, uma proximidade excelente. (USU9)

Tem os ACS que traz a mensagem até os superiores deles, né, que são os enfermeiros, aí é aonde que chega a mensagem que alguém está precisando, aí é aonde que marca a visita no domicílio pra ir ver o que realmente tá acontecendo. Se realmente aquele usuário tá precisando daqui pra ir até eles. (TEF5)

Reconhecer e atuar na necessidade do outro é também criar vínculo com o sujeito. Para Cecílio (2009), uma das necessidades em saúde é o estabelecimento de vínculo, entendido por ele como uma relação contínua, pessoal e calorosa.

De acordo com Farão (2016, p.44), “o vínculo aparece como ponte primordial para que as necessidades de saúde sejam ouvidas, descobertas e supridas. Também, como ponte para que as necessidades de saúde saiam da invisibilidade. É fundamental para que as ações de cuidado sejam efetivas, pois, somente por meio do vínculo, o olhar profissional pode ir para além do corpo físico do usuário”.

Portanto, o cuidado e o vínculo entre profissionais e usuários podem ser construídos nos diferentes momentos em que o encontro dessas pessoas acontece, sendo a unidade de saúde e o domicílio os principais cenários. O ACS ganha destaque como sujeito privilegiado na adoção de práticas voltadas para o uso das tecnologias leves. É o “porta voz”, tanto a voz da equipe de saúde, como a voz do usuário que necessita ser cuidado, escutado e olhado com dignidade e atenção.

#### 4.2.2 Entraves para a efetivação do vínculo

Na ESF, a comunicação deve servir para direcionar informações e criar espaços de diálogos para o bom desenvolvimento das práticas assistenciais. Para tanto, uma comunicação adequada torna-se indispensável, pois, além de ser o principal meio de veiculação do processo informativo e educativo, constitui recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário à equipe e ao serviço.

Assim, para que a comunicação seja mais efetiva, orientar e informar o usuário deve ser o primeiro passo para o estabelecimento ou a manutenção do vínculo. Entretanto, o discurso demonstra que a falta de informação pode comprometer ou dificultar esse caminho:

Orientar. (...) Às vezes é falta de informação, a pessoa não sabe como que funciona. “Ah igual eu tenho que passar no acolhimento toda vez que eu vier aqui, por quê?” “O menino já sabe quem eu sou”. “Porque às vezes o que você vai passar aqui pra ele hoje, ele mesmo pode resolver, aí você nem precisa ir no médico. Agora se você quer ir no médico, é ele que vai marcar pra você, entendeu?” Eu acho que é falta de muita informação. E isso dificulta pro vínculo. (TEF3)

Bom, eu acho que às vezes falta um pouco de comunicação, às vezes a comunicação tem excesso para um lado e falta para outro. Eu acho que isto acontece às vezes, até bastante. (ACS4)

Sabe-se que o usuário “empoderado” de conhecimentos e informações acerca do seu processo saúde-doença e também dos serviços que lhe são ofertados assume uma maior responsabilização e participação na tomada de decisão. Por meio da comunicação eficaz é que o profissional de saúde poderá atender às necessidades de saúde do indivíduo. O estabelecimento de um vínculo com os seus usuários é decorrente dessa comunicação. O próprio conhecimento e as percepções do usuário acerca de sua saúde devem ser levados em consideração para que a criação desse vínculo seja efetiva (SANTOS *et al.*, 2014).

Para a autora, a comunicação deve ser trabalhada entre todos os atores envolvidos, de forma franca e objetiva, visando à criação de vínculos por meio de uma escuta empática, tendo como objeto final um atendimento resolutivo para o usuário (CORIOLANO-MARINUS, 2012).

A comunicação, quando não ocorre de maneira adequada entre os próprios trabalhadores de saúde, pode prejudicar a resolução das necessidades de saúde do usuário e inviabilizar melhores condições sanitárias.

A falta de comunicação, a comunicação muito difícil, questão agora do *Aedes Aegypti*, tá (...) Você vai lá e fala assim “Casa tal tá desse jeito, desse jeito, lotada de foco de dengue, a gente fala, aí o paciente: “Você já

falou?” Já. “Você já avisou?” Já. (...) então a falta de comunicação entre os outros setores também, sabe, acho que falta muita, muita falta de comunicação. (ACS6)

No discurso apresentado aparecem alguns obstáculos que permeiam as inter-relações, tal como o trabalho cotidiano que é desenvolvido entre esses sujeitos no cenário da ESF. Os problemas nos serviços de saúde são frequentes, e o uso de tecnologias leves, incluindo o vínculo, a escuta e linguagem adequadas possibilitam o diálogo e a negociação de acordo com as possibilidades existentes (STARFIELD, 2002; VIEGAS; PENNA, 2012; FARIA, 2014; ROCHA, 2014).

Ainda nessa lógica, alguns entraves mostram-se presentes na interlocução dos profissionais de saúde:

A falta de informação, é, tipo assim, a gente tem uma hierarquia, né? Então, o secretário recebe lá do Ministério da Saúde, fala: “Vai implantar tal coisa, assim, assim”. Então ele vai reunir com o nível central, o nível central vai passar e vai chegar na gente. Só que chega em determinado lugar, determinada pessoa, aquela informação para ali. Não sei por quê, ela para ali (...). (ACS10)

É primordial que a informação funcione como uma rede comunicacional em que os sujeitos envolvidos possam transmitir com clareza a mensagem que foi dada. Essa rede comunicacional alimenta-se do comprometimento na transmissão da informação, de maneira a garantir que o trabalho desenvolvido não seja interrompido.

No trabalho cotidiano, a linguagem deve ser única. Todos em sintonia, na mesma direção, para que o usuário se sinta acolhido e cuidado nas necessidades que se fizerem presentes.

