

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**EDILZA MARIA RIBEIRO**

**CONCRETICIDADE DO VÍNCULO DO/NO PROGRAMA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (PSF): DESAFIOS DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS EM  
UMA REALIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA**

**Florianópolis, junho de 2005**

**EDILZA MARIA RIBEIRO**

**CONCRETICIDADE DO VÍNCULO DO/NO PROGRAMA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (PSF): DESAFIOS DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS EM  
UMA REALIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem-Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.**

**ORIENTADORA: Dra. VERA LÚCIA G. BLANK**

**Florianópolis, junho de 2005**

R484c Ribeiro, Edilza Maria  
Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF) :  
desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do  
programa / Edilza Maria Ribeiro ; orientadora Vera Lúcia G. Blank. –  
Florianópolis, 2005.  
287 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2005.

Inclui bibliografia.

1. Família – Programa de Saúde – Teses. 2. Pessoal da área médica.  
3. Enfermagem em saúde pública. 4. Comunicação em enfermagem.  
5. Relações humanas – Psicologia. I. Blank, Vera Lúcia G. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

CDU: 616-083

*Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071*

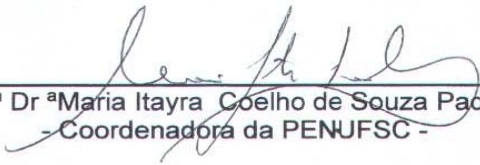
**EDILZA MARIA RIBEIRO**

**CONCRETICIDADE DO VÍNCULO DO/NO PROGRAMA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (PSF): DESAFIOS DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS EM  
UMA REALIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA**

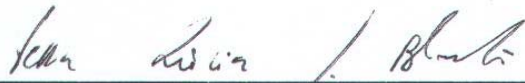
Tese submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para obtenção do título de

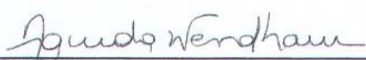
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

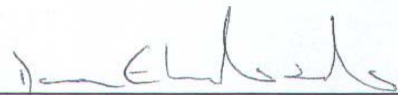
Aprovada na sua versão final, atendendo as normas da legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade


  
Profª Drª Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
- Coordenadora da PENUFSC -


**BANCA EXAMINADORA**

  
Profª Drª Vera Lúcia Guimarães Blank  
Presidente

  
Profª Drª Águeda Lenita P. Wendhausen  
- membro -

  
Profª Drª Denise Elvira Pires de Pires  
- membro -

  
Profª Drª Maria Alice Dias da Silva Lima  
- membro -

  
Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros  
- membro -

Profª Drª Antônio Miranda Wosny  
-suplente-

Profª Drª Eliana Marília Faria  
- suplente-

## **D**EDICATÓRIA

Para os meus amores fundamentais, que nutrem minha vida com vínculos afetivos e de cuidado, independente se nesta ou em outras dimensões: Zinho, Handi, Lici, Egis, Leia, Hélio (irmão), Elba, Dandara, Vanessa, Marlici, Alfredo, Hugo, Héliyon (irmão), Ieda, Eginha, Rudá, Emilson, Dilza, Bruno, Eduardo, Reitan, Haidel, Helvion (sobrinho), Hélio (pai) e Héliyon.

# AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos homens e mulheres que idealizaram, construíram e fazem acontecer a Universidade Federal de Santa Catarina na qual pude realizar minha formação.

Aos professores do Curso Doutorado em Enfermagem pela aprendizagem proporcionada: Selvino Assmann, Denise Elvira Pires de Pires, Tamara Iwanow Cianciarulo, Gelson Luiz Albuquerque, Alacoque Lorenzini Erdmann, Marta Lenise do Prado, Alcione Leite da Silva, Lúcia H. Takase Gonçalves e Maria Tereza Leopardi.

À Vera Lúcia Guimarães Blank pela orientação como um todo, pelo constante incentivo e cuidado comigo.

À Denise Elvira Pires de Pires, Ingrid Elsen, Marco Aurélio da Ros e Walter Ferreira de Oliveira, pelas contribuições na banca de qualificação do projeto de tese.

Às colegas do Curso de Doutorado em Enfermagem por terem produzido uma convivência parceria e bem humorada:

Vera, Maira, Rose, Valéria, Marineli, Adriana, Teda, Maristela, Lúcia, Suzana, Ana Isabel, Angélica, Beth, Ana Zoé, Juliana, Dalva, Theo, Raul.

Ao chefe do Departamento de Enfermagem nos anos de 2001-2004, Gelson Luiz Albuquerque, pelo incentivo e redução da demanda de trabalho.

À coordenadora da VI fase do Curso de Graduação em Enfermagem, nos anos de 2003, 2004, Maria Bettina Camargo Bub, pelo mesmo motivo.

À coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Maria Itayra C. de Souza Padilha e a coordenadora didático- pedagógico do Doutorado (em 2004), Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, pelo apoio na resolução de questões formais.

À Edaléa pela leitura cuidadosa do relatório de tese e sugestões.

À Eliane Regina Pereira do Nascimento pelo apoio especial.

À Ana Izabel Jatobá pelos compartilhamentos.

Ao Handi pela presença, pela ausência e compreensão.

À Edaléa, Hélio, Elba, Rose, Mila, Marisa, Miriam, Fátima, Vitória, Coleta, Astrid, Ilca, Francine, Silvia, Dalva, pelos ditos especiais que me fortaleceram.

À Secretaria de Saúde do município de São José, Adeliana Dal Pont, à Secretária Adjunta de Saúde, Suzana Senna Busfield, à Coordenadora do Programa de Saúde da Família, Carin C. Guessser, no ano de 2003, por autorizaram a pesquisa de campo.

Aos médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e usuários do bairro e CS ..... por terem possibilitado a construção dos dados de pesquisa e pelo acolhimento amigável.

À Carolina e Mary Anne pelo acolhimento e apoio especiais durante o trabalho de campo.

À Dudi pela amizade e pelo cuidado em múltiplas dimensões.

À Maria Denise Schimith por ter me facilitado o acesso ao seu trabalho sobre vínculo.

À Vera Lúcia Guimarães Blank, Águeda L. P. Wendhausen, Denise Elvira Pires de Pires, Maria Alice Dias da Silva Lima, Marco Aurélio da Ros, Antônio Miranda Wosny pela análise do relatório e trabalho na banca de defesa da tese.

# RESUMO

RIBEIRO, Edilza Maria. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF):** desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa, 2005. 285 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

O vínculo de compromisso e co-responsabilidade foi proposto no Programa de Saúde da Família (PSF) objetivando o alcance de finalidades estratégicas tais como: auxiliar na transformação do modelo assistencial biomédico, hospitalocêntrico, para o de produção social da saúde, ao nível da Atenção Básica de Saúde (ABS), ampliar responsabilidades dos profissionais e dos usuários na condução dos serviços de saúde e humanizar práticas de atendimento em saúde. Em função desta importância, desenvolveu-se um estudo de caso, orientado pela dialética, com o objetivo de investigar *em que medida as relações que médicos e enfermeiras, membros de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), estabeleceram com usuários (individual e coletivo) numa comunidade com o Programa de Saúde da Família (PSF) implantado, constituíram-se como vínculo no sentido estratégico requerido pelo PSF.* A investigação realizou-se de setembro de 2003 a março de 2004, num bairro do município de São José, vizinho da capital do Estado de Santa Catarina, cujo Centro de Saúde (do tipo NSII) dispunha de três ESF. Para possibilitar um diálogo com os dados empíricos configurou-se uma estrutura conceitual agregando concepções teóricas de Pinchon-Rivière, Campos, Merhy, Franco, e documentos oficiais do PSF. A coleta dos dados ocorreu principalmente através da observação de campo e entrevistas gravadas, individuais e coletivas com médicos, enfermeiras, usuários, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS). Da análise dos dados, efetuada sob a forma de análise categorial temática de Bardin, emergiram dois temas. O primeiro foi nomeado “o vínculo que se constrói” composto pelas categorias: *“é um pouco injusto pedirem esse vínculo da gente”*; *“o vínculo que a gente estabelece não é num PSF mesmo”*; *“vínculo se constrói a partir de algumas bases”*; *“às vezes a gente consegue”*. O segundo tema foi “o vínculo requerido tem vários obstáculos” e compôs-se das categorias: *“às vezes a gente não consegue”*; *“tem coisas que dificultam/atrapalham”*; *“o vínculo construído também se desconstrói”*; *“o que tem que ter/o que tem de mudar”*. Evidenciou-se que o vínculo de compromisso e co-responsabilidade esteve enredado numa trama de influências/determinações advindas do macro, meso e micro contexto, que seus autores são múltiplos, mas aos médicos e enfermeiras (e outros elementos das equipes) coube experienciar as conflitualidades do jogo entre ‘dever’ e ‘poder’ estabelecer o vínculo no sentido estratégico requerido. O modelo de atendimento em saúde vigente na realidade investigada foi o biomédico, o qual sendo validado pela gerência e gestão, pela população e pelos médicos e enfermeiras, produziram a pseudo-concreticidade do vínculo. Os dados apontaram ainda para o que tem que ter/tem que mudar para que o PSF seja ‘PSF mesmo’ favorecendo, sob esta forma, o estabelecimento do vínculo de compromisso e co-responsabilidade, possibilitando então o cumprimento das finalidades estratégicas a ele atribuídas.

Palavras-chave: vínculo, vínculo no PSF, vínculo do médico e enfermeira no PSF.



# ABSTRACT

RIBEIRO, Edilza Maria. Rendering the bond of/in the Family Health Program (PSF): Challenges for physicians and nurses in a reality of the program's implantation, 2005. 285 f. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2005.

The bond of commitment and co-responsibility was proposed within the Family Health Program (PSF), hoping to achieve the following strategic finalities: to assist in the transformation from the biomedical, hospital-centered, care model to a social-health production model, according to the Basic Health Attention (ABS); to expand professionals' and users' responsibilities in conducting health care services; and humanizing care practices in health. Given this importance, a case study was developed, oriented by local dialect, with the objective to investigate *to what measurements the relationships between physician and nurse members of the Family Health Team (ESF) established with the users (individually and collectively) within the implanted Family Health Program (PSF) community can be considered bonding in the strategic sense required by the PSF.* The investigation took place from September of 2003 to March of 2004 in the neighborhood of São José, neighbor-city to the state capital. Its Health Center (NSII-type) has three ESF's at its disposition. To make the dialogue possible with empirical data, a conceptual structure aggregating the theoretical conceptions of Pinchon-Rivière, Campos, Merhy, Franco, and official documents from the PSF were configured. Data collection occurred principally through field observation and recorded individual and collective interviews with physicians, nurses, users, nursing assistants, and community health agents (ACS). Two themes emerged from the data analysis, undertaken according to the thematic categorization of Bardin. The first was called, "the bond that is constructed", composed of the following categories: *'it is a little unfair to ask for this bond from us'*; *'the bond that we establish is not really a PSF'*; *'you construct bonds based on certain bases'*; *'sometimes we can do it'*. The second theme was "the required bond has various obstacles" and consisted of the following categories: *'sometimes we can't do it'*; *'there are things that complicate/make things difficult'*; *'the constructed bond also comes undone'*; and *'what must be there/what has to change'*. It was evidenced that the commitment and co-responsibility bond was entangled in a web of influences/determinations which come from the micro, meso and macro context; that there are multiples authors on the subject; but the physicians and nurses (and other team elements) were given the responsibility to experience the conflicts of the fine line between whether they 'should' or 'can' establish the bond in the required strategy. The current health care model, validated by management and administration, the populace, the physicians and nurses, within the investigated reality is biomedical and produced the pseudo-rendering of the bond. The data points out that what must be there/has to change in order for the PSF to be 'truly a PSF', favoring within this form of establishing the commitment and co-responsibility bond, making it thus possible to fulfill the strategic finalities attributed to it.

Key-words: Bond, Bond within Family Health Programs, physician and nurse bonds within Family Health Programs.

# RESUMEN

RIBEIRO, Edilza Maria. **La concreción del vínculo del/en el Programa para la Salud de la Familia (PSF):** desafíos de médicos y enfermeras en una realidad de implantación del programa, 2005. 285 hoj. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

El vínculo del compromiso y de la corresponsabilidad fue propuesto en el Programa de Salud de la Familia (PSF) con el objetivo de alcanzar las estrategias tales como: ayudar en la transformación del modelo asistencial biomédico hospitalo-céntrico para la producción social de la salud a nivel de la Atención Básica en la Salud (ABS), ampliar las responsabilidades de los profesionales y de los usuarios en la conducción de los servicios de la salud y para humanizar las prácticas de atención en la salud. En función de esta importancia, se desarrolló un estudio de caso, orientado por la dialéctica, con el objetivo de investigar *en que medida las relaciones que los médicos y las enfermeras miembros de una ESF, establecieron con los usuarios (individual y colectivo) en una comunidad con el Programa de Salud de la Familia (PSF) implantado se constituyó en el sentido estratégico como un vínculo solicitado por el PSF.* La investigación, se realizó en el período de septiembre del 2003 a marzo del 2004, en el barrio de una Municipalidad de San José, vecino de la capital del estado de Santa Catarina, cuyo Centro de Salud (tipo NSII) disponía de tres ESF. Para posibilitar un diálogo con los datos empíricos se configuró una estructura conceptual incorporando las concepciones teóricas de Pichón Riviére, Campos, Merhy y Franco, así como, los documentos oficiales del PSF. La recolección de los datos fue a través de la observación de campo, la consulta de los documentos, las entrevistas grabadas, tanto, individuales y colectivas, con los médicos, las enfermeras, usuarios, auxiliares de enfermería, y los agentes comunitarios de la salud (ACS). A través del análisis de los datos, realizado bajo la forma de análisis categórico temático de Bardin, emergieron dos temas: El primero fue denominado “el vínculo que se construye” compuesto por las categorías: “*es un poco injusto pedir ese vínculo de la gente*”; “*el vínculo que la gente establece no se da igual en un PSF*”; “*el vínculo se construye a partir de algunas bases*”; “*algunas veces la gente consigue*”. El segundo tema fue “el vínculo que se necesita tiene diversos obstáculos”, siendo compuesto por las categorías: “*algunas veces la gente no consigue*”; “*hay cosas que dificultan/confunden*”; “*el vínculo construido también se desconstruye*”; “*lo que debe tener /lo que tiene que cambiar*”. Se evidenció que el vínculo del compromiso y de la corresponsabilidad estuvieron confusas en un trecho de influencias/determinaciones provenientes del macro, meso y micro contexto, donde sus autores son múltiples, sin embargo, a los médicos y enfermeras (y otros elementos del equipo) les cabe vivir la experiencia de conflictos del juego entre el ‘deber’ y el ‘poder’ establecer el vínculo en el sentido estratégico solicitado. El modelo de atención en la salud vigente en la realidad investigada fue el biomédico, siendo válido por la gerencia y la gestión, por la población y por los médicos y enfermeras en su práctica, produjeron la pseudo-concreción del vínculo. Los datos señalaron, también, para aquello que debe de tener/tiene que cambiar para que el PSF sea ‘mismo PSF’ favoreciendo el establecimiento del vínculo de compromiso y corresponsabilidad, haciendo posible, el cumplimiento de las finalidades estratégicas atribuidos a este.

**Palabras clave:** Vínculo. Vínculo en el PSF. Vínculo del médico y la enfermera en el PSF.

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Aux Enf – Auxiliar de Enfermagem

CS – Centro de Saúde do bairro...

