



## O VÍNCULO COMO DIRETRIZ PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA\*

*THE BOND AS A GUIDELINE FOR THE CONSTRUCTION OF INTEGRALITY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY*  
*EL VÍNCULO COMO DIRECTRIZ PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTEGRALIDAD EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA*

Selma Maria da Fonseca Viegas<sup>1</sup>, Cláudia Maria de Mattos Penna<sup>2</sup>

O vínculo entre equipe Saúde da Família e a população adscrita é uma diretriz para a atenção integral. Estudo de casos múltiplos holísticos e qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, recorte de uma tese de doutorado, que objetivou compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano de equipes de Saúde da Família e de gestores de três municípios. Foram informantes 48 trabalhadores de saúde. Os resultados mostram o vínculo como diretriz essencial à consolidação da integralidade em saúde ao favorecer a participação do usuário como sujeito autônomo na produção da sua saúde. Entretanto, a rotatividade de profissionais interfere tanto na dinâmica do trabalho cotidiano como na construção de vínculo com as famílias, o que implica diretamente na consolidação local da Estratégia. Conclui-se que o vínculo deve ser uma prática coletiva e consolidada das equipes com a população na construção da integralidade na atenção à saúde.

**Descritores:** Assistência Integral à Saúde; Saúde da Família; Relações Profissional-Paciente.

The bond between family health team and the enrolled population is a guideline for the comprehensive care. This is a multiple case study of holistic and qualitative approach based on the Quotidian Comprehensive Sociology, clipping of a PhD thesis which aimed to understand the construction of integrality practices in health in the daily work of family health teams and the managers of three boroughs. The informants were 48 health workers. The results show the link as the essential guideline for the consolidation of the integrality in health encouraging the user's autonomous participation in the production of one's health. However, the staff's turnover interferes in the dynamics of daily work and in building links with the families, which directly involves consolidation of the local strategy. It is concluded that the link may be a collective and consolidated practice of the teams with the population in the construction of integrality in the health care.

**Descriptors:** Comprehensive Health Care; Family Health; Professional-Patient Relations.

El vínculo entre equipo de salud de la familia y población es directriz para la atención integral. Estudio de casos múltiples holísticos y cualitativo, basado en la Sociología Comprensiva del Cotidiano, parte de tesis doctoral, cuyo objetivo fue comprender la construcción de prácticas integrales de salud en el trabajo de equipos de salud de la familia y gestores de tres municipios. Los informantes fueron 48 trabajadores de la salud. Los resultados señalaron el vínculo como directriz fundamental a la consolidación de la salud mediante el fomento de la participación del usuario como sujeto autónomo en la producción de salud. Sin embargo, la rotación de personal interfiere en la dinámica del trabajo cotidiano y creación de vínculos con familias, implicando directamente en la consolidación de la Estrategia. El vínculo debe ser práctica colectiva y consolidada con equipos en la construcción de la integralidad de la población en la atención a la salud.

**Descritores:** Asistencia Integral a la Salud; Salud de la Familia; Relaciones Profesional-Paciente.

\*Extraído da tese A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, em 2010.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Brasil. E-mail: selmamfv@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Pós-doutorado em Ciências Sociais – Université René Descartes – Paris V – Sorbonne. Professora Associado da Escola de Enfermagem da UFMG. Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

## INTRODUÇÃO

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. A Política Nacional de Atenção Básica explicita o vínculo entre as equipes de atenção primária à saúde (APS) e a população adscrita como um dos princípios deste nível de atenção<sup>(1)</sup>.

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"<sup>(2:465)</sup>.

Acredita-se que as "ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes. Estas 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"<sup>(2:469)</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, até 4.000 pessoas, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>(1)</sup>. Essa equipe passa a ser referência para a população usuária e é dada à ESF a missão de mudar o modelo assistencial de saúde, caracterizado por ser usuário-centrado<sup>(3)</sup>. Ressalta-se que, apenas por modificação da estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e

construção de processos mais compromissados com os usuários, seus cuidados e cura.