Se a pessoa ligar aqui, a fala tem que ser a mesma (ACS10)

A gente tinha que falar a mesma língua (...) Porque se você fala uma palavra, fala uma coisa que não é numa unidade e outro vai em uma unidade que fala outra coisa, eu quebrei o vínculo, não tem confiança mais não, ué. (GES2)

Percebe-se que os sujeitos entendem por “falar a mesma língua” a sintonia e a clareza das informações a serem prestadas ao indivíduo. Evidencia-se, ainda, para que o vínculo obtenha sucesso, que a mesma informação deve ser mantida em qualquer espaço que circule para garantir a confiança no trabalho prestado.

A palavra informação faz alusão ao conjunto de conhecimentos sobre alguém ou alguma coisa. Assim, ela deve estar presente desde o momento da chegada do usuário ao serviço, tornando-o participativo em seu processo de cuidado para possibilitar sujeitos mais autônomos.

E informação, a pessoa chegou, a senhora chegou agora, já tá quase na hora, a senhora vai sentar um pouquinho, descansar pra olhar a pressão, porque pode dá alterada e isso, e informação. Um bom dia, o cumprimento que não pode faltar e informação. (TEF3)

O vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que leva os sujeitos ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e co-autorais.

Segundo Santos *et al.* (2008), é papel do trabalhador da saúde agenciar e potencializar o coeficiente de autonomia dos distintos sujeitos, individuais e coletivos, para possibilitar que as condições de vida saudáveis sejam sustentáveis e perenes.

Para trabalhar em prol dessas condições, necessita-se de uma nova postura como cidadãos e profissionais de saúde; de compromisso orgânico; de envolvimento com a dinâmica do cuidado em saúde. Os profissionais precisam ser capazes de alimentar práticas centradas no sujeito, e o serviço deve ser organizado de forma a estabelecer vínculos.

Há a necessidade de fortalecer o vínculo, mesmo diante de dificuldades, como o aumento da demanda de usuários, a escassez de recursos, o processo de trabalho desestruturado e a sobrecarga de trabalho para o profissional. Isso tem implicação direta na qualidade do trabalho prestado e, conseqüentemente, no vínculo construído.

Então, como o fluxo tá aumentando muito, então, assim, cada dia tá mais difícil você dar essa atenção. Igual na pré-consulta, às vezes você tá pesando uma pessoa, a outra chega no balcão falando com você, o enfermeiro tá te pedindo outra coisa, então, assim esse fluxo aumentou muito. Então, assim, fica mais difícil às vezes você dar uma atenção. A gente tenta, tipo assim a pessoa chegou, você vai conversar, você vai explicar, você vai passar coisa e tal, mas, assim, devido ao aumento, o fluxo tá aumentando, então isso tá mais difícil, então, assim, quando tá bem mais distribuído dá pra você dar mais atenção. (TEF3)

Já tão com sobrecarga aí de pacientes, né, então ainda as equipes ainda com número grande de... com número muito alto de pacientes, de população, eu acho que isso é um dificultador. (GES2)

Assim, as tarefas que cabem à gente é muitas (...). Porque tem várias tarefas ao mesmo tempo, então eu acho que o excesso de funções, eu acho que dificulta. (ENF2)

Então, assim, buscar o máximo que a gente pode tentar dentro das tarefas que a gente tem, que são inúmeras que a atenção básica, o PSF, as

peças acham que são... são mais de vinte programas que são responsáveis. (GES2)

Nota-se que as múltiplas funções dos profissionais, as tarefas da ESF e o aumento da população adscrita podem impedir, no momento do encontro entre profissional e usuário, uma abordagem voltada para a escuta e atenção.

Na ESF, a qualidade do trabalho está ancorada em diversas práticas, que incluem a adoção do modelo assistencial voltado para a dimensão promocional, apoio institucional, comunicação efetiva, ações integrais coletivas e a utilização de ferramentas tecnológicas em saúde (AYACH *et al.*, 2014). Porém, observam-se entraves que impedem que o trabalho seja executado nesses moldes:

Porque, “ah não, você tem que ter número de atendimentos”. Não é assim que a equipe de saúde da família funciona, o tratamento não é só individual, é coletivo (...). Orientar é tratamento, é prevenir doenças também. (MED1)

No discurso, reconhece-se a importância da prática profissional direcionada às ações integrais, como um caminho para cuidar da saúde, e não da doença. Para isso, é necessário que a equipe ofereça atividades que vão além das consultas curativas e individuais e passem a adotar ações coletivas e promocionais.

Na UAPS em estudo, as ações coletivas são ofertadas por meio dos grupos operativos. Eles acontecem nos espaços da unidade e também nos equipamentos sociais da comunidade. A dificuldade de manutenção dos grupos passa pelos desafios na mudança do modelo assistencial, reforçado nas práticas profissionais e sustentados por grande parte da população (NO8).

O sistema público de saúde de Itabirito está organizado em uma rede de atenção que garante uma gama de serviços e oferta de ações nos diversos níveis de atenção para facilitar o processo de trabalho dos profissionais. Na ESF, os profissionais apontam que esses serviços ofertados viabilizam uma sincronia no trabalho.

Os discursos mostram que:

Então a gente consegue trabalhar, entendeu? Você não fica agarrado, eu não consigo tratar porque não tem um resultado de exame ou não consigo fazer. Não, aqui funciona mesmo. Desde o acolhimento até as consultas de especialidades, isso funciona. (TEF1)

O município viabilizar a questão dos pedidos, tem um centro de especialidade, HIPERDIA, ou seja tudo funcionando de forma muito sincrônica, não tem como dar errado, né. (MED2)

Infere-se que ter recursos disponíveis para o bom funcionamento do serviço pode garantir melhores condições de trabalho para o profissional, bem como para o usuário ter acesso as diversas formas de tratamento.