CLS – Conselho Local de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SS – Secretaria Municipal de Saúde (do Município de São José)

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

ACD – Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento Infantil

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>16</b>
<b>APROXIMAÇÃO INICIAL COM A TEMÁTICA DE ESTUDO</b>	
1.1 O caminho da pesquisadora: mudando a rota .....	16
1.2 As finalidades do vínculo .....	17
1.3 Objetivo .....	22
1.4 A tese defendida.....	22
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>24</b>
<b>O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)</b>	
2.1 Revendo antecedentes .....	24
2.2 Uma breve apresentação do PSF .....	31
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>36</b>
<b>VÍNCULO: TEORIA E PRÁTICA</b>	
3.1 Vínculo como um conceito da Psiquiatria e Psicologia Social .....	36
3.2 Teoria do vínculo de PICHON-RIVIÈRE .....	39
3.3 Vínculo na ótica de autores da Saúde Coletiva .....	42
3.3.1 As proposições de CAMPOS .....	43
3.3.2 As proposições de MERHY e FRANCO.....	45
3.3.4 Construindo um conceito referência.....	49
3.5 O vínculo nas pesquisas .....	53
3.5.1 Em ARAÚJO .....	54
3.5.2 Em BETTINELLI.....	58
3.5.3 Em SANTOS.....	62
3.5.4 Em MATSUMOTO .....	64
3.5.5 Em SCHIMITH .....	65
3.5.6 Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	68
3.5.7 Em FERTONANI .....	72
3.5.8 Em ALONSO .....	73

<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>79</b>
<b>BASES METODOLÓGICAS</b>	
4.1 Forma e natureza da investigação .....	79
4.2 A dialética .....	81
4.3 Método dialético.....	88
4.4 Cenário da investigação.....	91
4.5 Escolha do local da investigação.....	91
4.6 Participantes do estudo .....	93
4.7 Entrada no campo.....	94
4.8 Procedimentos para coleta dos dados .....	95
4.9 Registros dos dados .....	101
4.10 Cuidados éticos .....	102
4.11 Procedimentos utilizados visando à confiabilidade dos dados .....	103
4.12 Análise dos dados .....	104
<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>108</b>
<b>CONTEXTO DAS RELAÇÕES QUE SE ESTABELECERAM ENTRE MÉDICOS, ENFERMEIRAS E USUÁRIOS</b>	
5.1 O município de São José .....	108
5.2 O bairro .....	111
5.3 O Centro de Saúde .....	115
5.3.1 O início .....	115
5.3.2 A estrutura .....	117
5.3.3 Condições e processo de trabalho das ESF.....	119
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>135</b>
<b>O VÍNCULO QUE SE PENSA E O QUE SE ESTABELECE</b>	
6.1 Vinculo que se constrói .....	137
6.1.1 É um pouco injusto pedirem esse vínculo da gente .....	137
6.1.2 O vínculo que a gente estabelece não é num PSF mesmo .....	141
6.1.3 Vínculo se constrói a partir de algumas bases .....	146
6.1.4 Às vezes a gente consegue .....	152
6.2 O vínculo requerido tem vários obstáculos .....	165
6.2.1 As vezes a gente não consegue .....	165
6.2.2 Tem coisas que dificultam/atrapalham .....	173
6.2.3 O vínculo construído também se desconstrói .....	184

<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>190</b>
<b>DIÁLOGO TEORIA PRÁTICA .....</b>	
7.1 Diálogo n º1: é um pouco injusto pedirem isso da gente.....	190
7.2 Diálogo n º2: o vínculo que a gente constrói não é num PSF mesmo.....	204
7.2.1 O projeto PSF.....	204
7.2.2 PSFs reais .....	206
7.2.3 O olhar do MS sobre o PSF .....	208
7.3 Diálogo n º3: o processo e as condições de trabalho .....	216
7.3.1 O trabalho no setor de serviços e em saúde .....	216
7.3.2 Conexões entre o processo de trabalho em saúde e os dados .....	224
7.4 Diálogo n º4: às vezes a gente consegue estabelecer vínculo .....	237
7.5 De volta aos dados: o que tem que ter/o que tem de mudar .....	246
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>258</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>268</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>277</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>279</b>

# LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: atividades observadas nas ESF .....	98
QUADRO 2: atividades observadas do conjunto das ESF.....	98
QUADRO 3: dados dos médicos e enfermeiras das ESF.....	99
QUADRO 4: entrevistas efetuadas com as famílias.....	101
QUADRO 5: condições de saneamento disponíveis pelo Município de São José .....	110
QUADRO 6: acompanhamento da presença dos médicos e enfermeiras no CS .....	120
QUADRO 7: dos temas, das categorias e seus componentes .....	136

## **TEMA I: O VÍNCULO QUE SE CONSTRÓI**

*CATEGORIA: É UM POUCO INJUSTO PEDIREM ESSE VÍNCULO DA GENTE*

QUADRO 8: componentes – vínculo de compromisso e co-responsabilidade é .....	137
QUADRO 9: componentes – é injusto porque a gente não teve preparo .....	138
QUADRO 10: componentes – a prática foi nossa escola de PSF .....	140

*CATEGORIA: O VÍNCULO QUE A GENTE ESTABELECE NÃO É NUM PSF MESMO*

QUADRO 11: componentes – o que o PSF é .....	141
QUADRO 12: componentes – o PSF daqui .....	142
QUADRO 13: componentes – se fosse PSF mesmo .....	144

*CATEGORIA: VÍNCULO SE CONSTRÓI A PARTIR DE ALGUMAS BASES*

QUADRO 14: componentes – relacionadas à comunidade .....	146
QUADRO 15: componentes – relacionadas aos profissionais .....	148
QUADRO 16: componentes – o trabalho do ACS é primordial .....	149
QUADRO 17: componentes – relacionadas ao processo e condições de trabalho .....	150

*CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE*

QUADRO 18: componentes – pode-se estabelecer vínculo de várias maneiras mas não há receita ...	152
QUADRO 19: componentes – o que pode indicar a construção de vínculo .....	154
QUADRO 20: componentes – os médicos na construção do vínculo .....	156
QUADRO 21: componentes – as enfermeiras na construção do vínculo .....	159
QUADRO 22: componentes – os melhores espaços para construir vínculo .....	161
QUADRO 23: componentes – pra trabalhar normal não precisa vínculo .....	163

## **TEMA II: O VÍNCULO REQUERIDO TEM VÁRIOS OBSTÁCULOS**

<i>CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE</i> .....	165
QUADRO 24: componentes – em função do estado da gente e do jeito da gente ser .....	165
QUADRO 25: componentes – em função do perfil da comunidade .....	166
QUADRO 26: componentes – em função da forma como a população vê o SUS e o PSF .....	168
QUADRO 27: componentes – em função de comportamentos dos usuários .....	169
QUADRO 28: componentes – em função de como a equipe se relaciona e se organiza .....	172
 <i>CATEGORIA: TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ATRAPALHAM</i>	
QUADRO 29: componentes – a política, os políticos, a Secretaria .....	173
QUADRO 30: componentes – as condições e o processo de trabalho/versão dos médicos e enfermeiras.	176
QUADRO 31: componentes – as condições e o processo de trabalho/ versão dos AuxEnf e ACS .....	179
QUADRO 32: componentes – as condições, o processo de trabalho/ versão dos usuários .....	180
QUADRO 33: componentes – comportamentos de usuários .....	183
 <i>CATEGORIA: O VÍNCULO CONSTRUÍDO TAMBÉM SE DESCONSTRÓI</i>	
QUADRO 34: componentes – os constantes recomeços .....	184
QUADRO 35: componentes – modelo que rompe vínculo produz crise .....	185
 QUADRO 36: síntese de proposições do PSF e de autores relacionadas ao vínculo	230
 <i>CATEGORIA: O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR</i>	
QUADRO 37: componentes – na política, nos políticos, na Secretaria .....	247
QUADRO 38: componentes – na questão dos recursos humanos .....	250
QUADRO 39: componentes – nas condições e processo de trabalho .....	251
QUADRO 40: componentes – nas condições e processo de trabalho/versão dos usuários .....	254



# **CAPÍTULO 1**

## **APROXIMAÇÃO INICIAL COM A TEMÁTICA DE ESTUDO**

### **1.1 O CAMINHO DA PESQUISADORA: MUDANDO A ROTA**

Quando defini desenvolver o trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF) e conseqüentemente na Atenção Básica de Saúde (ABS), tinha em mente o estudo do vínculo de profissionais da equipe de saúde da família (ESF) com a família.

A assistência em saúde da família, onde quer que a família esteja (hospital, comunidade, escola, etc.) tem se constituído numa segunda área de estudo em minha trajetória profissional. A primeira é a área de saúde da criança (ordem apenas cronológica).

Meu envolvimento com aquela área iniciou em 1991, quando ajudei a constituir o Grupo de Assistência, Pesquisa e Ensino na Saúde da Família (GAPEFAM), fundado por Ingrid Elsen. Em 96 passei a integrar a equipe de docentes do Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família, desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo coordenado a sua terceira edição em 2000/2001. De 1999 a 2001 coordenei o Núcleo 1 da UFSC, de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, do Pólo de Capacitação de Santa Catarina, responsável por formação de recursos humanos dos municípios da 16<sup>o</sup> e 18<sup>o</sup> Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina. No ano 2000 integrei a equipe de elaboração da primeira versão do Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, hoje em andamento na UFSC.

Embora não me tivesse dado conta durante a elaboração do projeto de pesquisa, havia nele dois temas de que corriam em paralelo: um sobre o vínculo do/no PSF em si

(com os usuários em geral) e outro, o do vínculo com a família. Durante a coleta de dados fui construindo dois conjuntos de informações, já que os temas mantinham-se sem integração, pois o que emergia das relações entre profissionais e famílias era conseqüente às demandas das mesmas quando em situação de crise. Em um dado momento do trabalho, quando percebi claramente a situação, entendi que deveria fazer uma escolha e por considerar a questão do vínculo do/no PSF carente de uma configuração teórica, que permitisse posteriormente uma transposição para a família, abandonei o segundo foco. Portanto, os dados referentes às relações que efetivamente foram observadas entre profissionais e a ‘entidade’ família (ou vigente em situações de crise), não constam deste relatório.

## **1.2 AS FINALIDADES DO VÍNCULO**

Iniciado em 1994, intensificando sua implantação a partir de 1997 (quando da criação do sistema de financiamento), o Programa de Saúde da Família (PSF) foi efetivado na quase totalidade dos municípios brasileiros, dando enfim, uma nova conformação estrutural para a prestação da atenção da saúde no Brasil.

Ao PSF foi dada a missão de consolidar e operacionalizar princípios e processos contidos na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando desta forma as conquistas sociais propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária (iniciado na década de setenta) e ratificados na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), como universalização do acesso, descentralização e hierarquização no atendimento.

Para concretizar as mudanças desejadas havia-se que desbancar ‘o hospital’ como locus principal e privilegiado da prestação da atenção à saúde no país (tinha mais recursos, mais profissionais, mais tecnologia, maior infra-estrutura burocrática) e igualmente, o modelo de assistência que adotava, o modelo biomédico.

O modelo biomédico iniciou sua conformação no século XV e XVI, durante o Renascimento, período onde se produziram condições para o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, da arte de curar indivíduos doentes para disciplina de doenças. Contribuiu para tal, a evolução do pensamento do simples

para o complexo, a adoção da comprovação científica proposta por Descartes (1596-1650) e um contexto de grandes descobertas científicas. Em consequência instaurou-se uma racionalidade médica, alicerçada no mecanicismo fisiologista clássico (Luz, 1988). Assentadas as bases da mudança epistemológica, os séculos seguintes (XVII a XX) serão os de consolidação do modelo biomédico.

No modelo biomédico considera-se o corpo humano como uma máquina complexa, imperfeita ou que terá problemas, os quais podem ser consertados. A química, a física, a fisiologia, explicam as funcionalidades e disfuncionalidades desta máquina. As doenças são resultado de agentes químicos, físicos ou biológicos que invadem o corpo, de processos degenerativos que ocorrem dentro do mesmo, ou ainda da falha em algum mecanismo regulatório. Como consequência, a saúde e a vida saudável emergem da ciência, principalmente do trabalho médico, engajado no esforço de reestruturar o funcionamento normal do corpo, interrompendo processos degenerativos, regulando mecanismos, destruindo invasores. Considerando as doenças desta forma, elas devem ser detectadas e tratadas por métodos científicos, não havendo espaço para dimensões sociais, emocionais, comportamentais e ambientais das doenças. A indústria dos medicamentos e dos equipamentos, afiliadas ao interesse do capitalismo mundial, aliando-se a esta orientação epistemológica e clínica, auxiliaram no fortalecimento do modelo biomédico que se tornou presente na maioria das práticas de saúde do País, consolidando-se como hegemônico (CANGUILHEN, 1990; KOIFMAN, 2001; LUZ, 1988).

A medicina científica consolida-se no ensino e nas práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX, sob a influência decisiva do Relatório Flexner. No ano de 1910 a Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (EUA) encomenda a Abraham Flexner, uma avaliação sobre a educação médica nos Estados Unidos e Canadá, acusada de não possuir bases científicas sólidas. Flexner, em seu relatório, fixa diretrizes rigorosas para o ensino da medicina que foram adotados em diversos países, incluindo o Brasil, a partir da década de 50. Embora Flexner *“tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da*

*medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão de práticas alternativas”* (KOIFMAN, 2001).

Ademais o Relatório Flexner

com seus princípios e parâmetros – aparentemente voltados para a formação do médico – inspiram as diretrizes que até hoje costumam as relações entre ensino e serviços de saúde, orientam as políticas e as operações desses setores de produção social e afinal conformam, orientam ou constroem as próprias demandas sociais (SANTANA, CHRISTÓFARO, 2005, p.1) .

Retomando a temática do PSF, o mesmo fortaleceu a ABS num curto espaço de tempo (menos de dez anos) por várias razões: personificava muitos dos sonhos e projetos de personagens da vanguarda da Saúde Coletiva; respondia a necessidades de populações que não dispunham de assistência em saúde; favorecia profissionais da saúde que já não encontravam muitos espaços de trabalho disponíveis, e por fim, ainda podia ser captado por setores políticos sempre pressionados pelas necessidades locais de saúde.

Em função de sua rápida expansão passa a contar com um contingente expressivo de novos trabalhadores, convocados a desempenhar novas e desafiantes tarefas junto à população. Em janeiro de 2004 eram 19.182 ESF implantadas em 4.498 municípios brasileiros, apontando-se para uma cobertura populacional de 62.685.065 pessoas ou 35,9%. Prevê-se continuidade da extensão, sendo que para o ano de 2006 estão planejadas 32.000 ESF para atender 100 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dentre as tarefas a desempenhar destacam-se aquelas destinadas a acolher e resolver problemas de saúde da população, no espaço da ABS, dentro de um novo modelo de atendimento, o modelo de produção social da saúde.

Neste modelo a saúde não é obtida através do conserto de uma máquina avariada, o corpo, no qual o médico é a figura principal; a saúde é tida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, conforme definida na VIII Conferência Nacional de Saúde. Neste

modelo a atenção se viabiliza pela ação conjunta dos profissionais das ESF, inclusive quando da mobilização do apoio de outros setores da comunidade. Requisita o conhecimento dos problemas e necessidades da população pelos profissionais, a participação desta no planejamento das ações de saúde, o fortalecimento da cidadania e de ações de controle social por parte dos usuários dos serviços de saúde.

Nestes termos, para alcançar o que se propõe, o PSF adota em sua matriz conceitual/teórica e operativa, dentre outros, *um conceito estratégico* ou o conceito do vínculo de compromisso e co-responsabilidade, o qual deve ser estabelecido entre profissionais da saúde e usuários (individual e coletivo).

Em documentos veiculados pelo Ministério da Saúde como o ‘Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial’ (MS, 1997), ‘Cadernos de Atenção Básica/PSF’ (MS, 2001), a ‘Implantação de uma unidade de saúde da família’ (COSTA NETO, 2000), ‘Guia prático do Programa de Saúde da Família’ (MS, 2001), ‘Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob o olhar da Estratégia de Saúde da Família’ (COSTA NETO et al., 2001), ‘Relatório de Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados’ (MS, 2002 b), atribuem-se *finalidades ao vínculo*. Ressalte-se que tais documentos apresentam ora um aspecto ora outro, que reunidos permitiram a elaboração de uma composição. Assim, as finalidades atribuídas ao vínculo são: *auxiliar na transformação do modelo assistencial do País, na direção da Atenção Básica de Saúde, na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade; auxiliar na transformação do modelo assistencial biomédico para o de produção social da saúde; ampliar as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento e recuperação das doenças e, na condução dos serviços de saúde; humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação dos usuários; incrementar a resolutividade no atendimento em saúde.*

Não só os propositores do PSF atribuem ao vínculo esta posição estratégica na ABS. Campos (1997) defende que a noção de vínculo é central para mudança do modelo de atenção ou para modificar os padrões da relação profissionais de saúde/clientela; que o vínculo é a pedra de toque de qualquer projeto que pretenda

mudar o modelo de assistência; que o vínculo inserido na prática clínica é o que permite combinar autonomia e responsabilidade profissional.

Para Merhy (1997, 2003) Merhy et al (1997) e Merhy e Franco (2003), o acolhimento e a capacidade de estabelecer vínculo formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde. Também revelam o modo como se produzem serviços de saúde (se capazes de absorver a demanda, os custos dos serviços e também, a relação entre os sujeitos deste processo). Para remodelar a assistência de saúde requerida pelo PSF, as tecnologias leves, ou tecnologia de relação devem governar o processo de trabalho (o vínculo é tecnologia leve para esses autores), mesmo que também se utilizem tecnologia dura e leve-dura para operar o cuidado em saúde.

Para os autores citados esta é a forma de alterar o trabalho ‘médico centrado’ para um modelo de assistência ‘usuário centrado’, como o previsto no PSF.

Embora o vínculo seja um conceito fundamental no/para o PSF, evidenciei que nos documentos oficiais que o explicitam, que há breves e dispersas referências teórico conceituais sobre o mesmo; às vezes não se utilizam os mesmos termos ligados ao conceito estratégico (por exemplo, em vez de ‘compromisso’ e ‘responsabilidade’ aparece o termo ‘confiança’), não se delineia uma ‘tecnologia de relações’ capaz de favorecer a produção do vínculo, ou ainda, a possibilidade de verificação de que o vínculo requerido esteja mesmo se estabelecendo. Trabalhos de autores da Saúde Coletiva também refletem a condição mencionada (MERHY, 1997, 1998, 2003; MERHY E FRANCO, 1999, 2003; CAMPOS, 1997, 1998, 1999; MATSUMOTO, 1999; BERTONCINI, 2000; SCHMIDT, 2002; FERTONANI, 2003).

É preciso pontuar ainda que, em função do incremento acentuado no número de ESF em vários municípios do País, há como resultante um maior número de interações entre usuários e profissionais. Neste sentido pode-se esperar uma maior produção de relações e, nos trabalhos investigativos sobre as mesmas não fica clara se constituem efetivamente como vínculo do/no PSF.

Em 2004, por exemplo, o Ministério da Saúde publica os resultados de uma ampla pesquisa desenvolvida no ano de 2002, avaliando o PSF e também a produção do vínculo. No relatório de “*Avaliação da implementação do Programa Saúde da*

*Família em dez grandes centros urbanos*” ratifica-se que a constituição de vínculos entre ESF e a população adscrita é um dos principais objetivos do PSF e que o vínculo tem um papel essencial na transformação do modelo assistencial na direção desejada. A análise do vínculo é referida como tarefa complexa e de ordem essencialmente qualitativa, que sofre influência de inúmeros fatores de natureza individual e coletiva dos grupos imersos em contextos sociais e geográficos distintos, requerendo proximidade, para se poder chegar à conclusão ou uma síntese sobre o seu estabelecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b). Ou seja, apesar de constituir-se um conceito estratégico, evidenciam-se dificuldades de várias ordens, do ponto de vista teórico, da prática e da investigação.