O modelo assistencial, comumente praticado na saúde em geral, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos e intervenções de natureza médico-curativa, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados. Dessa forma, a atenção na ESF deve ser referenciada na perspectiva usuário-centrada, sendo a família seu foco privilegiado de atuação.

Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por ações integrais em saúde, no qual o ser humano é visto de forma integral em seu ambiente físico e social. Isto possibilita, às equipes da ESF, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. A produção do cuidado dá-se em ações de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade. A prática cuidadora fundamenta-se no monitoramento e na articulação das diversas intervenções em saúde por meio do acompanhamento do caminhar do usuário pela rede de Serviços.

Assim, acolhimento e vínculo são decisivos na interrelação profissional/usuário na atenção à saúde na ESF em busca de novos modos de produzir saúde. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. O vínculo, então, favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde<sup>(4)</sup>.

No cotidiano das equipes da ESF, a integralidade opera nos micro-processos de trabalho em saúde, nos fazeres de cada profissional que adota uma postura acolhedora e compromissada com os usuários, seus cuidados e cura, ao estabelecer vínculo, condutas e prioridades equânimes para assisti-los em função de suas necessidades. Essa construção da integralidade só será possível se permeada pela integração, para que os profissionais da equipe da ESF promovam a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo, o esforço coordenado em prol do mesmo fim – o usuário – a produção e a promoção de seu cuidado.

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado cotidianamente, em nosso país, que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura, prevenção e promoção, em uma visão abrangente do ser humano. Pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores, de maneira eficaz, com conquista dos resultados na cura, na promoção e na proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de Saúde<sup>(3)</sup>.

No entanto, somente a “noção de tecnologias leves não assegura um importante pré-requisito para a práxis, a saber, o agente da prática necessita de um referencial teórico-conceitual para auxiliá-lo a julgar e a decidir, durante o processo de trabalho, sobre a aplicação de técnicas, sejam elas leves ou duras. Julgamento e decisão que devem ser tomados de modo dialógico com outros sujeitos implicados no processo, considerando-se também valores e objetivos políticos e eticamente construídos”<sup>(5:3338)</sup>.

Sendo assim, há iminência na construção de uma prática voltada à atenção integral, equânime e resolutiva, em consonância com o conceito ampliado de saúde, voltado para a qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, o acolher, o vincular, o escutar são ações imperativas para instituir interrelações eficazes na produção da saúde no cotidiano das equipes de Saúde da Família e da população adscrita, articuladas às demais tecnologias.

Neste contexto, o objetivo do estudo foi compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha-MG.

## MÉTODO

O estudo é de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Casos Múltiplos Holísticos, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, recorte de uma tese de doutorado<sup>(6)</sup>.

O universo do estudo foi constituído por municípios situados no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, um cenário que vem se transformando na prestação de assistência à saúde, devido à implantação de equipes da ESF a partir de 1995-1998<sup>(6)</sup>. Os municípios inclusos foram: Diamantina, Gouveia e Datas. A proposta foi realizar estudo de caso individual em cada um desses municípios, constituindo-se um estudo de casos múltiplos. Cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso<sup>(7)</sup>.

A opção de utilizar três casos, neste estudo, baseia-se nas evidências resultantes de estudos de casos múltiplos em que é possível usar a replicação direta, e as “conclusões analíticas que independentemente surgem dos dois casos serão mais contundentes do que aquelas que surgem apenas de um caso”<sup>(7:76)</sup>. Se, sob circunstâncias variadas, ainda puder chegar a “conclusões comuns a partir de ambos os casos, essas terão estendido de forma incomensurável a capacidade externa de generalização das descobertas no estudo”<sup>(7:76)</sup>.

Considerando que a construção da integralidade com suas várias interpretações, ocorre no plano das práticas cotidianas de profissionais da ESF, da equipe de apoio e de gestores, optou-se em lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do Cotidiano<sup>(8)</sup> sobre o objeto de estudo, para compreender a integralidade por meio da pluralidade de visões e experiências no cotidiano de trabalho dos profissionais. A Sociologia Compreensiva se ocupa em descrever "o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos"<sup>(8:25)</sup> e, portanto, adequada para descrever os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações.