Em contrapartida, a acessibilidade do usuário ao recurso disponibilizado pode sofrer com a oferta insuficiente perante a demanda apresentada, como se vê a seguir:

É, tem dificuldade, tô com uma menina que mora aqui nessa rua, na minha rua, aqui perto, ela tá com um problema no joelho, tá pra fazer uma cirurgia e até hoje nada. (USU11)

Eu fico bastante chateada é quando eu vejo que as coisas tá demorando sabe, um exame, uma consulta, e a gente também passa por isso né. (...). Isso dificulta muito. Que a gente tá lá todo dia e aí a paciente fica “Ah, fulano já saiu, já saiu? E a gente fica lá. “Ainda não, ainda não”. E é chato, né, e a gente vê que a pessoa tá realmente precisando, sofrendo, que ela tá esperando aquilo e tá demorando cada vez mais. (ACS5)

A dificuldade do acesso nem sempre está na barreira física ou geográfica. Algumas vezes há um empecilho para o usufruto de um recurso. Por isso, o desenho macro-organizacional de um serviço implica tanto o empenho dos profissionais de saúde, quanto apoio e suporte da gestão.

Complementando, a SF mostra-se como uma estratégia capaz de resolver os problemas de saúde dos usuários, entretanto, não soluciona as necessidades.

Os discursos reforçam essa ideia:

Primeira coisa é que eles sabem que resolvem o problema, é o que eles falam, “eu chego lá e resolve”. (MED2)

Porque é mais fácil, porque qualquer dia que vier, vai ser consultado né, se tiver cheio, aí vai agendar, aí faz o acompanhamento, né, não deixa a pessoa sem consultar, né, e marca tudo, tipo assim prevenção, né, marca... Mesmo os exames, demoram lá, mas aqui marca, encaminha. Não fica sem a ajuda. Consegue. (ACS2)

Infere-se, nos discursos, que o fato de o profissional resolver o problema não significa dizer que a necessidade tenha sido sanada. O uso da contração “né” na narrativa reafirma, mais uma vez, que as demandas serão supridas. Vale ressaltar que, para que o profissional consiga realizar a tradução da demanda por necessidade, ele precisa operar por tecnologias leves, como a escuta e o vínculo para atuar de maneira resolutiva.

Dessa forma, Medeiros *et al.* (2010) relatam que a resolutividade tem sido sinônimo de solução de problemas na própria UBS, pois, quando o usuário busca



assistência, espera respostas concretas para suas demandas e ações efetivas que tragam benefícios e satisfaçam suas necessidades.

A busca do usuário para resolver seus problemas de saúde traspassa a lógica de assistência médico-centrada, que ainda vigora nos serviços de saúde. A visão centrada no atendimento médico desconstrói a proposta de que a ESF trabalhe de forma multiprofissional. A procura pela ESF se dá pela busca do profissional médico.

Pelo profissional médico, eu falo pelo meu PSF, porque o profissional médico principalmente, porque ele é ótimo. (ACS6)

Pela qualidade do atendimento dos médicos, que é muito bom, né? Então, acho que é isso (...) o médico te atende muito bem, o profissional te passa medicamento, você toma, imediatamente tá bom, melhorou. Então, acho que é isto. (USU 5).

Contra-pondo-se a isso, profissionais de saúde reconhecem que a procura do usuário pela figura do médico está atrelada ao aspecto cultural determinado pela história de construção do Sistema Único de Saúde, desvalorizando os outros saberes no processo do cuidado. Entende-se que a prática exercida na ESF é determinada não só por questões organizacionais, mas depende do meio social e cultural em que se vive. Maffesoli (1996), nas discussões sobre o cotidiano, diz que o cultural faz parte do vivido e que esse entendimento é essencial para entender a “socialidade”.

O profissional é aquele que tenta fazer um novo modelo, mas refere-se às dificuldades encontradas em relação à cultura das pessoas:

Acho que o atendimento médico é muito...Como é que eu vou falar? Infelizmente, a população enxerga como tratamento..., como tratamento de uma doença, só o médico. Infelizmente, eles não conseguem enxergar que o enfermeiro cuida, técnico de enfermagem cuida, farmacêutico cuida, até a menina da regulação ali tá cuidando, liberando exame. Eles não têm essa visão. É bem cultural, direcionar tudo ao médico em si. Às vezes é coisa que até a própria enfermeira podia tentar. Mas eles não querem nem saber (...). Mas culturalmente centrou-se muito na imagem do médico. Ele tinha que ter sido centrado na imagem de equipe de saúde. (MED1)

Porque eu tento mudar dos pacientes aquela visão de que o PSF é um caminho para os médicos. (MED2)

O modelo médico-centrado enraizado na comunidade ainda remete os sujeitos à procura do serviço apenas para cuidados do corpo doente. Muitas vezes, esses cuidados estão atrelados apenas ao quesito biológico. Trata-se a doença e inverte-se a lógica do modelo assistencial proposto pela ESF.