A situação acima mencionada levou-me a formular uma série de questionamentos, quais sejam: o que é vínculo do/no PSF enquanto núcleo conceitual, em sua estrutura, nas condições/requisitos para viabilizá-lo? O que pensam os profissionais de saúde sobre o vínculo? Quais são os caminhos que estão sendo percorridos para o estabelecimento do vínculo entre profissionais das ESF e usuários (individual e coletivo) no cotidiano da prática? O que se alcança em termos de relação dá conta de ser o vínculo do/no PSF? Quais são efetivamente as contribuições dadas pelo vínculo para efetuar transformações requeridas para o atendimento em saúde?

Esses questionamentos me conduziram à formulação do *objetivo da pesquisa* o qual se configurou da seguinte forma: investigar em que medida as relações que médicos e enfermeiras, membros de uma ESF, estabelecem com usuários (individual e coletivo), numa comunidade com PSF implantado, constituem-se como vínculo no sentido estratégico requerido pelo PSF.

Este objetivo fundamentou-se na seguinte *tese* que busquei responder/defender qual seja: *as relações que médicos e enfermeiras estabelecem com usuários (individual e coletivo) numa dada realidade de PSF, constituem-se como ‘vínculo requerido’ quando conseguem demonstrar-se impregnadas pelas (novas) formas relacionais apontadas para o PSF como um todo e alcançar as finalidades estratégicas a ele atribuídas.*

O relatório da tese defendida foi estruturado contendo os seguintes capítulos: 1º) onde explico a opção de estudar ‘vínculo’ e não ‘o vínculo com a família’ e onde argumento sobre a importância do vínculo no PSF; 2º) neste capítulo situo o PSF em seus antecedentes históricos e pontuo alguns aspectos gerais; 3º) compo um quadro teórico conceitual para o vínculo e ainda, apresento e comento produções de autores acerca do tema; 4º) capítulo onde exponho o caminho metodológico percorrido em suas diversas etapas; 5º) apresento os dados referentes ao campo de investigação, contextualizando o ambiente em que se processaram as relações de profissionais das ESFs com os usuários; 6º) onde apresento os temas, as categorias e seus componentes, que emergiram da análise dos dados; 7º) neste espaço busco ampliar o suporte teórico do trabalho a partir das indicações das categorias e frente aos dados; 8º) onde efetuo uma síntese em resposta a tese defendida e ainda considerações relacionadas ao desenvolvimento do trabalho.



## **CAPÍTULO 2**

### **O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **2.1 REVENDO ANTECEDENTES**

Nesta seção pontuo sobre algumas questões relacionadas à organização dos serviços de saúde no Brasil, focalizando a ABS, que antecederam e conformaram o Programa de Saúde da Família (PSF), especialmente a partir da década de 70.

A saúde pública se configurou, efetivamente como tal, no fim do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, quando finalmente pode valer-se racionalmente dos resultados de um imenso trabalho de pesquisa empreendido nos séculos anteriores, conforme coloca Rosen (1994). Ocorreram nos campos da bacteriologia, biologia, física, química, imunologia, medicina, destacando-se dentre outras, figuras como Hipócrates (459-460 teorização sobre condutas e cuidados em saúde), Fracastoro (1478-1553; teorização do contágio), Paracelso (1493-1541; abordagem de problemas de saúde de trabalhadores), William Petty (1623-1687; abordagem estatística de problemas de saúde), Antony Van Leeuwenhoek (1632-1723; fundador da bacteriologia), Jonh Howard (1745-1821; investigador de problemas sanitários em prisões e hospitais), Edward Jenner (1749-1823; produtor da vacina contra varíola), Edwin Chadwick (1800-1890; publicação relacionando pobreza e insalubridade, documento básico para reformadores sanitários), Luiz Pasteur (1822-1895; comprovação da teoria microbiana da doença), Max Von Pettenkofer (1818-1901; introdução de métodos de laboratório no estudo da higiene e saúde pública), Willian H. Welch (1850-1934; fundador da Escola de Higiene e Saúde Pública), Lawrence Flick (1856-1934; organização da primeira sociedade antituberculose nos EEUU),

Wade Hampton Frost (1877-1957; estabeleceu a epidemiologia como ciência aplicável nos problemas de saúde comunitária).

O enfrentamento liberal da pauperização das massas no século XVIII, conseqüente aos efeitos nocivos decorrentes da industrialização mundial (migração de contingentes populacionais para as cidades, jornadas com muitas horas de trabalho, condições insalubre de trabalho e moradia), efetuado principalmente pela filantropia, modifica-se no final do século XIX, já que o desafio posto, era o risco de desagregação do tecido social. O Estado que vinha desempenhando até então um papel residual e acessório, passa a ser o responsável pela materialização da solidariedade, repartindo bens e serviços sociais. Adota-se a noção de risco, oportunizando a dimensionalização probabilística do social, o que permitiu a unificação de problemas tais como o envelhecimento, desemprego e doenças (CAPONI, 2000).

As estratégias para interromper o empobrecimento das massas e a vulnerabilidade social no século XIX ocorreram de forma diferenciada, dependendo das configurações políticas, culturais e econômicas vigentes nas diversas sociedades. Ou sociedades como a inglesa, francesa e americana, que congregavam maior desenvolvimento econômico, político e científico, se antecipam na proposição/implementação de medidas no campo das políticas sociais (ROSEN, 1994).

No século XX se mantém o desafio de *“construir sistemas redistributivos capazes de impedir o crescimento das desigualdades, em um contexto generalizado de mercado, como também com os riscos de desagregação da solidariedade social”* (MAGALHÃES 2001, p. 572).

Benefícios sociais (emprego, educação, seguro desemprego, aposentadorias, serviços de saúde) estendidos a amplos setores das populações ou até universalizados, possibilitaram a configuração de ‘Welfare State’ (Estado de Bem-Estar) em sociedades capitalistas, principalmente após a segunda guerra mundial, foram também adotados de alguma forma, muito menos efetiva e universal, em países periféricos.

As bases conceituais e políticas do ‘Welfare State’ foram a emergência da questão social e a crise econômica mundial. E, sua derrocada ocorreu pelo endividamento do Estado que operou simultaneamente, através de fundos públicos, no financiamento da reprodução da força de trabalho (através dos benefícios sociais) e no

financiamento da acumulação do capital, privilegiando este último. Em função do endividamento o Estado entra em crise fiscal o que põe em risco a continuidade da lógica capitalista, de não poder continuar a privilegiar a acumulação do capital. Tal condição propicia o desmonte do Estado de Bem Estar na década de 70, de forma mais acentuada em países em desenvolvimento como o Brasil, mesmo tendo atingido escassos níveis de implementação dos benefícios sociais.

Para Chossodovsky (1999) a instauração de uma economia globalizada e sob a égide de organizações mundiais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), requereram uma série de mudanças como desregulação ampla da economia, autonomia do setor financeiro, desmantelamento do setor público, que se tornaram prioritárias na agenda política. A política social passou a ser encarada como uma série de medidas destinadas a compensar os efeitos negativos dos ajustes macroeconômicos realizados. O conceito de desenvolvimento social se dilui e cede terreno para o de compensação social, dando um caráter meramente assistencial a determinados segmentos caracterizados pela extrema pobreza. As políticas sociais atendendo a situações limites, assumem o papel de amortecedor das tensões sociais.

O Brasil, assim como outros países periféricos, mesmo sem ter alcançado e consolidado o ‘Welfare State’ em níveis das sociedades capitalistas, sofre os processos decorrentes da orientação neoliberal. Como aponta Iyda (1994), suas políticas de saúde refletem marcadamente a sua evolução político-social, que se orienta pelo modelo internacional das relações capitalistas, porém teve a peculiaridade de inserir-se num Estado em formação, dentro do desenvolvimento capitalista tardio e dependente.

O modelo sanitarista campanhista, que representou a saúde pública tradicional, foi hegemônico no Brasil do final do século XIX até os anos 20/30 do século XX.. Nesta época “(...) o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação” (MENDES, 1993, p. 20).

A substituição do modelo agro-exportador, como decorrência do avanço do processo de industrialização, acarreta novas demandas, dentre as quais a necessidade de restaurar e manter a capacidade produtiva de uma massa de operária emergente,

produzindo-se como resposta o modelo médico–assistencialista (MENDES, 1993). Este modelo desenvolveu-se no interior do sistema previdenciário (IAP's e posteriormente INPS, INAMPS), cobrindo inicialmente trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e suas famílias. Ao longo dos anos, com a continuidade da expansão industrial e das atividades urbanas na economia, este modelo expande-se para outros setores da população, tornando-se abrangente.

No período de 1968 a 1973 o País alcançara crescimento econômico importante e sob égide do regime militar, que passando a contar com financiamento externo, privilegia interesses econômico-corporativos do empresariado privado. Na saúde este período é marcado pelo surgimento de um empresariado, de policlínicas, hospitais privados, medicina de grupo, de desenvolvimento da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos médico-hospitalares, configurando e alçando-se como hegemônico o modelo médico-assistencial privativista (OLIVEIRA, 1989; IYDA, 1994).

O Estado brasileiro não consegue arcar com os custos do modelo médico-assistencial privativista, tanto porque se torna progressivamente caro e complexo pela incorporação crescente dos produtos da indústria de equipamentos hospitalares e farmacêuticas, e também em função do franco crescimento populacional implicando na necessidade de extensão deste modelo a uma população em expansão. O resultado é a geração de uma crise do sistema previdenciário, através do qual o Estado financiava o modelo médico-assistencial privativista, expondo a população à insuficiência, ineficiência e ao caos da assistência em saúde.

Uma tentativa de organizar a situação do setor de saúde ocorreu em 1975 quando aprova-se a Lei 6.229 que cria o Sistema Nacional de Saúde, cuja competências são executadas por vários ministérios: Ministérios da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, do Trabalho e do Interior (ANDRADE et al, 2000). Em 1977, reestrutura-se a previdência, com criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e define-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) como responsável pela assistência médica.

Pires (1998, p. 9) coloca que

o modelo assistencial em saúde no Brasil começa a entrar em crise nos anos 70, numa conjuntura de crise econômica e política. Desfaz-se a ilusão do milagre econômico e verifica-se um aumento dos índices de pobreza, ao mesmo tempo em que os trabalhadores ressurgem em cena, reivindicando maior participação nos benefícios produzidos por toda a sociedade. Constitui-se um quadro conjuntural que força o Estado a abrir espaço para o debate e para a experimentação de novos modelos.

Efetivamente, o processo de reformulação do setor saúde decorreu de pressões sociais efetuadas pelo Movimento Sanitário, iniciado em meados da década de 70, que culminou na proposta de Reforma Sanitária. A Conferência de Alma Ata realizada em 1978, posicionando a atenção primária como estratégia para alcançar a saúde de todos, inspirou e fortaleceu o Movimento Sanitário. Este movimento atuou no sentido de ampliar os debates e mobilização social em prol da redemocratização do país e também a exigência de redefinição das políticas sociais, dada a conjuntura instalada após endividamento e falência do Estado brasileiro, de ampliação da desigualdade social, desproteção e empobrecimento da maioria da população.

Para Da Ros (1991) a conjuntura social brasileira fez emergir o Movimento Sanitário a partir de setores contra-hegemônicos, localizados principalmente nas universidades, conduzidos marcadamente com a participação do movimento estudantil, de profissionais da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, da Associação dos Médicos Sanitaristas, de departamentos de medicina preventiva e social, de escolas de saúde pública, de movimento popular em saúde e outros setores da sociedade civil. Segundo este autor, o movimento sanitário oportunizou enfrentamento da lógica dominante na área da saúde, que privilegiava interesses econômico-corporativos e empresariais do complexo médico-industrial.

O evento mais importante para reforma e mudança de perfil do setor de saúde, no Brasil da década de 80, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Segundo Andrade et al (2000), nela vence o discurso que defende a saúde como um conceito mais social que biológico, este típico do modelo curativista, reconhecendo-se a essencialidade da atenção primária; define-se por consenso que o setor de saúde do Brasil necessitava de uma mudança ampla, radical, no seu arcabouço jurídico-

institucional. A Conferência teve como desdobramento a aprovação de um projeto de reforma sanitária que serviu de referência para a elaboração da Constituição de 1988, na qual se consolida a idéia de um Sistema Único de Saúde.

Para Viana et al (1998, p. 12), a reforma que se instalou foi radical, por alterar significativamente o funcionamento do sistema de saúde do país. Este modelo inscrito na Constituição brasileira de 1988, define-se por três características:

criação de um modelo nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal) e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários)

A implementação do SUS foi iniciada na década de 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta das Leis Complementares nº 8.080/90 e 8.142/90. A primeira regula a descentralização político administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão, financiamento e condições de funcionamento. A Lei nº 8.142/90 regula a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Várias normas e portarias do Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), foram emitidas para regular o sistema. A norma atual, NOB-SUS 01/96, fortaleceu a idéia do SUS em nível municipal, através da regulação da gestão do sistema de saúde criando: o Sistema de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (programação municipal) e a Gestão Plena dos Serviços de Saúde (programação dos serviços de saúde). Criou também um mecanismo para pagamento das ações básicas de saúde (Piso de Atenção Básica - PAB), que instituiu a transferência regular e automática dos recursos federais (do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde) para os municípios habilitados como gestores da atenção básica e valores agregados para estimular outros programas como o da Saúde da Família, Vigilância à Saúde, Farmácia Básica (VIANA et al, 1998; ANDRADE et al, 2000).

São criados ainda os conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, Comissões de Intergestores Tripartite para a União, Bipartite para os Estados, Conselhos de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselhos de Secretários

Municipais de Saúde (CONASSEMS), como instâncias de negociação, pactuação, para favorecer a implantação, suporte e acompanhamento do SUS.

A proposição do SUS, não modifica a crise aguda de oferta de serviços da saúde ainda vigente no país nos anos 90 e foi isto, segundo Viana et al (1998, p. 15) (...) *“uma das razões para dar início a partir de 95 a reforma da reforma da Saúde no Brasil, ou do processo de reforma incremental do SUS, concretizada pelos Programas de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”*.

Ainda, segundo Viana et al (1998, p. 29)

até a formulação do PSF não existia nenhuma proposta concreta de assistência básica para o SUS. A proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e de distritos de saúde, não se impunham como instrumento suficientemente forte no sentido de uma mudança radical das práticas de saúde e do maior impacto dessas ações sobre a população ou seja, sobre o grau de efetividade dos sistemas locais de saúde.

Assim o papel atribuído ao Programa de Saúde da Família, foi articular no *“âmbito comunitário os preceitos da ação local e integral com os princípios basilares do SUS”* (ANDRADE et al, 2000, p. 90) dando andamento a este, que segundo Mendes (1996), deve ser entendido como um processo social em marcha, que não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para o seu término (...).

O SUS é responsável por 80% da rede de atenção primária e secundária do país e também por boa parte da rede de alta complexidade. Lida com problemas variados que se configuram como seus desafios, dentre eles: diferença populacional dos municípios, desigualdade social da população, a inexistência de recursos humanos em quantidade e formação requisitadas, a falta de sintonia do aparelho formador e a realidade onde os profissionais atuam.

Finalizando esta incursão sobre eventos recentes na evolução da organização dos serviços de saúde do País, convém recolocar que as conquistas obtidas pelo Movimento Sanitário, no Projeto de Reforma Sanitária, consolidadas na Constituição de 1988 e na criação do SUS, estão em contínua tensão e ameaça, advindos de um contexto no qual está incluído o Estado, que se por um lado lhe dá sustentação, por

outro se inclina às pressões advindas das exigências de entidades que requerem práticas neoliberais, como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI).

## **2.2 UMA BREVE APRESENTAÇÃO DO PSF**

A partir de 1991 o MS valida experiências vigentes nas regiões norte e nordeste do País, que trabalhavam com a figura do agente comunitário de saúde, formulando o PACS.

Os ACS foram percebidos pelo MS como peças importantes para a organização do serviço básico de saúde dos municípios, pela sua atuação como elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde e atividade de mobilização da população para o cuidado da saúde, em atividades básicas de promoção e prevenção. O PACS tanto antecedeu como forneceu bases para formulação do Programa de Saúde da Família (PSF) proposto em 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Conforme Souza (2000, p. 7) o PSF inicialmente não foi uma prioridade governamental. Foi elaborado como programa de um Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, desarticulado de outros setores do MS. Desde o seu início em 1994 o PSF

valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade dentre outros (SOUZA, 2000, p. 7)

Suas proposições se inseriam nos debates e movimento de descentralização e municipalização da saúde, desafios para a efetiva implantação do SUS, mas seu sistema inicial de financiamento se fazia pelo modelo de pagamento de procedimentos executados, incompatível com o proposto pelo PSF, de produção social da saúde (Souza, 2000). Ainda, no documento de 1994, foi atribuída ao PSF a focalização de 32



milhões de excluídos, conforme o mapa da fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e por isso tem carregado o estigma de ser voltado para os pobres.

Em 1995 o PSF passou a ser incorporado pela Secretaria da Assistência à Saúde, gerando a organização do Departamento de Atenção Básica, depois foi vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde, obtendo progressiva relevância e passando a constituir-se uma das grandes prioridades do MS. Em 1998 o sistema de financiamento evoluiu através da operacionalização da NOB-SUS/96, chegando-se à condição atual, de ser desenvolvido com recursos do governo federal e com contrapartida dos estados e municípios.

Para Souza (2000) as mudanças na lógica de financiamento, aliadas a outras medidas técnicas, foram adotadas para induzir o aumento da cobertura populacional pelo PSF, ao mesmo tempo, para promover a substituição do sistema e das práticas tradicionais de atenção de saúde, na direção do novo modelo.