Os sujeitos desta pesquisa foram 48 trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agente comunitário, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, fisioterapeuta, de sete equipes de Saúde da Família localizadas em seis Unidades Básicas de Saúde dos três municípios, além das equipes de apoio, e os gestores de cada município – secretários de saúde com acúmulo de função gerencial, cujas participações foram voluntárias, em um total de 48 participantes. Como critério de inclusão, estabeleceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano na função/cargo de trabalho.

A pesquisa de campo, durante um período de oito meses em 2008, teve por base um levantamento de dados primários por meio de observação direta e entrevistas a partir de um roteiro básico, contendo questões abertas e espaço destinado a comentários livres dos integrantes da equipe multiprofissional e do gestor sobre a integralidade no exercício da ESF. A observação foi realizada em ambiente de trabalho do participante – Unidade de Saúde, domicílio, comunidade. O registro dessas observações foi feito em um diário de campo elaborado após cada período de observação, identificada como "notas de observação (NO)". A observação foi de natureza descritiva, focalizando o

objeto de estudo proposto. Neste estudo de casos múltiplos holísticos, os três casos foram conduzidos sucessivamente no período da observação e simultaneamente no momento das entrevistas.

A análise de dados foi feita com base na técnica da Análise de Conteúdo Temática<sup>(9)</sup>, ou seja, uma análise dos "significados", seguindo suas fases: a pré-análise, que constitui-se na organização do material – transcrição das entrevistas e notas de observação – e na leitura flutuante das entrevistas a fim de se deixar invadir por impressões e orientações em função de hipóteses formuladas e da projeção de teorias adaptadas sobre o material. A seguir deu-se a exploração do material: pela codificação em unidades de registro e unidades de contexto, um processo pelo qual os dados brutos do texto foram transformados e agregados em unidades que permitem descrever as características do conteúdo do texto; pela categorização, segundo o critério semântico de elementos de um conjunto por diferenciação, e em seguida reagrupando-os de acordo com as características comuns destes elementos. Assim, o tratamento dos resultados e a interpretação foram processados conforme o objetivo previsto ou os referentes a novos achados na pesquisa e a discussão com a literatura. Após uma interpretação de cada entrevista, foram identificadas as linhas convergentes e divergentes, e a partir dessas evidências, foi realizada a análise do estudo do caso<sup>(7)</sup>, para posteriormente tecer as considerações finais e conclusão do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS 196/96. Dessa forma, a coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG), de acordo com o Parecer nº ETIC 142/08. O acesso ao campo de pesquisa foi obtido por meio de autorização dos prefeitos e secretários de saúde dos municípios para conduzir o estudo, além do

consentimento livre e informado dos participantes. O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio da adoção de siglas enumeradas, referentes à primeira letra que identifica cada profissão, seguida pelo número de acordo com a proximidade para a realização da entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As realidades estudadas constituem espaços onde o vínculo é forte, consolidado pelos laços entre as equipes e os usuários e a população tem como referência a ESF, a "sua porta de entrada". Estão explícitos, diante de um olhar sensível nos momentos de observação em campo, a vivência desses atores, a proximidade, a interação, o conhecimento das histórias de vida e a maneira de viver dos usuários. As pessoas são tratadas pelo nome; na maioria das condutas, a realidade vivida foi contemplada, pelo fato de os profissionais conhecerem o ambiente e as relações de vida dessas pessoas e suas famílias, reforçando que "o espaço local é o fundador do 'estar junto' de toda comunidade"<sup>(10:54)</sup> e "só tem sentido se pode ser vivido com outros, de perto"<sup>(11:262)</sup>.

A aproximação do profissional com a realidade circunscrita considera a subjetividade de cada família. A forma como cada um lida com a saúde e a doença e como os problemas de saúde podem interferir na vida de cada pessoa é muito diferente. Por isso ter uma equipe que conheça o usuário e sua família, que cuide especificamente da pessoa é fundamental.