Em geral... muitos, realmente, é por doença mesmo, por questão de saúde mesmo, digo assim uns 50% realmente buscam porque às vezes é hipertenso, diabético, ou que tá com um problema no ouvido. (GES 1)

Então eu acho que a população procura o serviço de saúde da família é, quando ele vincula, quando ele realmente precisa, na grande maioria das vezes é quando ele realmente precisa, ele tá com algum problema (...). (GES3)

Mas os que vêm aqui é porque eles estão precisando mesmo (...), pra ver algum problema que tá acontecendo de doença, pra tá procurando aqui. Porque, assim, tá precisando, né, de um atendimento, né, de fazer algum tipo de exame pra ver o que que tá acontecendo, eles vêm mais por isso, pra tá fazendo um diagnóstico de alguma coisa que eles estão sentindo, mas que eles não sabem do que que é. (ACS9)

Uai, primeiramente porque é necessário. Se tem uma pessoa doente na casa da gente a gente vai procurar uma unidade de saúde, né? (...) É, com certeza, primeiramente é isso, né? Passou mal a gente procura primeiro a unidade de saúde, que é onde a gente tem aquela certeza que ali que você vai ser bem atendido já. (USU6)

Implantar um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade do atendimento às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS, e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro. Por integralidade entende-se a integração de ações para a construção do cuidado, que deve associar ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras, independentemente do nível assistencial (MATTOS, 2004; QUEIROZ, 2008). Manter um olhar integral sobre o sujeito, identificar as suas necessidades além das biológicas, requer esforços cotidianos implicados no cuidado em saúde.

A gente esbarra mas não chega ao centro do problema, né? (...) Olha, o paciente é uma árvore de problemas. Ele chega aqui, ele te conta uma coisa só. Mas e o resto, o que que tem por trás? Quais são os galhos, os ramos dessa árvore? O que que aconteceu por trás pra chegar a esse ponto? O paciente é sempre uma árvore. Você tem a doença, que é o tronco, que ele tá ali te mostrando, mas você tem um monte de galhos ali, de folhas que tão contribuindo pra chegar naquele local, e se não tratar lá em cima também, não adianta, vai voltar, não vai ter uma resposta efetiva, adequada. Então é mais ou menos isso que a gente acaba fazendo. (MED1)

A metáfora utilizada para descrever o cuidado na sua integralidade faz menção à visão holística sobre o sujeito, ou seja, procura compreender o indivíduo na sua totalidade e globalidade. Tudo está interligado, dependente um do outro no processo do cuidado. Deve-se tratar não somente o tronco, que é o corpo físico, mas o que está externo a ele, na dimensão social, psicológica, que interfere na árvore de problemas, o sujeito. Assim, os profissionais conseguem apreender o modo de vida da comunidade e trabalhar cuidados em saúde reconhecendo a vida social (MAFFESOLI, 1984).

Para uma ação integral, o vínculo precisa ser estabelecido entre os sujeitos, pois cuidar implica uma relação de autonomia, corresponsabilização e atenção. Por isso, ambos se dão no cenário da ESF, um lugar marcado pelos encontros relacionais pautados na escuta, acolhida, confiança.

O vínculo criado entre profissionais e usuários é fundamental por trazer realmente mudanças nas formas de organizar os serviços, por parte dos profissionais, usuários e gestores. Dessa forma, priorizar as tecnologias em saúde que impactam na humanização da assistência permite reconhecer o vínculo nesse espaço.

A vida social concretiza-se na dimensão do coletivo, em que as diferenças se complementam e formam a base de toda a estrutura social por meio das interações (MAFFESOLI, 1984). Assim, são essas adversidades que poderão construir um novo fazer na ESF, permitindo reflexões acerca das interações entre os sujeitos e os seus impactos sobre o cotidiano de trabalho.

A ESF encontra-se atrelada por diversas concepções e ações que buscam a criação de vínculos, a integralidade da assistência e a resolução das necessidades de saúde. Considerada como a principal porta de entrada nos serviços de saúde, deve proporcionar o estreitamento das relações na busca da garantia de vínculos fortes e duradouros.

#### **4.3 ESF: lócus do vínculo cotidiano**

O termo lócus retoma a ideia de lugar e cena, espaço de interação dos sentimentos, das relações com o outro e com o próprio contexto (MAINGUENEAU, 1997). Assim, o vínculo é construído nesse lugar, espaço físico, território, e apresenta-se permeado por uma diversidade de sentidos a partir do cotidiano vivido pelo sujeito para a formação do vínculo.

A ESF, importante estratégia de mudança do modelo assistencial e de reorganização da atenção primária, tem fortalecido a inserção de diretrizes operacionais voltadas para a territorialização, criação de vínculo e proximidade com as reais necessidades da população. Além disso, atua com ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, prevenção de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade (SISSON *et al.*, 2011).

Tem-se em suas bases o princípio da territorialização, que define os sujeitos pertencentes àquela unidade de saúde. Trabalha, ainda, com a noção de área, dividindo-se em microáreas para delimitar o espaço de atuação dos profissionais. Assim, nos discursos analisados, o pertencimento a esse “lugar” se dá por meio do território ou do espaço físico mais próximo do usuário.

É a unidade, porque é onde eu pertenço, né? Aonde eu pertenço, é o meu bairro (...) então é aqui que eu preciso, é aqui que eu venho, é aqui que eu pertenço... (USU2)

De território, é porque aqui pertence. Físico, né? É o que tá locado aqui. (ENF1)

Primeiro porque elas pertencem à área de abrangência, a área descrita. (MED1)

Procura a unidade, aquela unidade, porque aquela unidade é a referência para o seu território que ele está vinculado (GES2)

Bom, primeiro porque as pessoas, os bairros são divididos, né, cada bairro pertence a uma unidade. (ACS8)

Pertencer a esse espaço também remete à ideia de ser referência como porta de entrada para o serviço, do primeiro contato na busca pela saúde.

Eu acho que elas procuram a unidade, primeiro porque aqui é referência, né. (TEF2)

Eu acho que é porque é o centro de referência deles, né? (ACS 1)

A SF pauta-se como porta de entrada ao serviço de saúde, ou atenção no primeiro contato, ou seja, quando a população e os profissionais identificam esse serviço como o recurso a ser primeiramente buscado em caso de alguma necessidade ou problema de saúde (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Essa estratégia tem como objetivo principal a humanização da assistência e a qualidade do atendimento, além de propor aos profissionais um desempenho resolutivo e integrado às características específicas das famílias e comunidades da área de abrangência.