Várias são as circunstâncias que têm favorecido a disseminação do PSF por todo o país tais como: a alocação importante de recursos financeiros repassado diretamente aos municípios; a mobilização do Ministério da Saúde para divulgar suas propostas principalmente através de conferências e seminários nacionais e internacionais, além da produção de documentos orientadores e normatizadores; a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família em 1997, para atender os requisitos dos novos perfis profissionais requeridos; as oportunidades de geração de novos empregos no setor saúde.

O MS publicou duas versões sobre o PSF (conceito, diretrizes, funcionamento), em 1994 e em 1997. No primeiro documento, de 94, o PSF era mencionado como novo modelo de assistência para modificar o modelo tradicional vigente, através do desenvolvimento da atenção primária. Na segunda versão, publicada em 1997, alguns conceitos e diretrizes são aprofundados e outros revisados. O PSF passa a ser definido e defendido como sendo uma estratégia; detalha atribuições da equipe, indica necessidade de atuar sobre fatores de risco, inclui atenção curativa, aborda a promoção das parcerias através de ações intersetoriais, considera que seu caráter é substitutivo (busca transformar toda a rede de atenção primária numa rede que adote conceitos e diretrizes do PSF/SUS); define também práticas para reorganização do

trabalho tais como diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e programação local. Após o ano de 2000 o MS publica os Cadernos de Atenção Básica-Programa de Saúde da Família, detalhando e explicitando conceitos, diretrizes e forma de implantação, sem mudar qualitativamente o que já fora apresentado (SANTOS, 2002).

A discussão sobre o PSF ser programa ou estratégia foi produzida e manteve-se ao longo da sua consolidação. ANTUNES et al (2001) coloca que o PSF passou a ser definido como estratégia uma vez que apresentava os requisitos desta, ou seja, tem o potencial de produzir mudanças incrementais, transformadoras, que poderiam impactar tanto no sentido horizontal do sistema, como verticalmente, nas suas camadas superiores e inferiores. Sousa (2000), Costa Neto (2000), Costa Neto et al (2001) são autores que também consideram que o PSF seja estratégia.

Já autores como Franco e Merhy (1999, 2003) referem que o PSF se coloca como programa dado o alto grau de normatividade em sua implementação. Formato das equipes, funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados pelo MS. São definidas, a priori, locais de assistência, listas de atividades a serem realizadas por cada equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde.

Como os dados deste trabalho apontaram para predominância da posição colocada por Franco e Merhy (1999, 2003), a qual também é identificada por outros autores que aparecem ao longo deste texto (BERTONCINI, 2000; ALONSO, 2003, FERTONANI, 2003) a posição que assumo é de que a realidade do PSF o tem caracterizado como um programa, que persegue o ideal de ser estratégia.

Da mesma forma que o SUS, a matriz teórica filosófica do PSF foi construída agregando contribuições da sociedade em geral, de grupos especiais, orientados por idéias progressistas/solidaristas da saúde coletiva, em cujas trajetórias se atestava a participação no processo de redemocratização do país e empenho na mudança das práticas de saúde coletiva. Além destas, agrega as influências decorrentes da filosofia neoliberal. Desde seu nascimento evidencia-se o embate que vai posteriormente reger a implementação e execução do PSF, da disputa entre paradigmas solidário/progressista e neoliberal (VASCONCELOS, 1999; SOARES, 2000).

O PSF tem tido *avaliações positivas* e outras ressaltam seus problemas. Estes últimos serão abordados no capítulo 7, no item 7.2.2.

Sousa (2001, p. 50) refere impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, e argumenta que se constituíram fatores motivadores da disseminação da Estratégia pelo país, tais como:

alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade e cuidado com a assistência prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas (que passou a girar em torno de 90%); aumento das coberturas vacinais; do pré-natal e dos portadores de agravos específicos como hipertensão e diabetes; aumento do percentual de aleitamento materno; aumento do percentual do SRO e controle das doenças diarréicas, o que provocou redução da mortalidade infantil de vários municípios.

Bertoncini (2000) identificou através de pesquisa, efetuada junto a profissionais da ESF, mudanças no seu contexto do trabalho e nas ações de saúde em função da implementação do PSF. As equipes citaram como diferenciais em seu trabalho o gostar do que fazem; atuarem de forma comprometida, baseada no vínculo e coresponsabilidade; terem maior adesão da população; obterem experiência no cotidiano do trabalho; desenvolverem um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; produzirem alargamento das ações de promoção; terem a possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua junto à população/comunidade; reduzirem as internações hospitalares; produzirem melhora do acesso da população à rede básica de saúde; efetuarem o diagnóstico mais precoce das doenças; introduzirem práticas assistenciais inovadoras; incrementarem a utilização de práticas assistenciais de baixa aplicação no modelo anterior.

O outro impacto positivo do PSF pode ser verificado ao nível da formação profissional. Após a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, para atender necessidades de formação requeridas pelo PSF, em 1997, os mesmos tem atuado junto as ESF, bem como junto as instituições de ensino para promover mudanças curriculares que possam dar conta das

demandas requeridas. Como resposta à política de formação, inúmeros cursos de especialização e residência em saúde da família surgem em várias partes do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 a).

Detalhamentos acerca da matriz teórico operacional do PSF serão apresentados posteriormente, no capítulo 7, no item 7.2, procedimento adotado em função da necessidade de sustentar categorias que emergiram da investigação, evitando-se neste caso, possíveis repetições.

## **CAPÍTULO 3**

### **VÍNCULO:TEORIA E PRÁTICA**

#### **3.1 VÍNCULO COMO UM CONCEITO DA PSIQUIATRIA E DA PSICOLOGIA SOCIAL**

O termo vínculo provém do latim dos vocábulos ‘vínculum’ que significa união do tipo ligadura, atadura, de características duradouras e ‘vinco’ (sentido de dobra) referindo-se à ligação entre partes unidas porém claramente delimitadas entre si.

Tem sido empregado correntemente tanto na linguagem cotidiana quanto na mídia, nas produções teóricas de várias áreas e abundantemente, na área da saúde. Este uso disseminado tem em comum a idéia de ‘ligação’.

Quando se efetua uma maior aproximação com o termo/conceito, especialmente quando se apresenta com um complemento, evidencia-se uma complexificação comumente não levada em conta. Ou, podem-se encontrar inúmeros tipos de vínculo como o maternal, filial, geracional, afetivo, amoroso, simbiótico, de dependência, transferencial, analítico, de confiança, de identificação, de reconhecimento, de sociabilidade, de compromisso, de co-responsabilidade, e ainda o vínculo interpessoal, intrapessoal (com partes do próprio sujeito) e vínculo social. Se o vínculo for de dependência ou simbiótico se coloca algo mais ou a possibilidade de alguém ‘funcionar’ como objeto nesta ligação.

Essa multiplicidade de denominações que se pode encontrar quando se aborda vínculo evidenciam-se diferentes configurações, naturezas e agentes envolvidos. Os últimos podem ser, por exemplo, um bebê e sua mãe, um homem e uma mulher, um psiquiatra e um paciente da saúde mental, um profissional da saúde e um grupo, ou

um grupo com suas comunidades, etc. Em trabalhos como os de Zimmerman (1996), Garelli e Montuori (1997), Katz (1999), Berenstein (2001), Coelho (2002) encontram-se referenciados autores fundamentais no estudo do vínculo, tanto na linha psicanalítica quanto na linha psicológica, quais sejam Freud, Klein, Bion, Bowlby, Spitz, Berenstein, Winnicott, Ainsworth, Braselton. As versões psicanalítica e emocional afetiva primária do vínculo serão abordadas muito sucintamente neste trabalho, já que não se constituem como fundamento teórico do mesmo.

Adoto a versão de vínculo numa perspectiva social, uma vez que é nesse sentido que considero que se processe o estabelecimento de vínculo no PSF. Para tal busco suporte teórico em Pichon-Rivière, que formulou uma teoria conceitual nesta orientação, e também em autores como Campos e Merhy, da Saúde Coletiva, que tratam do vínculo nos serviços de saúde.

Bowlby (1990), Kennell e Klaus (2000), Garelli e Montuori (1997) são alguns dos vários autores que tratam da teoria do “attachment”, uma nomeação que designa o vínculo afetivo primário da relação mãe-filho. São as relações que se iniciam em geral antes da concepção e que continuam após o nascimento, sendo uma ligação básica no desenvolvimento sócio emocional das crianças.

Para Kennell e Klaus (2000, p. 15) o vínculo de pais com seus filhos deve ser além de poderoso, a mais importante das ligações humanas ou ser tão forte que de um lado possibilite a sobrevivência e desenvolvimento dos bebês, de outro capacite seus pais a fazerem sacrifícios contínuos necessários para o cuidado. Estes autores definem vínculo como “*um relacionamento específico, único entre duas pessoas, que dura ao longo do tempo*”. Pode ser identificado pelas expressões de afeto, por gestos de um em direção ao outro. Colocam que para formar vínculo há todo um processo, no qual interfere a história dos pais, sua conjugalidade, o equilíbrio emocional da mulher na gravidez. Uma conjuntura desfavorável interfere na construção desse vínculo.

Garelli e Montuori (1997, p. 122) entendem por “*attachment*” o vínculo *afectivo que une uma pessoa a outra específica, claramente diferenciada y preferida, vivida como más fuerte y protectora, y que las mantiene unidas ao largo del tiempo*”. Separações prolongadas, falta de respostas protetoras, inconsistência nas respostas

produzem rupturas e patologias no vínculo, levando algumas crianças crescerem ansiosas e deprimidas, e outras a se tornarem frias, agressivas e anti-sociais.

Coelho (2002, p. 108) aborda o vínculo na perspectiva psicoterápica, baseado em autores como Freud, Klein e Bion e assim o define:

vínculo psicoterápico é aquele que dá suporte necessário ao cliente para que possa depositar na relação transferencial, toda a incompreensão de seu conteúdo mental, a incoerência que habita seus pensamentos, suas fantasias o absurdo que lhe constitui enquanto ser humano.

Um ponto que o autor destaca é que para se constituir vínculo terapêutico, o processo de sua construção tem de cumprir sua função de ser o que se propõe ou ser terapêutico, uma vez que poderia não se constituir assim.

Para Katz (1999, p. 36) o vínculo terapêutico psicanalítico se processa quando se alcança a interação, mas esta só é possível quando o terapeuta e cliente estão em diálogo simultâneo no qual se dão múltiplas e contraditórias narrativas, inclusive a do terapeuta. Sua perspectiva consiste em *“ajudar o paciente recontar sua história, de maneira que lhe permita compreender as origens e significados de suas dificuldades atuais a fim de tornar mais concebível, alcançável e coerente o caos de sua vida”*.

Berenstein (2001, p. 246) usa o termo vínculo *“como uma estrutura inconsciente que une dois ou mais sujeitos, e que os determina em base a uma reação de presença”*. Essa abordagem psicanalítica requer que se considere, dentre outros pontos, o sujeito, a lugar do outro, a realidade interna do sujeito e suas relações com a realidade. Encontro pode ser ou não a origem do vínculo, já que para que isto ocorra há necessidade de acontecimentos como produzir mudança nos envolvidos.

Zimerman (1996, p. 710), também numa abordagem psicanalítica, propõe um novo tipo de vínculo que nomeia ‘vínculo de reconhecimento’ e o termo ‘reconhecer’ para o autor *“abriga quatro conceituações: 1) de reconhecimento (de si próprio); 2) reconhecimento do outro (como alguém diferente dele); 3) ser reconhecido ao outro (como expressão de gratidão); 4) ser reconhecido pelos outros”*. Este tipo de vínculo, aplicado na terapia analítica, está embasado na necessidade humana, crucial, de *“em qualquer idade, circunstância, época ou geografia, sentir-se reconhecido e valorizado*

*pelos demais, de ter existência como individualidade*” (ZIMERMAN, 1996, p. 712). Aqui o analista tem um importante papel de participar e criar o conhecimento, o clima emocional e sobre o que se passa entre ele o analisando. Neste espaço comparecem as ânsias de ambos, embora de forma assimétrica, de se verem reconhecidos em suas necessidades, desejos e demandas.

### **3.2 TEORIA DO VÍNCULO DE PICHON-RIVIÈRE**

A escolha de Pichon-Rivière como uma das orientações deste trabalho recaiu tanto em função de ter transposto o conceito ‘vínculo’ para o âmbito das relações sociais, aplicando-o dentro de instituições, embora o faça numa orientação psicanalítica, e também por ter proposto um desvelamento do núcleo conceitual do vínculo. Muitos autores partem da premissa que ao mencionar “vínculo” sua estrutura nuclear esteja revelada no sentido ‘ligação/elo’ e se concentram no desvelamento do seu complemento, como ocorre em Campos e Merhy, cujas proposições serão apresentadas adiante.

Pichon-Rivière, psicanalista, nasceu na Suíça em 1907, viveu e desenvolveu seu trabalho na Argentina. Entre 1956 e 1957 apresentou sua Teoria do Vínculo, sendo que sua produção foi organizada (gravada, transcrita) pelo psiquiatra Fernando Tagarano e publicada em 1982.

Apesar de sua formação original, Pichon-Rivière deu ênfase à psiquiatria social, estudando a relação indivíduo-grupo e as questões institucionais. O autor trabalhou simultaneamente com behaviorismo, a pesquisa fenomenológica existencial e a dialética materialista. Considerava que o aspecto exterior da conduta estava ligado ao aspecto interior da vivência, esta construída historicamente, formando um todo, no aqui agora de qualquer situação.

Para Pichon-Rivière (2000) o conceito de vínculo pertence tanto ao campo da psiquiatria quanto da psicologia social. A psiquiatria e a psicanálise têm interesse predominante no vínculo interno, que possui uma representação manifesta e uma



latente, enquanto que a psicologia social tem sua predominância de interesse no vínculo externo.

Na Psicologia Social o vínculo é um conceito instrumental pois caracteriza uma estrutura perfeitamente visível, manejável operacionalmente e passível de investigação. Mesmo que se estabeleça entre duas pessoas será, nesta perspectiva, um vínculo social. *“Através da relação com essa pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados”* (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p.31).

Pichon-Rivière (2000, p.113) definiu vínculo como uma estrutura de relação especial que se forma a partir de um tipo particular de relações. Esta inclui *“um sujeito e um objeto (ou o outro), a relação do sujeito ante ao objeto e a relação do objeto ante ao sujeito, cumprindo os dois uma determinada função de objeto, estabelecendo uma relação particular entre eles”*.

Tal estrutura funciona de forma dinâmica, em contínuo movimento e é acionada ou movida por motivações psicológicas.

Esta relação particular tem como consequência uma conduta mais ou menos fixa com este objeto, formando um ‘pattern’, uma pauta de conduta que tende a se repetir automaticamente tanto na relação interna quanto na relação externa com o objeto (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 17).

No vínculo os componentes se alternam, sendo primeiramente interno, depois externo, volta a ser interno e externo, configurando uma espiral dialética permanente.

*“O emergente tem uma estrutura, uma forma, uma configuração, é uma gestalt”*, em contínuo processo de formar-se. A esta se junta uma interpretação resultante; num campo de trabalho os envolvidos fazem uma nova gestalt contendo o emergente destes. O que aparece no objeto depende em boa parte da atitude do sujeito, do seu modo de ser, do ambiente do encontro, das interpretações anteriores. *“Todo o processo se refaz e retro alimenta em permanente ação em espiral dialética”* (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 90).

Pichon-Rivière (2000) considera que há vínculos normais e patológicos, sendo vínculo normal, numa relação adulta normal, aquele que se estabelece entre um

sujeito e um objeto diferenciados, ou seja, tanto sujeito quanto objeto escolhem o objeto livremente. Mas para o autor nunca existe um só tipo de vínculo. As relações que o sujeito estabelece com o mundo são mistas, na medida que emprega, simultaneamente, estruturas vinculares diversas.

A maneira particular de um sujeito estabelecer vínculo se expressa na conduta e, portanto, pode ser observada. Conduta, segundo Pichon-Rivière (2000, p.46) “*é a expressão de um vínculo em termos daquilo que se vê*”.

As relações atuais dos sujeitos sofrem influência dos condicionamentos históricos dos vínculos, os quais compõem uma pauta de conduta inconsciente, tanto em relação a vínculos, como aos papéis que o sujeito desempenha frente a outros. Símbolos e seus significados, construídos na história de uma pessoa, determinam a reação particular frente a um acontecimento que está influenciando um objeto (ou pessoa). Ou as características da estrutura de relações, que configuram o vínculo pessoal, são variáveis e tem significados particulares para cada sujeito, dado que cada sujeito difere dos demais em sua personalidade e aparelho psíquico envolvido.

Outros conceitos que Pichon-Rivière (2000, p.55) agrega ao conceito de vínculo são o de campo psicológico, papel, status e comunicação. Campo psicológico é o local onde ocorrem as interações entre a personalidade e o meio, integrando a influência da sociedade sobre os sujeitos. “*A sociedade está dentro e fora, mas a sociedade que está dentro o está de uma maneira particular para cada indivíduo*” caracterizando uma relação dialética. Pichon-Rivière (2000) apoia-se no autor Lagache para abordar a composição de campo psicológico. O campo psicológico possui: contorno, a situação, a conduta exterior, a vivência e os produtos da atividade dos sujeitos. O ‘*contorno*’ é concebido como um conglomerado de situações e fatores humanos e físicos que estão em permanente interação, exercendo influência sobre o que ocorre. No conceito de ‘situação’ incluem-se as modificações em que o meio é o agente. A ‘conduta exterior’, provocada ou espontânea, acessível à observação, compreende as diversas formas de comunicação, em particular a palavra. A ‘vivência’ ou experiência vivida, aquilo que está acontecendo, é inferida pela conduta exterior e comunicada verbalmente pelo sujeito. Frente a esta conjuntura surgem os produtos ou o que pode ser materializado (uma obra de arte, relatos, registros).