O vínculo profissional/usuário foi um tema revelado enquanto tradução da integralidade na ESF: *porque com o PSF eu percebi que o elo que é criado entre o agente de saúde e a família, e até mesmo com a enfermeira e com o médico, através das visitas domiciliares, se tornou... uma coisa muito boa, porque antes não tinha isso. O médico, a enfermeira, ou outro profissional de saúde entrar na casa, foi criada uma amizade muito grande* (ACS11).

Entrar na casa do usuário, aproximar-se da realidade do outro, saltar os muros institucionais da

Saúde, estar presente na comunidade, são conquistas que abrem espaços para abordagens e ações que podem ser diferenciadas no trabalho cotidiano. A equipe de Saúde (re)conhece esse processo de atuação e aponta para uma modalidade que retoma uma cultura de atenção à família, porém com uma equipe ampliada para a modalidade multiprofissional. *Já faz três anos que eu trabalho aqui em Datas. Eu fiquei mais de dois anos na zona rural. Foi o meu primeiro emprego e, quando eu comecei a visitar cada comunidade, cada comunidade era diferente, aí eu comecei a ficar doida, às vezes, eu fazia uma coisa em uma comunidade e tentava a mesma coisa na outra e não dava certo. Aí meu Deus e agora o que eu vou fazer? Eu demorei um pouco pra perceber que cada comunidade, mesmo sendo do mesmo município, pertencendo à mesma área, ela é específica, ela tem as suas crenças, ela tem os seus valores específicos. Então, aos poucos que eu fui conseguindo, a confiança, e aos poucos que eu fui aprendendo a... mexer com cada população, a respeitar cada crença, cada valor* (E5).

Para desenvolver o trabalho dentro dos pressupostos de atenção ao sujeito, à família e à comunidade, é imperioso conhecer e saber abordar cada pessoa, cada família, cada realidade vivida como descreve esse relato. Os aspectos culturais determinam os comportamentos de cada pessoa e da comunidade e as formas de atuação da equipe ESF. A aceitação das propostas de cuidados à saúde vem ao encontro do respeito a todos os aspectos do sujeito, e à confiança que têm nos profissionais, e assim vai se constituindo o vínculo na prática diária da atenção a saúde: *Eu consigo interagir a sociedade com a Unidade, por exemplo, quando eles precisam de alguma coisa, nem sempre eles vêm até a Unidade, eles perguntam pra mim primeiro, às vezes, não querem nem chegar até o médico, eu quem trago os problemas pro médico e, muitas vezes, eles não querem ser identificados. Eu acho que sou ponto de apoio na minha microárea* (ACS41). *A gente percebe a confiança do paciente com a gente, se ele tem um problema, ele tem liberdade de chegar e comentar com a ACS, mas não tem a liberdade para comentar com outra pessoa da equipe. Esse é um relacionamento que fica aberto, a família te pede ajuda, te pede socorro. Você já faz parte disso, a gente sofre junto, não tem como!* (ACS21).

O ACS é o pilar da construção do vínculo, por ser o ator mais próximo da realidade dos sujeitos, ele se considera o "ponto de apoio", o que permite aos

usuários uma abertura, estabelecendo, assim, o vínculo com a equipe. Essa relação facilita a adesão à Estratégia e a abordagem da equipe, mediada pelo agente, que se demonstra implicado na produção da saúde no território e domicílio, expressos pela capacidade de reconhecer a singularidade de cada família e desenvolver estratégias diferenciadas de atenção, atendendo à singularidade dos usuários e seus problemas de saúde. Dessa forma, “a criação de vínculos implica em relações próximas e claras, nas quais ocorre a sensibilização ante o sofrimento do outro, o profissional sente-se responsável pelo usuário, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal”<sup>(12:62)</sup>.