Atender de forma resolutiva refere-se à capacidade de o profissional ou o serviço responder às necessidades de saúde da população, mesmo que seja necessário encaminhá-lo a outras unidades ou serviços. Além disso, pode ser avaliada por duas vertentes: dentro do próprio serviço, quando se refere à sua capacidade de atender, referenciar e encaminhar os casos, quando necessário, para determinar ali a necessidade de saúde do indivíduo; e dentro do sistema de saúde,

quando o usuário inicia sua assistência na Atenção Primária e seu problema é solucionado somente em outro nível de atenção (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Nos discursos, a resolutividade na ESF é percebida e contribui para a consolidação do vínculo cotidiano, estabelecido por boas práticas, vividas nos encontros entre os sujeitos. A atenção, a escuta e os laços afetivos são primordiais nesse contexto.

E tem o carinho também da gente. Então, eu acho que é isso, a pessoa vem atrás dessa atenção, né, “ah eu fui lá e me deu remédio”, “Nóó menina, eu fui lá e a menina me deu o remédio, conversou comigo, nossa eu saí de lá tão bem, entendeu” Eu acho que é isso que vale a pena, é isso que cria esse vínculo aí. (TEF3)

Então cria esse vinculo mesmo, é isso é o PSF, você criar esse vinculo, né. (ENF1)

É a forma como você trata. A forma como você cuida. É a maneira como você mostra pro paciente que você tá preocupado com ele. (MED1)

No momento da observação, em uma consulta de enfermagem, o paciente relata que é a unidade de saúde o lugar que ele encontra para desabafar e ser ouvido. Ali ele não tem pressa, nem precisa ter receio do que vai ser dito, já que ele confia no profissional que o assiste (NO6). Os sentidos de vínculo formado entre os sujeitos remetem ao zelo, dedicação e atenção. 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, atenção e respeito, o profissional pode ser reconhecido pelo que faz tanto pelos usuários quanto pela equipe.

Olha, eu vou te falar o que os pacientes me falam, que é mais carinhosa, que é mais atenciosa, isso é o que eles me falam e assim a gente tem a população que já é adscrita da unidade, né. Mas o meu atendimento em si, eles falam que é devido à atenção que eu dou, que eu te falo que não é eu que tô falando, é eles que me falam, e os outros funcionários também comentam, né, questão de atenção mesmo. O vínculo, é eu acho que o vínculo ajuda muito. Mas, assim, é questão mesmo de confiança que eles já têm na gente. (...) É complicado, nas horas que eles falam assim: “Nó, mas eu te escolhi ao invés do pediatra”. “Não, mas eu sou enfermeira só, e você vai no pediatra que ele vai olhar o que que é e o que que precisa pra criança e tal”. Mas você vê a confiança que eles depositam em você, então assim você, de qualquer forma, é uma troca, né. Essa questão é até reconhecimento, que às vezes a gente não espera, mas pega a gente de

surpresa (...) Então você percebe que tem aqueles que querem que você atenda, então é questão de vínculo mesmo. (ENF2)

O reconhecimento do trabalho revela-se como uma gratificação para o profissional, ao sentir a valorização da prática pelo vínculo alcançado. Dessa forma, gostar do que faz tem uma relação direta com realizar as atividades com zelo e prazer. O profissional insatisfeito pode demonstrar 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 (REZENDE, 2015).

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

O profissional demonstra que, para estar na ESF, é preciso gostar do que faz, como também gostar do local de trabalho.

Então eu tenho que gostar do que eu faço porque se não for gostando, você faz....ah, aí não tem jeito não. É um peso que você carrega. (TEF2)

Eu acho que se pegar isso mesmo com gosto, tá no PSF porque gosta, então eu acho que tem tudo pra dar certo. Eu gosto do PSF, eu tô no PSF porque eu gosto, então se você faz o que você gosta, você acredita, tem tudo pra dar certo. (ENF1)

E perfil, porque eu amo PSF, gosto do trabalho coletivo, gosto de conhecer gente, contato (...) por isso que eu falei é diferente, né, o PSF, quem trabalha tem que gostar. (MED2)

E o gosto também do trabalho, né, porque, acima de tudo, você tem que gostar de fazer aquilo que você tá fazendo. (ACS7)

Assim, a ESF pode construir, a partir de sujeitos imbricados com o seu fazer, novos caminhos que levem à formação de vínculos mais fortes e promissores.

Dessa forma, espera-se que o vínculo se concretize no cotidiano, em todos os lugares onde acontece o encontro do trabalhador de saúde com o usuário, possibilitando criar novos saberes, novas práticas, tecendo um fazer em saúde sustentado em princípios do SUS e que sejam capazes de proporcionar cuidado de qualidade, eficaz e resolutivo.

Para tanto, faz-se necessário o modo de pensar e agir do profissional de saúde e também do gestor, que tenham como intenção apreender as necessidades de saúde da população para articular ações relevantes e possíveis no que se refere

à resolutividade das práticas. Há uma necessidade preeminente de que os profissionais na ESF desenvolvam uma aguçada sensibilidade e comprometimento com aquilo que fazem.

O cotidiano ainda se encontra marcado por formas de trabalho bem diferentes, e a maneira como as relações estão sendo preservadas deve ser avaliada. Cabe a cada sujeito envolvido na prática do cuidado caminhar para a diminuição dos obstáculos prejudiciais à formação do vínculo.