Para Pichon-Rivière (2000, p.64) “a *situação de vínculo sempre inclui o papel*” sendo que a compreensão deste é fundamental para se compreender o outro. O autor aponta características do papel como: poder ser transitório, ser exercido numa determinada situação com uma função definida e de um modo particular por cada pessoa. Um sujeito pode assumir o papel (ou papéis) de forma consciente e voluntária ou inconscientemente, quando representa aquilo que lhe é atribuído por outros, sem resignificá-lo.

Papel e status são conceitos estreitamente relacionados. Frente ao papel (elemento qualitativo) ao ser considerado seu nível e seu prestígio, configura-se o status (elemento quantitativo). Os integrantes de um grupo são considerados como estruturas que funcionam em um determinado nível com determinadas características. O nível é o status e as características são dadas pelo papel (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Pichon-Rivière (2000) também reforça a ligação dos fenômenos com a noção de tempo-espaço, pois estes não podem ser concebidos sem os mesmos. Para o autor tudo está em movimento e a estrutura em transformação varia num tempo, configurando-se uma tridimensionalidade, fenômeno-espaço-tempo.

Em sendo o vínculo uma estrutura, dentro dessa estrutura ocorre a comunicação, que será boa se os seus integrantes assumirem os papéis a ele atribuídos. Caso esta condição não se concretize produz-se o mal entendido e a comunicação fica comprometida.

Quando um dos dois não acusa o impacto do outro, quer dizer não assume o papel que lhe é adjudicado ou, principalmente não informa a adjudicação produz-se à indiferença e, nesse caso a comunicação se interrompe. (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p.117).

### **3.3 VÍNCULO NA ÓTICA DE AUTORES DA SAÚDE COLETIVA**

Os autores, Campos, Merhy e Franco foram escolhidos para complementar a configuração teórica da temática do vínculo. Além da importância dos mesmos na área da saúde coletiva, foi nesses autores que encontrei um volume maior de produção

sobre o tema em pauta. Ressalto que a menção do termo vínculo encontrada amplamente nos textos sobre o PSF não corresponde à produção de um corpo teórico sobre este.

### 3.3.1 AS PROPOSIÇÕES DE CAMPOS

Campos (1997) apresenta pelo menos dois eixos argumentativos sobre vínculo: o primeiro trata da relação profissional x cliente e o segundo se refere a uma dada responsabilização profissional.

Com relação ao primeiro eixo argumentativo Campos (1997, p.244) se refere ao conceito de transferência e contra-transferência, baseado em Freud, indicando que nas relações entre profissionais e clientes elas sempre estariam ocorrendo. *“Transferência seria o modo como um sujeito significa e representa – sempre se utilizando, em alguma medida, do recurso do deslocamento – o outro com o qual se relaciona”*. A transferência gera a contra-transferência.

As representações dos profissionais foram construídas ao longo de suas trajetórias pessoais, tendo peso a sua formação, suas referências sociais ou ainda pressões e constrangimentos das instituições. O que seriam os clientes então: coitadinhos, figuras culpadas por sua enfermidade, desvalidos sociais? Quando as representações negativas se tornam fixas perde-se a possibilidade de *“distinguir singularidades de cada caso como de compreender a dinâmica do processo de saúde-doença-intervenção”* (CAMPOS, 1997, p. 245).

No trabalho em saúde a subjetividade está sempre presente pelo contato com as dimensões físicas e emocionais do outro, as coisas do medo, sofrimento, da vida e da morte. Mas a subjetividade não vem sendo considerada pela administração dos serviços de saúde. Nem mesmo a clínica e a saúde pública valorizam esse elemento capital do trabalho sanitário, inventando técnicas pra objetivar as expressões subjetivas dos sujeitos a serem cuidados. (CAMPOS,1997).

Campos (1997, p. 236) coloca que o vínculo só se produz quando há relação entre sujeitos, jamais nas circunstâncias em que o cliente foi reduzido à condição de objeto. Como sujeitos, estarão *“habilitados a lidar com os constrangimentos do contexto, para, a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhem”*

É importante diferenciar as posições de Pichon-Rivière e Campos sobre o termo ‘objeto’. Quando Pichon-Rivière (2000) refere-se a *objeto*, o faz como representação de algo ou alguém com que se estabeleça relação, sem pré-suposição de degradação. Campos refere-se a “*condição de objeto*” onde um indivíduo, o usuário dos serviços de saúde, está degradado ou destituído de sua condição de sujeito, nas interações estabelecidas nos serviços de saúde.

Nas palavras de Campos (1997, p. 251):

a hipervalorização das técnicas de objetivação e, portanto uniformização, arrefeceu em muito a preocupação com a subjetividade e com a cultura dos clientes. Em certa medida passa-se a impressão de que o trabalho clínico ou sanitário seria passível de automatização, de um desenrolar de procedimentos, em grande medida independente do agente executor e do paciente sofredor ou da população em risco de adoecer.

Tanto o processo de formação como a experiência institucional dos profissionais exerce um duplo efeito sobre sua subjetividade: não somente os treinam a se relacionarem com sujeitos degradados à condição de objeto, como reforçam a sua alienação e desmotivação.

Com relação ao segundo eixo argumentativo Campos (1997) coloca que a responsabilização do profissional por determinado número de casos, implicaria no desenvolvimento de ações, por exemplo, de viabilização de interconsultas, internação, exames complementares, intervenções terapêuticas pontuais. Nesta forma de trabalhar, o profissional teria de dispor de autonomia para criar e desencadear mecanismos de cuidados necessários; isto poderia tanto identificar sua ‘obra’, como permitiria a avaliação de quem a produziu. Todo o controle institucional do trabalho dos profissionais se daria através do acompanhamento do atendimento clínico, organizado sob a égide do vínculo, já que os resultados do trabalho de cada um seriam facilmente identificáveis pela gerência e pela clientela.

Mesmo reconhecendo a superioridade do trabalho em equipe, Campos (1997, p. 249) advoga “*necessidade da definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso*”. Na equipe sempre teria alguém administrando cada caso, concretizando-se desta forma o conceito de vínculo e adscrição individual da

clientela. Esta condição não prescinde o apoio dos outros membros da equipe ou de outros serviços de saúde.

Em princípio, saber conduzir casos deveria fazer parte do campo de todo profissional de saúde (...).Conforme as características centrais da intervenção seria designado o responsável (...). O mesmo tipo de raciocínio poderia ser aplicado a problemas coletivos. Equipe, mas com definição clara de responsabilidade. (CAMPOS, 1997 p. 249 e 250).

É necessário também que o vínculo seja uma ligação mais estável e duradoura, recriada no cotidiano, permitindo nessas condições que o paciente exerça melhor seus direitos de cidadania, quando do conhecimento do nome, posto e atribuições dos responsáveis por ele.

A noção de vínculo é central para mudança do modelo de atenção ou para modificar os padrões da relação profissionais de saúde/clientela. E ainda, é necessário ampliar coeficientes de vínculo dos profissionais com pessoas portadoras de problemas concretos dentro de um certo contexto existencial. Essa seria, para este autor, a pedra de toque de qualquer projeto que pretendesse mudar o modelo de atendimento.

Para Campos (1997) o vínculo inserido na prática clínica é o que permite combinar autonomia e responsabilidade profissional, é o que promove desalienação. Neste sentido o processo de trabalho, precisa estimular a liberdade criadora e ampliação de responsabilidades dos trabalhadores, produtoras de vínculo e de re- ligação dos profissionais com sua ‘obra’.

### **3.3.2 AS PROPOSIÇÕES DE MERHY e FRANCO**

O vínculo para *Merhy* (1997,1999) constitui-se numa tecnologia leve. A tecnologia leve constitui o modo relacional de agir quando da produção de atos de saúde, está representada pela produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão dos processos de trabalho. “*Autonomização significa ter como resultado*

*esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para viver a vida”* (FRANCO E MERHY, 2003, p.84).

Criar vínculo implica em estabelecer relações tão próximas que favoreçam a sensibilização dos trabalhadores para o sofrimento do outro (individual ou coletivo), em ter responsabilidade pela sua vida e morte “*dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal*”. Implica ainda em “*permitir a constituição de um processo de transferência entre usuário e trabalhador que possa servir para a construção da autonomia deste usuário*” (MERHY, 1997, p. 138).

Sendo tecnologia, vínculo refere-se também a um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. As tecnologias, para Merhy (1997, 2003) Merhy et al (1997), Franco e Merhy (2003), são importantes por configurarem um dado modelo de assistência, revelarem o modo como se produz serviços de saúde, traduzidos pela capacidade de absorver a demanda, de efetivamente resolver problemas de saúde, revelar os custos dos serviços e também, a relação entre os sujeitos deste processo. Ressaltam que para efetivamente remodelar a assistência de saúde requerida, pelo PSF, às tecnologias leves devem governar o processo de trabalho, mesmo que também se utilizem tecnologias dura e levedura para operar o cuidado em saúde.

Acolhimento, implica na possibilidade de universalizar o acesso a unidade de saúde aos usuários que dela necessitarem. Implica na escuta atenta do usuário, na busca de resposta e no compromisso com a solução do problema de saúde que apresenta, também como encaminhamentos quando necessário. Tanto atua na humanização do atendimento como na reorganização do trabalho de equipes locais. Para Franco e Merhy (2003, p.121, 122)

o acolhimento ao usuário e a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança e a produção do cuidado e da cura, visando à recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-individuais ou coletivos, bem como da promoção e defesa da sua vida

A tecnologia dura representa os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais. A tecnologia leve-dura

é leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os caso de saúde e na maneira de organizar a atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (MERHY, 1999, p. 307).

A tecnologia leve-dura opera, por exemplo, na clínica médica, psicanalítica e na epidemiologia.

À semelhança de Campos (1997, 1998, 1999), para Franco e Merhy (2003, p.84), o vínculo é o que permite que os usuários estabeleçam referências “*a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado*”.

Como nas relações sempre ocorre o encontro entre as subjetividades das pessoas, Merhy (1997) considera que o mecanismo de transferência e contra-transferência, conceituado por Freud, poderia representar o universo da tecnologia leve do trabalho vivo, dado que acolhimento e vínculo, sendo componentes do universo tecnológico do trabalho vivo em ato, poderiam dar sentido ao usuário no interior do processo de trabalho, sentido este que se ‘capturado’, poderia aumentar seus graus de autonomia.

Em qualquer encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde e trabalhador em saúde, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, sempre se configura um espaço relacional. Neste espaço ocorre fala, escuta, interpretação e *disputas permanentes de intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde* (MERHY, 1997, p. 76). O usuário (...) “*sempre procura obter nesse encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a ‘sinceridade’, a ‘responsabilização’ e a confiança na intervenção, como uma possível solução*” ( MERHY, 1997, p. 76, 77).



O que se produz nas relações não é um somatório do que ocorre em função da interseção (ponto de encontro) e sim um produto que existe apenas no momento da relação, gerado por um processo que se dá entre sujeitos (inter), que se colocam como instituintes na busca de novos processos .

A aceitação do ‘problema de saúde/necessidade’ de saúde apresentada pelo usuário varia amplamente, tanto em função dos critérios de quem atende como em função dos critérios com que o serviço opera. Neste espaço também se pode evidenciar quando a base da relação é aquilo que é trazido pelo usuário.

No espaço relacional, onde ocorre o processo de interseção, ocorre o atendimento, que pode se dar de múltiplas formas e isto acarreta implicações tanto ético-políticas, institucional como individual. Tanto pode ocorrer a negação da assistência, como sua confirmação, mas a lógica adotada pode ter ampla variação. Assim pode abrir-se ou não para

(...) um processo de escuta dos problemas, para uma troca de informações, para mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais (MERHY, 1997, p. 77).

Desta condição decorre uma das discussões mais importante para os serviços saúde, qual seja, sobre o modo de proceder para atingir a finalidade dos serviços, de promover e proteger a saúde, individual e coletiva, além da cura, pois este modo de proceder pode ou não ser promotor da saúde e da cura. Procedimentos serão cuidadosos se produzirem ganhos para o usuário ou recuperem graus de autonomia no modo do usuário andar na vida. Daí que interrogar o formato de realização das tecnologias das relações permite analisarem-se estrategicamente modelos de atenção em saúde, já expõe intensamente as falhas, os jogos de sentido e sem sentido das práticas de saúde (MERHY, 1997, 1999, 2003; MERHY et al, 1997).

A finalização do trabalho, o resultado que produziu, permite qualificar o processo, se intercessor, se acolhedor e resolutivo em termos do “problema de

saúde/necessidade” apresentado, e também se favoreceu do ponto de vista do usuário, reconhecer a adequabilidade do processo frente ao que solicitou.

No trabalho em saúde, mesmo diante da captura do trabalho vivo em ato pelas forças instituídas (tecnologias duras e leveduras), a autonomia do trabalhador é bastante ampla, porque a captura vai ser dar no processo intercessor e este é “quase estruturado” ou não é possível estruturar totalmente o modo relacional de agir quando da produção de atos de saúde.

Ou, mesmo que o trabalhador

tenha o seu trabalho vivo capturado pelo trabalho morto, opera com um dado ‘auto-governo’ que lhe dá inclusive a possibilidade de ‘privatizar’ o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando (MERHY, 1997, p.77).

Considerando a autonomia dos trabalhadores e a aplicação das tecnologias leve, há muito que os profissionais e gestores do processo de trabalho podem fazer no sentido de modificar o atual modelo ‘médico centrado’ para um modelo de assistência ‘usuário centrado’, como o previsto no PSF.

### **3.4 CONSTRUINDO UM CONCEITO REFERÊNCIA**

Conforme já colocado anteriormente, não encontrei nos documentos do Ministério da Saúde, que propõe o PSF, um quadro teórico que desvelasse o conceito de vínculo em si ou quando agregado aos termos ‘compromisso e co-responsabilidade’ entre profissionais e comunidade. Creio ser este um dos fatores que produz entendimentos diferenciados, junto aos trabalhadores de saúde e na própria produção teórica relacionada ao PSF, evidenciadas quando vínculo é significado como ‘dar-se bem’, ‘gostar’, ter amizade ou ser confundido com ‘bom relacionamento interpessoal’.

Numa citação de Costa Neto et al (2001, p. 11) podemos encontrar um exemplo das diferenças e indefinições que se escondem sob a égide da aparente homogeneidade. Para estes autores, no PSF os profissionais deverão ter seu perfil bastante diferente da maioria dos que hoje trabalham na atenção básica, sendo uma destas diferenças, a dinâmica nas relações com a comunidade, com as quais devem ser criados vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhada. “*As relações profissionais - família são parte de um processo dinâmico terapêutico e de confiança*”.

Algumas perguntas que poderiam ser formuladas sobre o registro acima tais como: o que significa processo dinâmico e terapêutico? Como o vínculo se posiciona nele? A confiança é elemento definidor do vínculo ou um produto? Porque às vezes aparece substituindo a co- responsabilidade citada nos documentos oficiais?

Se por um lado tal incompletude permite uma construção que agregue as contribuições dos sujeitos envolvidos, por outro lado também acaba reproduzindo inúmeras configurações, complexificando o entendimento e por conseqüência a prática .

É importante porém destacar que há um consenso acerca do vínculo, que é o de ser valorizado e recomendado enquanto atitude a ser adotada pelos profissionais das ESF.

Em função da indefinição mencionada, fui consultando documentos sobre o PSF (mencionados no capítulo 1), reunindo aquilo que se colocava a respeito do vínculo. Nestes documentos pode-se encontrar que vínculo, no PSF, é de compromisso e co-responsabilidade, se refere a um *relacionamento estreito (laços) estabelecido entre profissionais e saúde e uma população numericamente delimitada, residente numa área definida (população adscrita)*. Tem certas finalidades a alcançar quais sejam: *auxiliar na transformação do modelo assistencial do País, na direção da ABS, na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade; auxiliar na transformação do modelo assistencial biomédico para o de produção social da saúde; ampliar as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento e recuperação das doenças e, na condução dos serviços de saúde; humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação dos usuários; incrementar a resolutividade no atendimento em saúde.*

Visando configurar uma tecnologia de relações, não disponível nos documentos, relacionei vínculo ao que está indicado/recomendado como relação/comportamento ‘aos/dos’ profissionais de saúde, referido como relações diferenciadas/novas a serem estabelecidas no PSF, pressupondo que o vínculo sendo relação/comportamento também deva compor-se/incluir as mesmas.

Assim, considere que esta nova relação teria que ser produzida pela adoção de atitudes/comportamentos dos profissionais de saúde, frente aos usuários (individual e coletivo), e também pelos usuários (individual e coletivo), perpassadas por certas dimensionalidades, configurando uma dada ‘tecnologia de relação’ que está indicada para o PSF.