Como portadores naturais do vínculo com a comunidade, os ACS são capazes de contribuir com a autonomia dos usuários, apoiados esses conseguirão participar ativamente da superação dos seus problemas, estabelecerem decisões e assumi-las no seu viver. Desse modo, esse vínculo propicia o desenvolvimento da co-responsabilização, da parceria desses sujeitos, pois o vínculo edificado eficazmente proporciona novos encontros tornando-se um preceito que leva os trabalhadores e os usuários ao encontro de suas potencialidades na construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais<sup>(12)</sup>.

Em 21 municípios investigados, o acolhimento e vínculo estão entre as dimensões do cuidado mais bem avaliadas por usuários, gestores e profissionais, destacando-se o papel dos ACS<sup>(13)</sup>.

Os informantes dos três municípios, quando questionados sobre a prática da integralidade nas ações da equipe, elucidam que a rotatividade do profissional dificulta esse processo de se ter vínculo e alcançar a integralidade do ser e das ações desenvolvidas pelo profissional/equipe. *Durante esses dois anos que eu fiquei na zona rural eu conheci a comunidade, conheci as famílias e você conhecer as famílias de zona rural é muito difícil, porque as casas são muito afastadas. A gente não tem carro disponível pra tá fazendo visita domiciliar, então requer um tempo mesmo. Então quando eu pego isso tudo, eles vêm e me tiram da zona rural. Porque se você*

*falar assim comigo hoje... ó, vai ter Campanha de Rubéola e nós vamos ter que atingir metas, eu te dou certeza que em todas as comunidades eu consigo metas. Porque eu já sei como abordar cada comunidade. Por isso que eu não queria vir pra cá, então o que aconteceu? Com a saída da outra enfermeira, o prefeito me pôs aqui, aí eu falei: Fulano me deixa na zona rural? Eu pedi a ele, ele falou não, "Agora nós precisamos de você aqui!" Chefe é chefe, né? (risos) Eu vim. Mas, acontece que o povo não desmamou. Eu falo, resolve com a outra enfermeira, mas não, eles tão sempre atrás de mim, eles sempre me procuram, eles sempre me ligam, entendeu? (E5).*

Ter vínculo com a população requer tempo. Segundo o profissional enfermeiro, muitas vezes, ele enfrenta dificuldades até construir esse vínculo: ser aceito, ser re-conhecido para conseguir a adesão da população no desenvolvimento das ações de saúde. O discurso demonstra a insatisfação em deixar o local de trabalho de que gosta. Percebe-se uma rigidez na estrutura do Serviço que pode impossibilitar que o profissional permaneça onde se sente realizado. A complexidade do problema surgido com a remoção do enfermeiro para outra equipe não se limita à insatisfação, mas provém do fato que o essencial da significação do trabalho é subjetivo. Se uma parte da relação do trabalho com o objeto é consciente, essa parte não é mais que a subjetiva, não há jamais neutralidade dos trabalhadores em relação ao que produzem ou executam<sup>(14)</sup>.

Portanto, o vínculo não se “fecha” com a transferência da enfermeira para outra equipe dentro do município, pois a população continua tendo-a como referência. *Com a minha vinda da zona rural pra essa equipe eu fiquei sobrecarregada, porque a demanda espontânea é muito grande, porque infelizmente o pessoal aqui não é acostumado a PSF, eles não fazem PSF. Então toda vez que o pessoal da zona rural vem em Datas, vem aqui no Posto me ver, me pedir pra resolver algo, aí eu falo é tudo com a outra enfermeira, aí eles ligam... Então, assim, acaba que eu fiquei sobrecarregada. Não é porque ela é ruim, não é por causa disso, é porque eles acostumaram comigo (E5).*

A população vinculada demonstra uma nova postura na busca pela saúde, a referência está firmada, não importa a adscrição à equipe e sim o apoio do profissional que foi constituído. Ao mesmo tempo em

que o enfermeiro afirma o vínculo que caracteriza a modalidade de assistência ao sujeito na ESF, ele afirma que "o pessoal não faz Saúde da Família" e sim opera no atendimento voltado para a demanda espontânea. Apesar dessa demanda espontânea ser elevada, ela também faz parte das ações da equipe, os casos agudos e crônicos não deixarão de surgir, no entanto, a equipe não pode se restringir a essa ação. Essas são situações opostas observadas no cotidiano, o vínculo que a caracteriza como Estratégia de mudança e a demanda espontânea que perpetua o modelo tradicional.