Para se chegar ao vínculo duradouro, que ainda é um desafio, é preciso mudar a prática profissional, adotar tecnologias em saúde pautadas no vínculo e romper com o modelo assistencial vigente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem qualitativa desta pesquisa possibilitou a compreensão e a discussão do cotidiano relacionado às condições que o vínculo apresenta na prática profissional na ESF. Para isso, a utilização das técnicas de observação e entrevista permitiu a aproximação a esse objeto tão complexo no cotidiano das equipes.

O estudo sobre o vínculo ressalta a sua constituição como uma tecnologia leve essencial e um importante potencializador no trabalho cotidiano da ESF.

A análise do discurso permitiu-nos aprofundar nas relações cotidianas, valorizando os ruídos, silêncios, gestos e emoções presentes nos discursos dos sujeitos. Ter dado ênfase a esses ruídos possibilitou o estabelecimento de uma rica discussão, levando em consideração o cotidiano vivido marcado pelas interações e transformações no tempo presente, defendido pela Sociologia Compreensiva.

Os resultados da pesquisa, baseados nos discursos de profissionais de saúde, gestores e usuários, evidenciaram a presença de vínculo na realidade pesquisada, apesar de existirem obstáculos para a sua construção e efetivação. Aponta, ainda, a ESF como um lugar ideal para a formação do vínculo cotidiano.

As múltiplas concepções e significados atribuídos ao objeto de estudo foram analisadas a partir das narrativas dos participantes. Percebe-se que gestores, profissionais, usuários compreendem o vínculo de maneiras diferentes, mas com sentidos muito próximos, a partir das relações estabelecidas no cotidiano. O vínculo ressalta a relação de afeto e de sentimentos vividos entre os sujeitos no cotidiano, estabelecidos ao longo do tempo, conduzindo à autonomia dos sujeitos no processo saúde-doença.

Observa-se neste estudo que o vínculo está ancorado em diretrizes políticas importantes para a sua sustentação na prática profissional. O acolhimento, entendido como uma diretriz operacional, é capaz de provocar mudanças organizacionais, otimizar as relações entre os sujeitos e resolver demandas de saúde. Acolher de forma humanizada significa muito mais do que tratar bem os pacientes. Essa acolhida pressupõe respeito, interesse e responsabilização pelos problemas/necessidades. O Acolhimento funciona como um instrumento facilitador do processo de trabalho, pois permite operar no âmbito das tecnologias leves.

As tecnologias leves no trabalho cotidiano atuam nas relações entre profissional e usuário mediante a escuta, a formação de vínculos e a confiança.



Essas relações pressupõem a responsabilização, o reforço do vínculo, o compromisso do profissional/equipe de saúde com o usuário, na produção de sujeitos autônomos.

Uma dimensão apresentada sobre o vínculo mostra as possibilidades de concretude na prática profissional. O profissional ACS surge como um mediador dessa relação para o vínculo, utilizando-se de ferramentas próprias do processo de trabalho para efetivá-lo. No entanto, enfrenta desafios no trabalho cotidiano que dificultam a sua ação. O distanciamento do vínculo da prática profissional apresenta-se com alguns entraves: falhas no processo comunicacional, inversão do modelo assistencial e oferta insuficiente dos recursos em saúde. Existe uma tentativa da equipe da ESF de formar o vínculo na sua plenitude, apesar de, no cotidiano, essas situações demonstrarem a sua impossibilidade. Ressalte-se que essas questões comprometem as práticas no que concerne à formação do princípio do vínculo.

A Estratégia de Saúde da Família reafirma-se com a premissa de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e mudança do modelo à saúde vigente no País, alterando o paradigma centrado nas doenças para o da promoção de saúde, prevenção dos agravos e reabilitação, o que sugere novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação com os usuários. Participar de uma equipe de Saúde da Família significa se responsabilizar por uma determinada população e acompanhá-la ao longo do tempo, por todo o seu percurso de vida, o que traz aos trabalhadores desafios para a prática profissional.

As equipes de saúde da família passam a desempenhar uma função que vai além daquela tradicional resposta profissional às necessidades de saúde e começam a desenvolver ação contínua, personalizada e ativa, com base no estabelecimento de vínculo e relação de compromisso e corresponsabilização com a população, dando ênfase à atenção integral. Essa perspectiva faz com que a família seja o foco da atenção, percebida e analisada a partir do ambiente em que vive e onde se desenvolve a busca por melhores condições de vida. Trabalhar nesse espaço rompe os muros das unidades de saúde e adentra a intimidade do espaço onde as pessoas vivem, se relacionam e trabalham, o que representa um grande desafio aos profissionais.

Apesar disso, na realidade dos serviços de saúde, o que se tem visto é a ESF com foco na doença, exclusividade no atendimento médico e resolutividade dos problemas relacionados a ela como meta primordial do trabalho em saúde. A

reorganização dessa prática precisará desconstruir processos enraizados há anos, forjando profissionais com novas posturas e olhares para o exercício da sua prática. O pertencimento a esse lugar tem sido relacionado à territorialização, adscrição e referência local. Isso não garante que o vínculo tenha sido formado, apenas legitima o espaço garantido por lei. O que irá garantir a manutenção desse sujeito é a forma como ele será acolhido, ouvido e atendido em suas demandas.

A realidade local do município apontada nesta pesquisa apresenta certa regularidade, como tantos outros municípios brasileiros, de forma que uma das potencialidades deste estudo é a possibilidade de que os sujeitos de outros contextos encontrem similitudes nos resultados apresentados e nas análises realizadas.