Por parte dos *profissionais* suas atitudes/comportamentos teriam as *dimensionalidades*:

*1) de humanização da atenção incluindo: possibilidade de acesso aos serviços; escuta/atenção ampliada; aceitação e valorização dos problemas/necessidades trazidas pelos usuários (individual/coletivo); disponibilização de tempo para expressão dos usuários; possibilidade dos usuários identificarem a(s) pessoa(s) que presta(m) assistência (nomes em crachás por exemplo); serem identificados e tratados pelos nomes ou sobrenomes; possibilidade de serem conhecidos.*

*2) Técnica (relacional) incluindo: investigação ampliada; troca de informações; inclusão dos saberes dos usuários no processo decisório sobre seus cuidados; comunicação dos insights, das inter-relações e interpretações emergentes da comunicação; proposição e construção conjunta de planos terapêuticos que incluam novas pautas de conduta para atender/apoiar os usuários frente às demandas da saúde-doença em interface com seu processo de viver; responsabilização/resposta às necessidades apresentadas, continuidade/manutenção da atenção, resolutividade no atendimento.*

*3) Sócio-cultural incluindo: contextualização das necessidades de saúde do usuário nas perspectivas familiar e social; resposta às necessidades e compromisso com mudança da realidade; reconhecimento do profissional acerca de suas posições, crenças e atitudes, frente ao universo cultural dos usuários; consideração da pluralidade de concepções sobre o processo de saúde-doença; posicionamento profissional de negociação entre saberes e práticas culturais.*

*4) Ecológica incluindo: a atenção às condições do ambiente físico/social/emocional em que vivem os usuários, identificação de conhecimentos e comportamentos dos usuários que melhorem ou degradem este ambiente, das relações entre ambiente e processo de saúde-doença e das possibilidades de mudança que podem ser produzidas neste ambiente.*

*5) Política incluindo: o reconhecimento de direitos e deveres dos usuários; colaboração para que os usuários alcancem níveis crescentes de compreensão sobre a inter-relação das condições de vida e saúde; de compreensão e exercício da cidadania, do compromisso com o serviço de saúde (da participação, do controle social).*

Por parte do *usuário* inclui: colocação de suas dificuldades, necessidades, experiências, emergentes do processo de saúde-doença, agregando aspectos emocionais, sociais e culturais, individuais e familiares; envolvimento no processo interacional; participação na análise da sua situação e da construção dos seus planos terapêuticos; apropriação do direito de participação e controle social.

Esta divisão se deu apenas como um ‘recurso/artifício’ para poder ressaltar/caracterizar o que se poderia esperar no vínculo, já que no atendimento em saúde elas se expressam com uma totalidade, de forma interdependente, indissociadamente. Uma dimensão não pode ser apenas técnica, tem de ser também ética, tudo tem de ser perpassado pela perspectiva da humanização, o cultural é também social, e assim por diante.

Como a primeira parte da conceituação não revela, deixa aberto o que seja ‘relacionamento estreito (laços)’ busquei resolver o desafio de superar o vazio propositivo acerca do vínculo, adotando um conceito que incluiu as contribuições dos autores Pichon-Rivière, Campos e Merhy, embora buscasse manter-me o mais próximo possível do PSF.

Ou seja, vínculo neste trabalho significa: uma *relação especial* que se estabelece e mantém entre o(s) profissional (is) da saúde e o usuário (individual e coletivo) em *função de adotarem uma forma intencionalmente diferenciada de se relacionarem*. Esta relação é produzida pela adoção de atitudes/comportamentos dos profissionais de saúde frente aos usuários (individual e coletivo) e pelos usuários.

Nestas atitudes/comportamentos identificam-se dimensionalidades referidas para as relações do PSF. Tem natureza processual, promove intercâmbio positivo das subjetividades envolvidas. O vínculo objetiva o alcance de finalidades específicas, referidas pelo PSF e também a fortalecimento da autonomia dos usuários (com relação à sua saúde, como sujeito, como cidadão). No vínculo, papéis e status profissionais são considerados/trabalhados a fim de garantir que tanto o profissional quanto o usuário possam exercer-se como sujeitos na relação.

Desta forma o vínculo se produz como ‘tecnologia do vínculo’, e pode ser identificada na conduta e comunicação do profissional da saúde e do usuário (individual e coletivo).

### **3.5 O VÍNCULO NAS PESQUISAS**

Ao efetuar levantamento bibliográfico na área de atenção à saúde em busca de trabalhos que aplicavam o termo/conceito do vínculo encontrei várias situações: poucos trabalhos tinham o vínculo como tema central do estudo (ARAÚJO, 2001; SANTOS, 2001; SCHIMIDT, 2002); alguns trabalhos definiram previamente estudar o vínculo como uma de suas categorias (MATSUMOTO, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b); em alguns trabalhos o vínculo aparece como resultado e aí seu autor aborda o tema (BETTINELLI, 2002; ALONSO, 2003; FERTONANI, 2003). A

revisão apresentada a seguir descreve resumidamente como foram abordadas as questões do vínculo nestes trabalhos.

### **3.5.1 EM ARAÚJO**

*Araújo* (2001), médica, estudando o processo terapêutico na Medicina Homeopática destaca a relevância da construção do espaço relacional, assentado no vínculo, para a qualidade dos resultados do atendimento. Para a autora quando construído adequadamente, o espaço relacional permite que pacientes e médicos compartilhem a experiência do adoecer de forma ampliada, introduz-se a perspectiva do cuidado e a possibilidade de um projeto de recuperação da saúde.

*Araújo* (2001) não apresenta uma conceituação de vínculo. Define componentes do processo interativo terapêutico os quais entende como determinantes para constituição do vínculo, bem como para seu fortalecimento e sustentação. São eles: adotar o sujeito sofredor como foco central do cuidado, ao invés de sua doença; olhar no sentido de enxergar a pessoa; escutar e buscar informações abrangentes e qualificadas; demonstrar interesse e respeito; disponibilizar tempo para o paciente se expressar; falar a linguagem do paciente; tocar o corpo do paciente e não simplesmente apalpá-lo e percuti-lo em busca de sinais de seus órgãos ou sistemas; agendar encontros periódicos que viabilizem a continuidade do tratamento; construir um novo entendimento do adoecer favorecendo a desalienação do paciente; formular um plano terapêutico conjunto que priorize novas pautas de pensar e agir, ao invés da doença, do remédio e da cura.

O espaço relacional de *Araújo* (2001) se materializa constituindo uma via de mão dupla, onde intersubjetividade tem expressão privilegiada, resgata-se o paciente concebido como sujeito/pessoa em seu processo de adoecer, considerando-o igualmente em seu contexto social e cultural. O médico é o outro ator da relação, presente como sujeito/pessoa. Este, ao mediar transformações através de condutas

como acolher, escutar, perguntar, dar tempo, valorizar, também se transforma e se gratifica no processo terapêutico.

Compreender a pessoa doente em sua subjetividade implica em situar a doença no contexto de vida e no cotidiano dos sujeitos, caracterizar sua maneira peculiar de adoecer, suas expectativas quanto à terapêutica e possibilidades de cura, influenciada pelos significados atribuídos à experiência, de acordo com seu imaginário sócio-cultural (ARAÚJO, 2001).

Compreender o paciente como sujeito adoecido implica, portanto, considerá-lo em todos os seus aspectos, não somente biológicos e psíquicos, mas também enquanto porta voz de um conjunto de representações sociais e culturais e agentes de um processo de interação que pode aproximá-lo, inclusive, da re-significação dos conceitos de saúde, cura e doença (ARAÚJO, 2001, p. 36).

Um outro valor destacado por Araújo (2001) é o de que a ampliação do espaço relacional possibilita condições mais favoráveis para a transmissão de instruções, esclarecimentos, medidas a adotar, desconhecidas pelo paciente.

Para a referida autora, o aborto do vínculo ocorre quando o paciente percebe que o médico não valoriza ou não valida suas queixas do ponto de vista do seu saber. *“A inexistência de vínculo entre paciente e seu terapeuta representa, portanto, um fator que pode afastar o paciente, não somente do seu tratamento, mas também, das práticas de atenção à saúde”* (ARAÚJO, 2001, p.117).

Araújo (2001) procura diferenciar o processo terapêutico adotado pela Homeopatia daquele adotado pela Psicanálise, uma vez que ambos trabalham com a subjetividade. Na Homeopatia ocorre uma aproximação com as técnicas usadas na Psicanálise, mas a valorização dos sintomas subjetivos do paciente é complementar para se atingir os objetivos da prática médica, de detectar e corrigir ou eliminar uma lesão ou distúrbio.

A narrativa da biografia, da história do paciente, dos sentimentos relacionados ao adoecer, situados num contexto sócio-cultural, constituem-se objeto da escuta no espaço relacional paciente-médico. A escuta, o questionamento visando obter indícios



de singularidades do paciente em sua vivência da enfermidade, ligadas ao contexto não é

uma questão de maior ou menor paciência, de maior ou menor disponibilidade para confidências, ou somente uma demonstração de humanismo ou de compaixão do médico. Trata-se de um traço do exercício de diagnose e da terapêutica (...) (ARAÚJO, 2001, p. 88).

As perguntas têm também um caráter amplo nesta construção relacional. Buscam conhecer o paciente, para compreendê-lo. Caso o paciente não revele espontaneamente aspectos de sua subjetividade em interface com seu adoecer, o médico buscará conhecê-la através das perguntas.

Assim, se por algum motivo o paciente não se expressa espontaneamente, o médico pode 'arrancar o que ele tem guardado dentro de si'. Neste aspecto a expressão 'arrancar' sugere o ato de suscitar algo, provocar e estimular a manifestação de alguma coisa presa ou contida, evidenciando o caráter pouco habitual dessas manifestações subjetivas do paciente no espaço de uma consulta médica (ARAÚJO, 2001, p.145).

Araújo coloca que alguns pacientes demonstram estranheza quando o médico efetua questões que produzem abordagem de conteúdos de natureza psicológica, referindo-as como 'coisa de psicólogo', ou demonstram estranhamento com essa conduta do médico .

A comunicação médico-paciente também é permeada por elementos decorrentes da inserção social de ambos. Pode ser influenciada pela assimetria de poder entre os sujeitos da relação, uma vez que o médico possui o poder legitimado do saber científico.

O médico tem a possibilidade de sensibilizar moralmente o paciente, exercendo sobre ele um papel normativo, como orientador de condutas consideradas adequadas ou não, colocando seus pontos de vista na caracterização do que é normal ou patológico.(..) Porém o encontro relacional médico-paciente, tem a possibilidade de se constituir num espaço privilegiado de encontro de universos simbólicos distintos (ARAÚJO, p.110).

Já a programação de consultas dá “*continuidade ao processo terapêutico contribuindo para o fortalecimento do vínculo, o que, por sua vez, favorece o desenvolvimento de uma ‘aliança terapêutica’ entre pacientes e médicos*”. A continuidade do processo interativo permite também que o paciente identifique o profissional responsável por seu tratamento, como aquele que o conhecendo sabe tratá-lo, o que favorece as possibilidades curativas do tratamento (ARAÚJO, 2001, p.116).

Ser considerado sujeito/pessoa num espaço relacional oportuniza ao paciente realizar conexões e ligações, ter novos insights sobre sua doença, suas manifestações, sua individualidade, sua maneira de ser e de agir. Enfatizam-se, pois, as mudanças de natureza subjetiva, favorecedoras da reversão de condições de desalienação em relação às manifestações da enfermidade. “*O sucesso do tratamento não seria somente melhora e cura relacionado à patologia, mas também a recuperação da capacidade de realizar projetos e vislumbrar possibilidades novas, a busca de autonomia no processo de adoecimento*” (ARAÚJO, 2001, p.128).

Os resultados da construção do espaço relacional são, em síntese, maior consciência e autonomia do indivíduo enfermo com relação à sua maneira própria de enfermar-se, favorecendo o surgimento de uma postura pró-ativa frente a um projeto de saúde.

O tempo para a interação é ainda considerado pela autora como fundamental, pois sem tempo não há vínculo; é ele que possibilita a realização dos elementos intersubjetivos.

(...) a experiência que preenche a idéia de tempo é profundamente humana, justamente, por se referir ao processo de efetivo encontro, capaz de materializar a idéia de cuidado (p. 171)... Porém não se trata de um tempo ilimitado, e portanto, deve-se buscar um tempo possível, condicionado pela necessidade de medicar o paciente e pelo espaço institucional em que ele estiver inserido.(...) Uma boa relação facilita a obtenção dos sintomas e pode reduzir este tempo (ARAÚJO, 2001, p.152).

Assim, o sentir-se cuidado na ação terapêutica decorre também da incorporação de conteúdos de natureza interativa no espaço de relação, em poder personificar um

responsável pelo tratamento, em dispor de atenção e tempo para expor-se, em ter seu sofrimento considerado.

É possível identificar pontos em comum nas proposições de Araújo, com o que se coloca tanto no PSF como por autores como Campos (1997, 1998, 1999) e Merhy (1997, 1999, 2003) e Franco e Merhy (2003). Vemos em Araújo (2001) o objetivo de humanização, tratando do outro como sujeito na relação, no desenvolvimento de um processo visando à autonomia, a conscientização, a desalienação do paciente e do médico, este recuperando o sentido do seu trabalho. Há proposição de ampliação da clínica, que passa por uma nova postura para o médico e paciente e pelo requerimento de contextualização dos aspectos sócio culturais emocionais deste. A diferença se dá por conta da aplicação em Araújo, à relação médico-paciente num campo específico do cuidado em saúde, a Homeopatia.

### 3.5.2 EM BETTINELLI

*Bettinelli (2002)*, enfermeiro, construiu em sua tese de doutorado um modelo teórico sobre solidariedade, fundamentada em dados obtidos junto a enfermeiros, trabalhadores de instituições hospitalares e sendo o vínculo uma das categorias emergentes, constitui-se como parte do modelo proposto. Para este autor vínculo é algo que se integra ao conceito/modelo da solidariedade. Apoiando-se em Ferreira, Bettinelli (2002, p. 22) afirma que “*a solidariedade é um laço mútuo ou vínculo que estabelece interdependência entre as pessoas*”.

A estrutura encontrada por Bettinelli (2002) coincide de forma acentuada com a apresentada por Araújo (2001). Foi nomeada *CONSTRUINDO UMA REDE DE VÍNCULOS* e compôs-se das subcategorias *mobilizando processos relacionais e capacitando-se para uma aproximação respeitosa e dialógica*. Estas composições/conteúdos são reproduzidas a seguir.

A subcategoria *mobilizando processos relacionais* apresentou como componentes:

PROPORCIONANDO ABERTURA NO RELACIONAMENTO	CONVIVENDO PROXIMAMENTE COM O PACIENTE	CRIANDO LAÇOS AFETIVOS COM AS PESSOAS	CONSTRUINDO UMA RELAÇÃO DE CUIDADO
<p>percebendo a individualidade de cada paciente</p> <p>demonstrando interesse e cordialidade desde a internação do paciente</p> <p>dando abertura para que o paciente conte seus problemas, suas coisas</p> <p>dando espaço para que o paciente exponha seus medos em relação ao tratamento</p>	<p>respeitando as limitações do paciente</p> <p>interagindo com o paciente</p> <p>tratando-o como ser humano</p> <p>precisando de interação na Enfermagem e na vida</p> <p>estando com o paciente com os olhos fechados mas percebendo tudo</p> <p>convivendo com o paciente</p> <p>aproximando-se do paciente e de suas coisas</p>	<p>demonstrando maior sensibilidade na convivência com o paciente</p> <p>demonstrando receptividade às angústias e desejos do paciente</p> <p>percebendo que a atuação essencialmente técnica dificulta a relação mais afetiva</p> <p>criando um ambiente de comprometimento mútuo enfermeira/paciente</p>	<p>inexistindo receitas modeladoras nas relações do cuidado</p> <p>fazendo as relações acontecerem de maneira subjetiva e individual</p> <p>considerando as peculiaridades de cada relação</p> <p>interagindo intensamente</p> <p>respeitando a individualidade do paciente</p> <p>construindo relações; evitando modelos</p> <p>preferindo a relação à técnica</p>
ESTABELECENDO LIMITES NA RELAÇÃO	ACONTECENDO DISTANCIAMENTO ENTRE AS PESSOAS EM RELAÇÃO	EQUACIONANDO DESENCONTROS NAS RELAÇÕES	
<p>respeitando os limites de cada um</p> <p>demonstrando transparência ao colocar alguns limites na relação com o paciente</p> <p>dando maior liberdade ao paciente</p> <p>vivendo a relação como o encontro de duas vivências, duas realidades, duas verdades.</p> <p>reconhecendo a relação como uma atitude do cuidado que tem alguns limites de ambas as partes (enfermeira/ paciente)</p>	<p>reconhecendo o distanciamento entre as pessoas</p> <p>compreendendo que muitos homens não gostam de ser tocados (machismo, aspecto cultural).</p> <p>havendo distanciamento normal entre as pessoas</p> <p>existindo problemas de difícil solução na relação entre enfermeiro e paciente</p> <p>podendo acontecer desencontros entre profissional e pacientes</p>	<p>buscando resolver os problemas existentes com alguns profissionais</p> <p>procurando amenizar conflitos existentes no setor</p> <p>entendendo momentos de revolta e agressividade das pessoas</p> <p>procurando não se afastar quando existirem dificuldades nas relações</p> <p>fazendo o possível para resolver problemas de toda a natureza com o paciente e familiares</p>	

ESTABELECENDO ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE	RESPEITANDO DIFERENÇAS NA RELAÇÃO COM O OUTRO	UTILIZANDO O DIÁLOGO COMO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE	
<p>livrando-se de preconceito</p> <p>evitando criar falsas expectativas dispondo-se a olhar um amigo</p> <p>valorizando gestos, expressões faciais, olhares e outras manifestações</p> <p>reconhecendo a situação e as expectativas do paciente</p> <p>aprendendo o maior número de sinais e símbolos expressos pelo paciente</p>	<p>considerando as diferenças na relação do cuidado</p> <p>reconhecendo em cada pessoa um ser diferente, ser único e singular, que precisa ser respeitado</p> <p>revelando-se capaz de receber um não do paciente</p> <p>respeitando a opinião do paciente quanto ao tratamento</p> <p>entendendo o silêncio do paciente</p> <p>percebendo as opiniões e manifestações do paciente</p>	<p>dando espaço para o paciente expor suas vontades</p> <p>discutindo com o paciente o que é melhor para ele e para o seu tratamento</p> <p>estimulando o paciente a falar</p> <p>dialogando com o respeito e receptividade</p> <p>prestando atenção no interlocutor</p> <p>deixando o diálogo fluir</p>	