A formação do vínculo entre profissional e usuário torna-se fragilizada em decorrência da elevada demanda espontânea. Existem muitos desafios a serem superados, pois essa demanda elevada desorganiza a estrutura de funcionamento do serviço, dificultando a acolhida, o vínculo e a comunicação entre os níveis da atenção. O acesso torna-se precário e a demanda espontânea passa a ser a principal forma de atendimento, como requisito mínimo para o acesso<sup>(12)</sup>.

As razões que levam à rotatividade de profissionais dentro do município ou mesmo dentro da equipe, segundo os informantes, não são justificáveis, trazem muitos transtornos e podem interferir na construção da integralidade. Além de a população não ser informada anteriormente, muitas vezes, os usuários não compreendem os motivos dessas mudanças. O que conta como positivo para esses usuários é o vínculo estabelecido. *Com a minha mudança para a equipe urbana tá começando a ter a resistência (com a outra enfermeira), a mesma resistência que eu tive quando eu entrei, pelo povo não conhecer, pelos costumes, pelas crenças. Então é uma coisa que eu acho que não precisava (E5). Depois do processo seletivo, pelo fato da população ter um tratamento muito grande com os antigos agentes, teve uma resistência grande com as ACS. As ACS sofreram quando entraram, sabe o pessoal vinha e reclamava. Só depois de muito tempo, que a Enfermeira foi falando, quando tinha caminhada a Enfermeira conversava e pedia paciência, porque as ACS eram novas, estavam no primeiro trabalho. Aí que o pessoal foi acostumando com as ACS, desenvolvendo esse vínculo, que já tinha com as agentes anteriores, aí foi tranquilizando mais. Mas foi di-fí-cil! (ACS21).*

Desse modo, a construção do vínculo "é um recurso terapêutico, é algo que liga pessoas e indica interdependência com relações de compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro"<sup>(15:68-9)</sup>.

Por conseguinte, esse processo de vinculação é vital para o desenvolvimento das ações integrais em saúde. "A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, a idéia está em concordância com um dos sentidos de integralidade"<sup>(16:361)</sup>. Desse modo, a organização do processo de trabalho deve atender, precisamente, a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos. As respostas às demandas das pessoas e aos anseios do profissional da saúde devem ser, conseqüentemente, uma experimentação de um compromisso à procura dos usuários e a descoberta de soluções para seus problemas.

Segundo os informantes, a rotatividade de profissionais tem várias implicações na construção do vínculo e, conseqüentemente, na promoção da integralidade. *Eu acho assim, o processo seletivo influenciou em tudo. É porque os antigos agentes já conheciam o paciente, já estavam engrenado no trabalho, a funcionar normalmente como uma equipe, o que faltava em um, completava no outro, entendeu? E depois desse tempo todo, surgiu o processo seletivo eram cinco vagas só, e acabou que da equipe antiga ficaram dois ACS. E então assim, os novos agentes, até, assim, pegar a parte burocrática foi fácil. Mas até que a equipe começa a funcionar como equipe, começa a tornar uma equipe mesmo, digamos assim na força da palavra, leva um certo tempo. Então se a gente dá uma parada, aquilo que a gente já tinha conquistado dá uma recaída. O fato de ter me mudado de microárea, no início é difícil sim, porque até que você acostuma com o nome do*