A realização deste estudo possibilitou a compreensão da construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Itabirito e também reflexões acerca da prática cotidiana para a formação de vínculos mais fortes e duradouros. Contudo, é importante ressaltar que os resultados apresentados não são passíveis de generalização, uma vez que constituem partes da experiência de vida dos sujeitos entrevistados, naquele momento em que participaram da pesquisa.

Considerando as limitações deste estudo, torna-se necessário aprofundar essa análise em cada uma das categorias evidenciadas, com vistas a melhor compreender o vínculo também em outros níveis de atenção no sistema de saúde no Brasil. Abre-se caminho, também, para novos trabalhos que analisem o vínculo na APS e em outros cenários e contextos que possam enriquecer a discussão acerca desta temática.

## REFERÊNCIAS

AYACH, C. *et al.* Saúde bucal na USF: os desafios do cumprimento de metas Oral health in USF: the challenges of achieving goals. **J Health Sci Inst.**, v.32, n.3, p.253-9, 2014.

BALLARIN, M. L. G. S., CARVALHO, F. B.; FERIGATO S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 218-224, 2009.

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

BARBOSA, S. P. **Acesso na Atenção Primária à Saúde em municípios de uma região de Minas Gerais**. 2013. 134f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://.senado.gov.br/sf/legislação/const/>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.164 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. 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.bvsms.saude.gov.br](http://www.bvsms.saude.gov.br)>. Acesso em: 25 jan.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, seção 1, nº 204, 24 de outubro de 2011, p. 48-55.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.110p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/coep/temas.html>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino *et al* . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010 .

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008.

CAVALCANTI, T. M. C. **Análise do discurso de adultos diagnosticados como gogos em três cidades do interior do estado de Pernambuco**. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2011.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch de León Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 545-555, 2009.

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

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. **Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto da Estratégia Saúde da Família**. 2012. 225f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

CRUZ, M.M.; BOURGET, M.M.M, A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010.

CUNHA, A. G. da. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

DENCKER, A. F. M. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. São Paulo: Editora Futura, 2001. 190p.

ECKERDT, N. S. *et al*. 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, v.18, n.1, p.45-59, 2008.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

FARÃO, E. M.D. **Necessidade de Saúde**: uma teorização fundamentada em vivências de profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2016. 83f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

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.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O; SATO, C.A; ROCHA, S.A; SPAGNUOLO, R.S; Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo. Atlas: 2002.

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.

GOULART, B. N. G; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão**. Ciênc. saúde coletiva, 2010, vol.15, n.1, p.255-268.

HOUAISS, Antônio. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HAGGERTY, J. L.; REID, R. J.; FREEMAN, G. K.; STARFIELD, B. H.; ADAIR, C. E.; McKENDRY, R. Continuity care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 3, n. 27, p. 1219-26, 2003.

ILHA, S. *et al.* Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 1057-1065, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2010. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 16 mai. 2016.

KLUTHCOVSKY, G. C.; MAGROSSO, A. C.; TAKAYANAGUI, A. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 543-551, 2006.

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

MACEDO, Carolina Alves *et al.* **Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários**. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. 457-462, 2011.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984,167p.

\_\_\_\_\_. **O conhecimento comum**. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294p.

\_\_\_\_\_. **No fundo das aparências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 350 p.

\_\_\_\_\_. **A conquista do presente**. Natal, RN: Argos, 2001.

MAINGUENEAU, D. **Novas Tendências em Análise do Discurso**. 3. ed. Campinas: SP, 1997.

\_\_\_\_\_. **Termos-chave da análise do discurso**. Belo horizonte: UFMG, 2006.

\_\_\_\_\_. **Gênese dos discursos**. Trad. Sírio Possenti. Curitiba: Criar, 2005.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sept. 2010.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009

\_\_\_\_\_. **Metodologia científica**. 5. ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas dos usuários de um serviço de emergência sobre o acolhimento do sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007 .

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004.

MEDEIROS, F. A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-4013, 2010.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15 (supl.1): p.1521-31, 2010.

MELO, R.J. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde**: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde. 209p. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária á Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, p.762-768, out./dez. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006. 393p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 407 p.

\_\_\_\_\_. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 81-109.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009. 80p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

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**, v.43, n.2, p.358-6, 2009.

NERY, A. A. **Necessidades de Saúde na Estratégia de Saúde da Família**, no município de Jequié – BA. 2006. 153 p. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, Sept. 2013

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, fev. 2001.

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**, v.15, n.36, p.185-98, 2011.

PONCE, Maria Amélia Zanon *et al.* Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 5, p. 1222 1229, out. 2011 .

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis. Vozes, 2010. p.464

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO. **Plano Municipal de Saúde de Itabirito**: 2014 – 2017. Itabirito, 2013.

QUEIROZ, E. S. **Atenção em Saúde: a construção cotidiana da integralidade no Município de Catas Altas – MG.** 2008. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

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

REZENDE, V. A. **(In) Possibilidades de acesso á atenção á saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.** 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

REZENDE, G.P. **Vínculo na Estratégia Saúde da Família na perspectiva de usuários e profissionais de saúde.** 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

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. *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.3, p.464-70, 2008.

SANTOS, T.V.C. **Acesso aos serviços de saúde: perspectiva de profissionais e usuários (Doutorado em Enfermagem)** - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2012.

SANTOS, L.N.M. *et. al.*, Relações interpessoais na Estratégia Saúde da Família: Reflexo na qualidade dos cuidados de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.1, p.155-9, jan., 2014.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.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, 2004. p.241-57.

SILVEIRA FILHO, A.D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Bol. Prog. Saúde Fam.**, v.2, n.6, p.36-43, 2002.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.



SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Orgs.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, p. 221–40, 2002.

SOUZA, K. M. J. *et al.*. 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.