Bettinelli (2002, p. 78)

A subcategoria *capacitando-se para a aproximação respeitosa e dialógica* apresentou como componentes :

DESENVOLVENDO A CAPACIDADE DE APROXIMAÇÃO	TENTANDO FACILITAR A APROXIMAÇÃO	VIABILIZANDO A APROXIMAÇÃO COM UM FIM TERAPÊUTICO
<p>agindo com naturalidade</p> <p>observando o paciente em todas as suas dimensões</p> <p>se aproximado do paciente de várias maneiras e não só quando for preciso fazer algo</p> <p>preocupando-se com a primeira impressão do paciente</p> <p>cultivando atitudes que promovam aproximação</p> <p>demonstrando vontade de estabelecer uma relação</p> <p>utilizando empatia no convívio com as pessoas</p>	<p>procurando conhecer quem é a pessoa que está sendo cuidada</p> <p>aproximando-se para saber coisas sobre a vida do paciente</p> <p>introduzindo a relação de maneira descontraída</p> <p>permanecendo mais tempo ao lado do paciente para facilitar a relação</p> <p>utilizando a criatividade para facilitar a relação com o paciente</p>	<p>considerando a aproximação como parte do cuidado</p> <p>demonstrando experiência e boa intenção na aproximação</p> <p>levando o paciente a sentir-se participante do processo de cuidado</p> <p>observando tudo o que possa guiar e conduzir à ação</p> <p>tornando a aproximação um ponto preponderante na reabilitação do paciente</p> <p>considerando a aproximação como uma tecnologia com finalidade terapêutica</p>

UTILIZANDO AS MÃOS COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO	RECONHECENDO O VALOR DO TOQUE	REFLETINDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DAS MÃOS
utilizando as mãos como forma de contato  fazendo carinho  articulando gestos  transmitindo calor humano  dando a mão com um elo perfeito de fazer contato com o outro	acariciando terapeuticamente  acariciando com delicadeza  trocando energia através do toque  tocando como uma forma de aproximação  tocando para quebrar o gelo da relação  percebendo o significado do toque  trocando energia com o paciente  vendo no toque um elemento essencial, primordial na relação	valorizando o uso e funcionalidade das mãos  utilizando as mãos como instrumento de trabalho

Bettinelli (2002, p. 79)

O que se pode perceber, através de Araújo (2001) e Bettinelli (2000), ambos pesquisadores da área da saúde, embora de categorias profissionais diferentes, médico e enfermeiro, que há vários pontos em comum quanto aos elementos constitutivos de uma relação promotora de vínculo. Em Bettinelli (2002) assim como em Araújo (2001) se delineiam papéis pró-ativos para os agentes envolvidos, um modo de se conduzir do profissional baseado em metas a alcançar e uma intencionalidade ‘profissional’ para a interação.

Destaca-se que em Bettinelli (2002) a menção à necessidade de estabelecer limites. Tanto em Araújo como em Bettinelli (2002) verifica-se a aceitação e valorização do toque. Em Bettinelli há também a possibilidade da expressão de carinho ao paciente, o que poderia ser explicado em função de uma diferença de proximidade/convivência médica e da enfermagem com os clientes, normalmente maior na enfermagem. Assim tanto Araújo (2001) como Bettinelli (2000), detalham um certo ‘conjunto de agires para a produção de algo, evidenciando que se constituem numa ‘tecnologia leve’ (das relações), conforme proposto por Merhy (1997).

### 3.5.3 EM SANTOS

*Santos* (2001), psicóloga, realizou um estudo sobre a relação entre os trabalhadores de uma ESF/PSF e usuários de um serviço de saúde, num município de São Paulo, focalizando a participação da emoção, na constituição do vínculo. Neste serviço, profissionais da saúde da área da psiquiatria e psicologia (designados como da área da saúde mental) integravam a ESF básica.

Para a autora “*vincular-se é estar emocionalmente ligado a algo ou a alguém, sendo que a emoção qualifica este vínculo onde quer que ele aconteça*”, ou seja, é a emoção que permeia e dá qualidade ao vínculo (SANTOS, 2001, p. 6).

Santos (2001) percebeu na prática que a abordagem dos usuários se dava de forma dicotomizada, que se efetuava a cisão corpo/mente, isto evidenciado na atitude dos profissionais quando dividiam a clientela e seus problemas. Havia aqueles que seriam atendidos pelo grupo de profissionais da saúde mental (as pessoas que traziam uma queixa ou um sintoma tidos com problemas psíquicos, tais como dificuldade de aprendizagem em crianças, problemas de funcionamento familiar, etc) e os que seriam atendidos pelos demais profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas), por trabalharem com a saúde física.

Para Santos (2001, p. 15)

mesmo considerando o limite imposto pela estrutura da instituição saúde pública, as pessoas que recorrem a um serviço de saúde são inteiras, pedem ajuda para um momento inteiro de sua existência, que pode estar sendo presentificado por uma dor, uma doença, um desespero, mas que absolutamente só podem ser compreendidos levando-se em conta todos os aspectos que fazem parte de suas vidas: levando-se em conta todos os aspectos sociais, políticos, físicos, emocionais.

Quando se faz um corte, deixam-se muitos outros aspectos de fora da análise e intervenção. Este distanciamento existe como resultado do paradigma positivista, que permeia a relação profissional com o paciente, “*o qual valoriza a importância da*

*neutralidade do cientista, o afastamento do seu objeto de estudo e a análise fracionada da realidade como forma de entender o todo*” (SANTOS, 2001, p.15).

A autora citada coloca que foi pensada outra lógica de atenção para o PSF, na qual o profissional de saúde inter-relaciona o contexto da história das pessoas com os cuidados de saúde física e saúde mental. Mas isto não se dava na prática, nem mesmo existindo uma equipe que dispunha de profissionais da área da saúde mental. A autora também evidenciou a dificuldade dos técnicos de lidarem com sentimentos. Explicou isto em função de suas relações de trabalho estarem sempre sendo traduzidas como rendimento e competência profissional. Nos serviços o vínculo é visto como algo alicerçado em bons sentimentos, marcado pela positividade mas (...) *“toda e qualquer emoção qualifica a relação, seja ela agradável ou não (...).De qualquer forma é emoção que vai dando um significado e um valor subjetivo ao vínculo, passando uma mensagem que mobiliza imediatamente para uma ação, incluindo a de distanciar-se, ou de brigar, etc*” (SANTOS, 2001, p.59).

A proximidade traz tanto soluções como conflitos. Destes surgem as contradições, provocando mudanças desejáveis como evitar padronização de ações, a construção de um sistema de saúde flexível e democrático que propicie a proximidade entre os diferentes níveis de hierarquia, *“do contrário a experiência rumará, mais uma vez, para a inviabilidade*” (SANTOS, 2001, p. 59)

Para Santos (2001), quando as pessoas formam vínculos, se ajudam, se interessam umas pelas outras, tem a possibilidade de se reconhecerem enquanto sujeitos oprimidos, em um sistema político que não favorece a vida.

As contribuições de Santos (2001) auxiliam na reflexão sobre dois pontos em especial, quais sejam: a presença de novos especialistas nas equipes, dotados de saberes capazes de ampliar a abordagem nas questões psico-sociais, pode gerar efeitos indesejáveis como a menor responsabilização, por parte dos demais membros das equipes, frente a estas questões. Ou os demais integrantes das ESF, ao perceberem que agora os usuários estão atendidos por ‘técnicos qualificados’ poderiam adotar condutas que reforçariam ainda mais a dicotomização dos usuários, parcelando ainda mais as ações de saúde. Assim a expansão da equipe não garante por si só a integralidade e



contextualização pretendida pelo PSF, sendo necessários também mecanismos favorecedores da integração.

A outra reflexão suscitada pelo trabalho de Santos (2001) é a ênfase no papel da emoção e dos sentimentos como veículos do vínculo. Nas referências do PSF se indica a construção de relações revestidas de um certo caráter técnico, objetivado, do tipo compromisso e responsabilidade. Evitam-se referências aos sentimentos que poderão estar envolvidos na construção das relações, aqueles que tem potencial para reforçá-los (tipo amizade, gostar, simpatizar) como aqueles que tem potencial de produzir distanciamentos entre profissionais e usuários como no caso de medo, raiva, impotência, desprezo pelo encontro do ‘diferente’.

### **3.5.4 EM MATSUMOTO**

*Matsumoto (1999)*, enfermeira, estudando a operacionalização do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) na Unidade Básica de Saúde Ermelino Matarazzo/SP, em sua dissertação de mestrado, enfoca o tema do vínculo.

O PAS se caracterizou como uma experiência de gestão dos serviços de saúde através de um sistema de cooperativa, implantado pela prefeitura do Município de São Paulo em 1996. Adotou como princípios básicos a regionalização do atendimento, a administração e operação das unidades de saúde por gestão contratada.

Matsumoto (1999) adotou como categorias temáticas, para analisar a operacionalização do PAS, as provenientes da Taxonomia de Necessidades de Saúde baseada em Stoz, quais sejam: necessidade de ter boas condições de vida, necessidade de ter acesso garantido a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe e necessidade de adquirir autonomia no modo de andar na vida.

Matsumoto (1999, p. 106) afirma, apoiada nos autores Campos, Schraiber e Cecílio, que o vínculo do usuário do serviço de saúde com o profissional “*é capaz de transformar a prática diária, valorizando a construção dos sujeitos autônomos*”. O restabelecimento da arte da fala e escuta, existência de profissionais que possam ser referenciados pelo sujeitos individuais e coletivos são requisitos para que o vínculo se estabeleça. A autora correlaciona vínculo à direito legal, apoiando-se na lei estadual/SP 10.241 de 17/03/99, ou seja, o paciente tem direito de receber: atendimento digno, respeitoso, atencioso e seguro; ter resguardado seus segredos ou questões que envolvam sigilo; ter respeitado sua privacidade; ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome; ter como identificar pessoas que lhe prestam assistência (nomes em crachás por exemplo).

Quando trata da categoria ‘necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe’ a autora conclui que “*o serviço não está organizado para criar vínculos entre profissionais e usuários, pois estes são pressionados pela grande demanda*” (MATSUMOTO, 1999, p. 109). Considera que enfermeiras e assistentes sociais conhecem mais seus pacientes, sendo capazes de identificá-los e dar-lhes apoio frente a dificuldades, conseguindo estabelecer algum vínculo através de grupos programáticos (de tuberculose, de hipertensão, por exemplo).

### **3.5.5 EM SCHIMITH**

*Schimith* (2002), enfermeira, investigou a produção de acolhimento e vínculo com usuários no contexto da micropolítica de trabalho de membros de uma equipe de PSF (médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem) de uma unidade de saúde de um município do Estado do Rio Grande do Sul. Baseou-se em autores da Saúde Coletiva, especialmente Merhy, tanto para definir micropolítica do processo de trabalho em saúde, como para definir acolhimento e vínculo. *Schimith* (2002) refere-se ao vínculo como sendo uma ligação mais estável e duradoura com os usuários, entendidos como sujeitos, com finalidade básica de ampliar a eficácia das ações de saúde (aumentar a produção de cura, promoção e prevenção) e também promover a participação do

usuário durante prestação do serviço através do desenvolvimento da sua autonomia. O aumento da autonomia dos usuários decorre do melhor entendimento sobre seu corpo, sua doença e de suas relações com o meio social.

Na tentativa de responder a pergunta: acolhimento e vínculo no PSF: realidade ou desejo? Schimith (2002) constatou que não poderia considerar as alternativas como excludentes, já que tanto realidade quanto desejo, ou nenhuma das alternativas, foram constatadas no espaço intercessor entre trabalhador/usuário.

Observou que a produção de vínculo se relacionava ao desenvolvimento de atividades clínicas e a população referiu estar vinculada ao médico. Encontrou lacunas na abertura do serviço para a demanda, na responsabilização pelos problemas de saúde da população e no estímulo à autonomia do usuário. Schimith (2002) coloca que em várias situações ocorreu negativa de atendimento quando a demanda era para o médico. A enfermeira também não era chamada para verificar se havia necessidade ou não de consulta, mesmo quando estava presente na unidade de saúde. Nestes casos a decisão era efetuada pela auxiliar de enfermagem.

Segundo Schimith (2002), Schimith e Lima (2004), ocorria uma divisão na organização do trabalho onde o médico efetuava atendimento clínico, apoiado pelas auxiliares e a enfermeira atuava na promoção e prevenção através de atividade educativa e atividades intersetoriais. Para as autoras esta forma de trabalho era responsável pelas dificuldades de acesso da população ao serviço, bem como pela vinculação dos usuários somente com o médico. E, o trabalho da enfermeira não evidenciava a integralidade das ações pretendida no PSF já que a mesma desconsiderava o trabalho de garantir à população o acesso à medicação, exames complementares, atendimentos, encaminhamentos, optando prioritariamente por ações preventivas e promotoras ou seja eliminando o atendimento clínico ampliado. A enfermeira, na maioria das vezes, também não esteve presente nas ações desenvolvidas no interior da unidade de saúde, acarretando delegação destas às auxiliares de enfermagem. Por outro lado a enfermeira desempenhava um papel previsto no PSF, de articulação entre os diferentes setores da comunidade, organizando campanhas ou atividade definidas pela equipe com outras instituições.

A enfermeira referiu desejo de aproximar-se mais da população e justificou com falta de tempo a não realização desse desejo. Schimith (2002) analisando a composição da semana normal de trabalho da enfermeira considerou que tal justificativa não cabia, pois em alguns turnos não havia uma agenda definida ou a enfermeira executava algumas atividades sem um objetivo claro. Questionou se realmente a enfermeira desejava mudar seu modo de atuação.

Schimith (2002) e Schimith e Lima (2004), consideraram haver predominância de uma visão do usuário do serviço como objeto, desconsiderado em suas necessidades e cidadania. Em algumas situações participou no planejamento de algumas ações, no entanto, suas necessidades não eram consideradas e ouvidas integralmente. Os profissionais foram em certos momentos criativos, responsabilizaram-se pelas necessidades dos usuários, em outros, suas ações foram capturadas pelo trabalho morto, abandonando o objeto de trabalho à própria sorte.

Como recomendações as autoras propõem que o vínculo deva ser exercido por toda a equipe de saúde para que seja possível atender de fato as demandas e necessidades dos usuários. Recomendam que a enfermeira repense seu trabalho e o torne mais voltado para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço e se transforme em um profissional com maior resolutividade. Consideraram também que a presença da enfermeira na recepção ou na retaguarda para as auxiliares de enfermagem, qualificaria o atendimento ao usuário do serviço.

Analisando o trabalho de Schimith (2002) e Schimith e Lima (2004), verifiquei que as autoras abordaram com maior profundidade o estudo do acolhimento e seu impacto sobre o acesso e o tipo de resposta oferecida aos usuários, sendo tal condição bastante documentada. Quanto ao tema do vínculo as autoras procuraram evidenciar os investimentos efetuados pelos profissionais que ultrapassassem o núcleo queixa/prescrição, ou seja a vigência de aspectos favorecedores da autonomia dos usuários e da participação destes nas decisões que lhe diziam respeito. Considerei que houve uma forte valorização da atividade clínica, o que propiciou a conclusão que o trabalho da enfermeira não gerou vínculo. Mas como a enfermeira mantinha-se em contato com a comunidade, através das atividades educativas e desenvolvendo ações

intersetoriais, certamente estabeleceu relações, e estas não foram pensadas/caracterizadas em seu potencial/concretude de construção de vínculo.

### 3.5.6 PARA O MISTÉRIO DA SAÚDE

No relatório produzido pelo MS, de “*Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b) são referidos alguns aspectos como promotores potenciais da criação de vínculos entre ESF e comunidade adscrita quais sejam: atenção à saúde de qualidade, oportuna, integral, resolutiva e contínua; permanência dos integrantes nas ESF; percepção dos integrantes das ESF da importância de criação e manutenção de vínculos com a comunidade; conhecimento das ESF sobre os problemas da comunidade; Conselho Local de Saúde atuante; e possibilidade dos usuários apresentarem sugestões e reclamações.

Os dados foram colhidos junto a profissionais de saúde de nível superior (NS), auxiliares de enfermagem, ACS, gestores e famílias.

As famílias avaliaram, por exemplo, a responsabilidade das equipes em relação aos moradores do bairro, conhecimento técnico para intervir e facilidades para obter atendimento.

Os profissionais apresentaram suas percepções acerca da existência de vínculo, relacionaram vínculo à conhecimento da comunidade e às atividades que percebem ser valorizadas pelas famílias. No quadro abaixo, constante do relatório citado, demonstram-se os resultados, ressaltando-se que modifiquei *a ordem* de apresentação constante do documento oficial, pois preferi colocar em seqüência as questões dos profissionais e das famílias; no documento original aparecem intercalados.