*paciente, quem mora em tal casa, a necessidade de cada um. Porque quando a gente desenvolve esse trabalho que foi por dez anos com a família, então até os cachorros e gatos que tinha dentro de casa, eu sabia. Aí, de repente, eu dou de cara com uma microárea nova, pessoas diferentes, área extremamente carente, extremamente perigosa, então pra mim foi um choque! Então dificultou um pouco (ACS21). Estou aqui já tem um ano e cinco meses. A gente já mudou um pouco a equipe, depois que eu cheguei aqui já é a terceira enfermeira que passa. Os agentes comunitários já mudaram três. E as técnicas e as auxiliares já mudaram duas. Mas a gente tenta, apesar de eu pedir para não mudar, mudaram. Eu virei para o secretário de saúde e pedi "não muda a enfermeira porque é ela que já conhece o pessoal". E mudou! Uma teve que sair e a outra ele mudou por opção, mas eu pedi que não mudasse (M7).*

Além da dificuldade enfrentada pelo profissional e o usuário para construir esse vínculo, a rotatividade se constitui em um percalço porque o vínculo com cada profissional é importante e tem um valor diferenciado na vivência dos sujeitos, cada um desempenha uma função no processo de trabalho. Assim, é necessário que a produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato<sup>(17)</sup>. Porém, a rotatividade tem implicações sobre o trabalho individual e sobre o processo de trabalho em equipe. A rotatividade é um obstáculo para muitos pilares que estruturam a integralidade na ESF: o laço, o respeito, a confiança, o compromisso, o trabalho em equipe e a corresponsabilização no acompanhamento da família. *Eu fiquei muito confusa quando me trocaram de Unidade de Saúde. Porque pra mim, o PSF é você criar um vínculo com a família. Então é você acompanhar a família. Você sabe quantas pessoas moram naquela casa. Sabe que aquela criança não vai bem na Escola, que não gosta de estudar. Você conhece a mãe que tem problema com marido, que apanhou, que não apanhou. Que ficou grávida. Que perdeu o neném e ficou triste ou que perdeu e ficou feliz. Então você conhece. Quando você é mudada, mesmo que seja por qual motivo for, eles não pensam nisso. Igual fala: "Ah, é uma estratégia de equipe." Pra mim, deixa de ter o sentido de Saúde da Família. Porque você deixa de acompanhar, não escuta o que os usuários tão achando dessa mudança e acaba cortando o vínculo que já era forte, que é o respeito, que é a pessoa abrir a sua casa pra você entrar, ter coragem de falar o que aconteceu, de chorar com você ou de ficar feliz e te contar uma novidade, conseguiu uma cura e vai te agradecer. Isso aí, quando é mudado assim, corta o vínculo, sabe? Então, às vezes, eu*

*fico pensando se eles realmente entendem o sentido do Programa Saúde da Família (E6).*

A atenção nessa discussão está voltada para a importância do vínculo na ESF e pelo questionamento que E<sub>6</sub> faz em relação ao gestor e ao prefeito, quando resolvem remover os funcionários dentro do município e se, por parte deles, há um entendimento do sentido da ESF. O informante ainda indaga sobre o que a população pensa a respeito, uma vez que não é consultada. Acreditando que certa estabilidade na ESF é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade, a rotatividade prejudica a efetividade da ESF<sup>(18)</sup>.

O vínculo é um aspecto fundamental da atenção integral, podendo ser pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto em sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo estável entre ambos, o que se torna valioso instrumento de trabalho. A ideia de vínculo como uma relação terapêutica, toma um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado. A continuidade, como a terceira dimensão é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento e confiança entre profissional e paciente. O vínculo também implica a responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal<sup>(19)</sup>.

Nos três municípios, o vínculo e a aproximação com a proposta da integralidade em saúde foi também manifesta nos dados pelo potencial das equipes para organizar ações coletivas e na participação da população nessas ações. Ações sociais que vão além do setor da Saúde que tem sido, nos casos estudados, o impulsionador do processo de trabalho na ESF e de



vinculação do usuário e sua família. Essas ações sociais consolidam-se nos encontros nesses Serviços e nos domicílios, nas "ajudas", nas festas, nos eventos, nos passeios realizados com a população usuária, nas datas comemorativas do calendário nacional, onde os atores sociais vivem a emoção, a partilha, o imaginário e revelam as expressões das práticas humanas em saúde, percebidas pela co-presença desses sujeitos nesse espaço-tempo observado (NO).