SOUZA, M. C. *et al.*, Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.2, p.139-148, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, M. **Análise de Discurso e Psicanálise**: Elementos para uma abordagem no sentido no discurso. 2. ed. Porto Alegre, 2005. 210p.

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

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, p. 663-74, 2008.

UCHOA, A.C. *et al.* Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil – Physis Revista de Saúde Coletiva. V22, n.1, p. 385-400, 2012

VIEGAS, S. M. F. **A integralidade no cotidiano da estratégia de saúde da família em município do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais**. 2010. 282f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 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**: revista da rede de enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M.M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015 .

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

\_\_\_\_\_. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212 p.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ESCOLA DE ENFERMAGEM

O Vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família

Pesquisadora: Mara Martins Ribeiro

Município: Itabirito

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO – Profissionais

<b>Identificação da ESF:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Sexo:</b>
<b>Categorial Profissional:</b>
<b>Tempo de atuação na presente ESF:</b>

- 1) Qual o significado de vínculo em saúde para você?
- 2) Quais as atividades ou ações que você desenvolve no seu dia a dia que você acredita te aproximar mais das pessoas? E com a 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) Existe algum facilitador para que o vínculo aconteça?
- 7) Existe algum dificultador para que o vínculo aconteça?
- 8) Você acha que as pessoas procuram essa unidade e o seu atendimento por quê?
- 9) Gostaria de dizer mais alguma coisa?

**APÊNDICE B - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**O Vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**

**Pesquisadora:** Mara Martins Ribeiro

**Município:** Itabirito

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO – Gestores**

<b>Identificação da ESF:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Sexo:</b>
<b>Categorial Profissional:</b>
<b>Tempo de atuação no cargo:</b>

- 1) Qual o significado de vínculo em saúde para você?
- 2) Como é a sua relação com as pessoas que você atende no seu trabalho? E com os profissionais do município?
- 3) Como você acolhe as pessoas no seu dia a dia?
- 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) Existe algum facilitador para que o vínculo aconteça?
- 7) Existe algum dificultador para que o vínculo aconteça?
- 8) Você acha que as pessoas procuram a ESF por quê?
- 9) Gostaria de dizer mais alguma coisa?

**APÊNDICE C - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**O Vínculo no cotidiano da Estratégia Saúde da Família**

**Pesquisadora:** Mara Martins Ribeiro

**Município:** Itabirito

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO – Usuários**

<b>Identificação da ESF:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Sexo:</b>
<b>Tempo de adscrição na ESF:</b>

- 1) Qual o significado de vínculo em saúde para você?
- 2) Como é a sua relação com a equipe de saúde que atende você e sua família?
- 3) Você se sente bem acolhido pela equipe?
- 4) Você pode me contar alguma situação que tenha sido bem atendido pela equipe ou pelo profissional? E alguma situação que foi mal atendido?
- 5) Quais as atividades que a equipe ou profissional realiza que você considera aproximar mais das pessoas?
- 6) Existe algum facilitador para que o vínculo aconteça?
- 7) Existe algum dificultador para que o vínculo aconteça?
- 8) O que te levar a buscar essa unidade?
- 9) Gostaria de dizer mais alguma coisa?

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A construção de vínculo no trabalho cotidiano em saúde**”, sob coordenação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Mara Martins Ribeiro 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 estabelecida no cuidado em saúde na perspectiva dos trabalhadores de equipes 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 proposta 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 usuário 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 o 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

Mara Martins Ribeiro

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 – UFMG. Mara Martins Ribeiro Tel: (31) 25163605 / (31) 99151 3605. **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestores

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A construção de vínculo no trabalho cotidiano em saúde**”, sob coordenação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Mara Martins Ribeiro 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 saúde da família e dos usuários

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados com você 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 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 o 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, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Cláudia Maria de Mattos Penna

Mara Martins Ribeiro

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 – UFMG. Mara Martins Ribeiro Tel: (31) 25163605 / (31) 99151 3605. **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP):** Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592

## APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “**A construção de vínculo no trabalho cotidiano em saúde**”, sob coordenação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Mara Martins Ribeiro 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 saúde da família e dos usuários.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre como se sente cuidados 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 as 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

Mara Martins Ribeiro

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 – UFMG. Mara Martins Ribeiro Tel: (31) 25163605 / (31) 99151 3605. **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

## ANEXOS

## ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA  
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Bairro Santa Efigênia  
 CEP: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
 Tel.: 3248-9860 FAX: 3248-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Sr. Wolney Pinho de Oliveira  
 Secretário de Saúde  
 Município de Itabirito – MG

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **A construção de vínculo no trabalho cotidiano em saúde** de responsabilidade de Cláudia Maria de Mattos Penna, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que será desenvolvida por Mara Martins Ribeiro, como Dissertação de Mestrado.

O estudo tem por objetivo compreender o vínculo no cuidado em saúde na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observações em serviços junto aos gerentes, profissionais de saúde e usuários atendidos, que serão convidados a participar e assinar termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com o anexo entregue junto a esse documento.

Espera-se também que ofereça subsídios para a formulação de políticas públicas que favoreçam a participação dos usuários em seu próprio cuidado e que possa perceber que dessa forma o controle social seja garantido propiciando também uma melhor qualidade de vida à população.


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 no município.

Atenciosamente,

  
 Cláudia Maria de Mattos Penna

Afirmo ter sido devidamente esclarecido e dou o meu de acordo para realização da presente pesquisa

Nome: WOLNEY PINHO DE OLIVEIRA

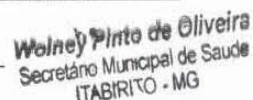
Assinatura: 

Cargo: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Carimbo:

Cidade: ITABIRITO - MG

Data: 13/01/16



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

Mara Martins Ribeiro – Fone para contato – (31) 91513605

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.