A população adscrita deve participar de outras ações ofertadas além das consultas médicas; para isso, é indispensável a vinculação. A construção de vínculo permite avançarmos na tão almejada "desmedicalização", ou melhor, torna possível a ampliação da clínica, por meio da educação em saúde, das práticas de vida saudável, do atendimento interdisciplinar, da construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos<sup>(15)</sup>.

Desse modo, a ESF ao adotar a diretriz de vínculo da clientela adscrita vai ao encontro dos debates e análises referentes "ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente"<sup>(20:828)</sup> que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

É essencial que os saberes, as tecnologias, as práticas e os Serviços estejam articulados, de modo a criar um sistema integrado, acessível, efetivo, acolhedor, favorecendo a criação de vínculo, relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários do SUS, principalmente na realidade da APS, como a abordagem da ESF neste estudo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população usuária aponta para o trabalho na ESF com atuação inter e

multidisciplinar, os informantes (re)conhecem esse processo de atuação e apontam para uma modalidade de atenção que retoma uma cultura de atenção à família, porém com uma equipe ampliada para a modalidade multiprofissional, sendo o ACS o promotor/articulador dessa vinculação com a família.

O usuário do serviço, na concepção dos profissionais, é tido como sujeito autônomo, inserido no seu contexto de vida e sua realidade deve ser considerada na construção da integralidade nas ações da equipe de saúde.

Os informantes descreveram fatos que apresentam a rotatividade de profissionais e suas implicações, que interferem na dinâmica do trabalho cotidiano e no vínculo construído com as famílias. Essas implicações são importantes porque denotam um olhar para a estruturação da ESF e para a vinculação com a população, uma configuração que contribui para a construção da integralidade da assistência e da qualidade da atenção à saúde em distintas realidades brasileiras.

Esse mesmo contexto, é denotado em várias realidades brasileiras que apresentam no seu cotidiano implicações da rotatividade de profissionais no processo de trabalho da equipe ESF, na vinculação com a população e na implementação de uma atenção integral à saúde em uma mudança de paradigma, conforme discutido intensamente na literatura que aborda o tema em estudo<sup>(6)</sup>. Dessa forma, enfatiza-se que este estudo de casos múltiplos holísticos apresentou resultados semelhantes em realidades distintas, conferindo-lhes a replicação literal e uma capacidade de generalização. A validade externa fundamenta-se nas convergências dos dados, ou seja, nessa replicação literal; e as constatações dela decorrentes, por retratar situações reais em seus múltiplos aspectos, permitem inferência e comparações com situações similares.

Construir teorias, métodos e técnicas para orientar as práticas individuais e coletivas para atenção

à vida humana, mediante sua diversidade e sua complexidade, é essencial para a consolidação do cuidado integral. Isso ocorre quando se atribui valores subjetivos ao cotidiano dos serviços, como os laços estabelecidos entre equipe e população fundamentados no respeito à dignidade humana e na responsabilização conjunta e co-participação na produção da saúde e da vida em comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 mar. 2006.
2. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):464-70.
3. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: Merhy EE. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007. p 15-35.
4. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3051-60.
5. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3033-40.
6. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
8. Maffesoli M. *O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva*. São Paulo: Brasiliense; 1988.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
10. Maffesoli M. *A conquista do presente*. Rio de Janeiro: Rocco; 1984.
11. Maffesoli M. *No fundo das aparências*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996.
12. Mendonça FAC, Sampaio LRL, Linard AG, Silva RM, Sampaio LL. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. *Rev Rene*. 2011; 12(1):57-64.
13. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl 1):69-78.
14. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez – Oborê; 1987.
15. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
16. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):358-64.
17. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.
18. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl.1):1521-31.

19. Camargo Jr. KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Túlio Batista Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad Saúde Pública. 2008; 24(suppl1):58-68.

20. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2009 [citado em 2011 ago 20]; 11(4):820-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.

Recebido: 25/08/2011

Aceito: 08/03/2012