Percepção dos integrantes das ESF sobre indicadores de vínculo e comparação das famílias entre serviços prestados na USF e nas unidades básicas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Indicadores	Camaragibe	Palmas	V. da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Profissionais de NS consideram satisfatórios: <i>estabelecimento de vínculos com a população da área</i>	92,5	88,5	79,4	71,4	70,2	93,6	78,6	81,1
Profissionais de NS percebem que a população valoriza muito: <i>ações desenvolvidas por meio de vistas domiciliares de ACS e outros profissionais</i>	94,3	76,9	90,6	77,8	83,0	85,2	78,6	78,4
Profissionais de NS percebem que a população valoriza muito: <i>a realização de grupos para acompanhamento e orientação sobre riscos de promoção da saúde</i>	67,9	53,8	54,7	49,2	56,4	73,4	37,5	64,9
Famílias consideram melhores a ESF do que as UBS: <i>responsabilidade em relação aos moradores do bairro</i>	84,6	61,9	75,0	54,0	81,0	39,4	59,7	57,8
Família considera melhor a ESF do que as UBS: <i>conhecimento técnico para interferir nos problemas</i>	76,9	52,3	75,0	54,0	66,8	30,3	46,2	33,1
Famílias consideram melhores a ESF do que as UBS: <i>facilidade para obter consulta</i>	76,9	57,2	50,0	56,6	66,7	72,8	53,7	56,3

Fonte NUPES/DAPS/ENSP/Fiocruz / Relatório de Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 201).

Foram ainda avaliadas atividades realizadas pelos integrantes das ESF, a existência ou não de problemas no atendimento, aspectos positivos e negativos do PSF. Também foram levantadas propostas de manutenção ou modificação das atividades realizadas.

Na avaliação de atividades aparecem os enfermeiros das ESF desempenhando pequeno papel assistencial junto aos usuários. Em Goiânia e em Brasília esses profissionais realizaram menos de 7% dos atendimentos e em Aracaju e Manaus, realizaram 16% e 15% das ações assistenciais.

Na maior parte dos municípios os enfermeiros ficaram em terceiro lugar na ordem de profissionais que mais atenderam as famílias, exceto em Camaragibe e Brasília onde ficaram em quarto lugar, suplantados pelos auxiliares de enfermagem. Isso sugere ou um pequeno número desses profissionais de enfermagem ou um baixo papel assistencial desse profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 172).

Em todos os municípios, exceto Goiânia, a maioria das pessoas (83% ou mais) conhecia o profissional que realizou o atendimento. Em Goiânia, município em que a maior parte das famílias tinha entrado em contato, para atendimento, com o médico (65%) cerca de 62% dos entrevistados informaram conhecer o integrante da ESF que prestou a atividade assistencial.

A satisfação das famílias pesquisadas com o PSF foi superior a 70% em todos os municípios, exceto Goiânia (66%), atingindo seu máximo em Camaragibe (78%). Os aspectos positivos mencionados foram, dentre outros: facilidade de marcar e obter consulta ou atendimento quando necessário, tempo de espera reduzido, boa qualidade do atendimento, comportamento do profissional respeitoso, atencioso, educado.

Mais de 70% das famílias pesquisadas, exceto em Palmas e Brasília, consideraram que o profissional que prestou o atendimento demonstrara ter conhecimentos para resolver o problema de saúde apresentado pelo usuário. Em Palmas, cidade em que a maior parte das famílias recebera atendimento dos ACS (47%) e médicos (33%), foi observado o menor percentual de avaliação positiva quanto à capacidade do profissional de resolver o problema apresentado (59%), assim como em Brasília (61%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 171).

Dentre os problemas que se referem aos profissionais apontados no relatório mencionam-se: profissionais pouco atenciosos, horários de atendimento inadequados o que incluía dificuldade para marcar a consulta e longo tempo de espera para receber a consulta, falta de qualidade no atendimento prestado, englobando não examinou adequadamente, contato muito rápido e não sabia resolver o problema, não forneceu informações sobre o estado de saúde e outros. O tipo de problema mais mencionado pelas famílias foi falta de qualidade (77), ocorrido principalmente com os médicos (45). Em segundo lugar, foi mencionado que os profissionais foram pouco atenciosos (59), tipo de problema que também ocorreu mais com os médicos (25), mas também

em número expressivo com os auxiliares de enfermagem (21). As famílias mencionaram também horários inadequados envolvendo dificuldades no acesso (45), preponderantemente com enfermeiros (14), mas também com auxiliares de enfermagem (13) e médicos (12) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p.183).

Entre 12% e 15% das famílias entrevistadas em Camaragibe, Goiânia e Manaus mencionaram que o que menos gostavam no PSF eram os aspectos relacionados com os profissionais de nível superior. A falta de humanização foi referida principalmente em Vitória da Conquista, 11% e Aracaju, 12% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p.207).

Embora a maioria das famílias pesquisadas afirmasse estar satisfeita com o PSF, mais da metade e até 76%, em Vitória da Conquista, opinou que deveriam ser realizadas modificações no Programa, prevalecendo propostas de mudança relacionadas com os profissionais das ESF e no acesso ao atendimento. As mudanças relacionadas com os profissionais das ESF envolviam: aumento do número de profissionais, inclusão de especialistas na ESF (ginecologista, pediatria), mudanças nas atividades realizadas pelos ACS (ação mais eficaz como aferir pressão, fazer curativos e outros procedimentos simples), humanizar o atendimento e resolutividade (deveria resolver realmente o problema, curar as doenças das pessoas).

Em relação ao acesso, as propostas referiram-se à sua ampliação, à marcação de consultas e encaminhamentos, aos medicamentos e exames laboratoriais e aos serviços de emergência. Em todos os municípios houve propostas relacionadas com os profissionais de nível superior das ESF, dentre elas, a inclusão de médicos especialistas, de outros profissionais (nutricionista e psicólogo) e ampliação da abrangência de atuação dos profissionais existentes (atendimento odontológico de adultos).

O que se observa na avaliação apresentada neste relatório é que apesar de admitir que a avaliação do vínculo se faz de forma qualitativa, os dados foram apresentados essencialmente na forma quantitativa. E referindo-se à questões como acesso, se o atendimento é bom, se é resolutivo, do que gostam, do que não gostam, o que acham importante, os dados não permitem identificar se estão fazendo referência a um novo modelo de assistência, pautado numa nova tecnologia de relações, dado que



as mesmas não se descortinam. Parecem referir-se às relações que se processam no atendimento pautado no modelo biomédico.

### **3.5.7 EM FERTONANI**

*Fertonani (2003)*, enfermeira, desenvolveu um estudo com onze trabalhadores de duas ESF de uma unidade de saúde do Maringá-PR, com o intuito de caracterizar os desafios de construir um novo modelo assistencial em saúde, analisando as condições de trabalho, as facilidades e dificuldades na implementação das diretrizes propostas pelo PSF.

O processo de trabalho do grupo mencionado se organizava predominantemente no modelo biomédico, desenvolvendo ações centradas na doença e na figura do médico.

Nas relações ‘sujeitos cuidados e sujeitos trabalhadores’ as dificuldades identificadas decorriam da existência de conflito de entendimento e de expectativa entre os envolvidos, da existência de pessoas muito exigentes, que atribuíam a equipe o ‘poder’ e a obrigação de resolver vários problemas, como por exemplo, os relacionados a consultas com especialistas e medicamentos e do descrédito no PSF e no sistema de saúde.

Na organização do trabalho foi considerado como dificuldade o excesso de coisas a fazer, principalmente as burocráticas, que consumiam tempo, e também o espaço tomado pelo trabalho do ‘posto’. Apareceu ainda a falta de planejamento das ações, de trabalho interdisciplinar e de integração entre os membros das equipes.

O tema do vínculo aparece como uma das facilidades propiciada pelo PSF. Os trabalhadores referiram que o vínculo (elo) é alcançado quando se conquista confiança e esta facilita conhecer aspectos particulares das situações vividas pelos usuários e o desenvolvimento de orientações pertinentes. Como indicadores de vínculo foram referenciados: o ser bem recebido, ser aceito, ser procurado, ser

escutado. O vínculo foi valorizado como possibilidade de humanização da assistência, pela escuta dos sentimentos e necessidades dos usuários, influenciando na mudança do modelo assistencial.

### **3.5.8 EM ALONSO**

*Alonso (2003)*, enfermeira, investigando como se estabelece o processo relacional entre integrantes de uma ESF de uma unidade de saúde, ligada à rede básica de saúde, de um município do Estado de Santa Catarina e famílias, na situação assistencial domiciliar, também evidencia questões relacionadas ao vínculo, no contexto do PSF.

A equipe estudada por Alonso (2003) estava composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes de saúde. As atividades assistenciais no domicílio eram predominantemente desenvolvidas pelos ACS.

Alonso (2003) caracteriza princípios a serem alcançados no vínculo profissional/institucional pelos profissionais da saúde e família quais sejam: da ética, confiança, sensibilidade, co-responsabilidade, competência, resolutividade e solidariedade. Esse vínculo se constrói quando os membros da ESF atendem requisitos tais como: 1) reconhecem a família como cuidadora que exerce sua autonomia, que possui um saber e um fazer a serem respeitados e valorizados; 2) reconhecem quando e como devem intervir. Ou, devem intervir quando a família não consegue resultados favoráveis e/ou pede ajuda. Neste caso os membros da ESF devem estar prontamente disponíveis, terem uma escuta e observação sensível e serem eficazes/resolutivos.

Para Alonso (2003) o vínculo entre equipe e família se estabelece processualmente, frente à entrada dos integrantes da ESF no domicílio. Em função deste adentramento emergem responsabilidades, requerem-se relações de confiança, envolvimento, comprometimento mútuo e produção de certa proteção da ESF para com a família, facilitando seu acesso aos caminhos da assistência.

Alonso (2003, p. 234) menciona ainda que:

os vínculos entre família e equipe de saúde são construídos, passo a passo, ao longo da interação que se dá ao longo de todo o processo assistencial. Isto é um fenômeno que não pode ser delimitado no tempo e no espaço, variando em intensidade e durabilidade, por ser extremamente susceptível as intercorrências contextuais.

Para a autora a confiança deve ser gerada através da responsabilidade e abertura para o outro e esta por sua vez é um dispositivo de proteção no campo da ética. As relações construídas entre família e equipe estão, por um lado, em conformidade com a orientação pessoal/social dos atores, e de outro lado, pela sua natureza institucional. Assim pessoas reais também respondem pela confiança que o sujeito abstrato, o institucional, produz. *“Esta dualidade relacional é extremamente, pois o nível de confiabilidade e credibilidade no plano pessoal pode ser imensamente afetado pela falta de credibilidade e confiabilidade na dimensão institucional”* (ALONSO, 2003, p. 216).

Em seus dados Alonso (2003), evidenciou que a insuficiência de conhecimento recíproco, acarretou repercussões negativas tanto na comunicação, como na crença das famílias sobre uma ajuda efetiva e comprometida por parte das equipes/PSF. Para a autora, as famílias conhecem apenas parcialmente os papéis dos membros da equipe, além de inexistir uma compreensão clara, por parte da mesma, dos objetivos assistenciais. Também identificou que havia maior tendência para o estabelecimento do um convívio social, potencialmente invasor da intimidade familiar, ineficaz no sentido de provocar um impacto positivo nos cuidados em saúde. Tal convívio social também estaria revestido de um caráter repetitivo, rotineiro, já que destituído de elementos importantes do processo comunicativo e da resolutividade

As famílias requisitaram atenção profissional sensível, comunicativa e eficaz quando recebiam o ACS, conversavam sobre saúde, sobre os problemas, sobre suas relações e encaminhamentos possíveis e eficazes. O ACS por sua vez, além de não decodificar tais necessidades, não esteve, do ponto de vista institucional, dirigido, nem respaldado, nem preparado para tal.

Para Alonso (2003), a convivência das famílias com o ACS no domicílio cria expectativas de uma melhor assistência. Mas os ACS, que representam a equipe e o

sistema de saúde, vivenciam dificuldades como isolamento, já que os profissionais que atuavam na unidade de saúde tinham pouca disponibilidade para acompanhá-los nas visitas ao domicílio, para discutir a problemática das famílias e para subsidiá-los frente às dificuldades operacionais deste trabalho.

O ACS percebe que está despreparado tanto para intervir em grande número de doenças, como também frente a questões de prevenção, e aqueles decorrentes da intimidade familiar. Às vezes tenta suprir as lacunas do sistema, adotando condutas próprias, de filantropia e paternalistas, buscando tanto responder com sentimentos humanitários, gerados pelas situações vivenciadas pelas famílias, como minimizar conflitos éticos.

Para Alonso (2003) as configurações de relações como convívio social, se dão em função da confusão e falta de nitidez nos objetivos assistenciais, produzindo daí a desfiguração do processo assistencial. No ajudar a pessoa por amizade, no implantar ações que reforçam carências, necessidades, incapacidades, criam-se relações de dependência que se subtraem às potencialidades das famílias firmarem-se como 'sujeitos de si'.

O relacionamento também pode assumir outro extremo, do autoritarismo, pautado num jogo de condições, permissões e exigências, por parte dos ACS e também por parte das famílias que acompanham a vida do ACS na comunidade.

Manter a confidencialidade é um desafio ético constante nessas relações, dado que os membros das ESF acabam dispondo de uma gama variada de informações, muitas vezes sobre a intimidade familiar, sem conexão direta e/ou clara com a saúde. Conflitos, sofrimentos, indecisões sobre o que e com quem compartilhar são conseqüências dos dilemas éticos vivenciados principalmente pelos ACS. Já as famílias estão atentas para a capacidade de confidencialidade dos membros das ESF, suas possibilidades de estabelecer relações alicerçadas ou não na confiança.

A falta de estrutura adequada para responder aos problemas de saúde das famílias em nível local, principalmente aqueles que demandam resoluções de maior complexidade, abala os vínculos estabelecidos, por fragilizarem as relações de confiança entre ESF, em especial no ACS. Retornar ao domicílio com a resposta negativa frente demandas geradas em função da presença institucional representada,

gera desgaste no relacionamento e necessidade de contínuo re-começo e re-construção do vínculo (ALONSO, 2003).

Alonso (2003) também reflete sobre o problema da ausência de um projeto assistencial coletivo da equipe junto às famílias. Em não se construindo uma visão conjunta do contexto da saúde da família, também não se torna possível a integração, a continuidade, a definição de papéis no e do processo assistencial. Tais condições repercutem na construção e manutenção do vínculo profissional, pois interferem na resolutividade das ações, fragilizam as relações, afetando a confiança, necessária ao trabalho assistencial.

Há outras condições negativas no PSF, negativas para o estabelecimento do vínculo no PSF como cansaço e estresse ligados às condições de trabalho, remanejamentos constantes, desmotivação ligada à baixos salários, proposição de assistência sem perspectiva de resolutividade favorável, especialmente frente à problemas de maior complexidade técnica ou especializada. Tanto os ACS como os demais membros da ESF desejam que a Instituição os ouça, valorize, treine e consulte mais, além de lhes oferecer oportunidades de preparar-se melhor para o cuidado das famílias.

Alonso (2003) aponta, com relação ao processo de vinculação, o risco da apropriação do viver familiar, normatizando-o, disciplinando-o, controlando hábitos, e até o seu pensar, o que acabaria por mutilar sua autonomia, fragilizar seu potencial para o cuidado de si. O vínculo social aproxima as pessoas, facilita a passagem do estranho para o familiar, facilita a comunicação emocional e a abertura. Porém para o PSF o que se requer é um avanço para o vínculo profissional/institucional, que além do pessoal/social incorpore a identificação, discussão, encaminhamentos e resolução das questões da saúde da família.

Para que o encontro assistencial se produza com qualidade os participantes necessitam de vontade, aderência, e abertura. Nestes termos a família necessita ser preparada para receber a presença pessoal e profissional da equipe, e também compreender quem são e a quem representam as pessoas que batem à sua porta, o que é esperado delas, o que ela espera daqueles que a visitam. Nestes termos a família poderá se inserir de maneira esclarecida, negociada e participativa no PSF.

No trabalho de Alonso (2003) se destaca a importância da conexão entre vínculo no PSF e ética. Como estudou as relações no ambiente familiar, onde emergem ‘coisas’ da família em interface com seus problemas de saúde, além de necessidades e proposições assistenciais, a questão ética se coloca de forma contundente. Também se faz desafio na e para construção do vínculo no PSF onde muitas das relações se dão no espaço e viver dos usuários/famílias. Um outro destaque não visualizado nos trabalhos anteriores é de caracterização de outras naturezas e mecanismos de vinculação da equipe, de paternalismo e disciplinamento, em especial quando falta preparo dos envolvidos, respaldo e resolutividade institucional. Santos (2001) apontou para a emoção e sentimentos envolvidos no estabelecimento de vínculo, Alonso destaca o papel da sensibilidade. Santos (2001) destaca o risco da acentuação da dicotomia no cuidado e Alonso (2003) aponta para o risco do desaparecimento do objetivo profissional, quando o que se constrói mantém-se como sociabilidade. Como pontos em comum com Araújo, Bettinelli, Campos, Merhy, Alonso, destaca-se a importância da condição do usuário de estar consciente, de ser informado, de participar, de ser sujeito na relação e além do destaque da intencionalidade profissional do vínculo.

Concluindo esta revisão foi possível verificar que os autores dão uma ‘fácies’ ao vínculo, conformam um modo de alcançá-lo e de reconhecê-lo. Alguns trabalhos apontam certas dificuldades para o estabelecimento de vínculo, mas estas não impedem que se reconheça que estejam sendo formados. Por exemplo, para Matsumoto (1999) as enfermeiras e as assistentes sociais têm maior facilidade de estabelecer vínculo já que desenvolvem seu trabalho sem pressão de demanda, tem maior facilidade de conhecer as pessoas e suas dificuldades. Schmidt (2002) e também o MS no Relatório de “*Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, b) referem que quem mais estabelece vínculo são os médicos, em função da sua atividade clínica. Santos (2001) dá ênfase à emoção para qualificar o vínculo enquanto Alonso (2003) enfatiza a natureza profissional do vínculo. Em Araújo (2001) e Bettinelli

(2002) é possível reconhecer a tecnologia de relações favorecedoras do vínculo o que não acontece em Fertoni (2003) por exemplo.

Considero que essas diferenças refletem a necessidade da produção de um corpo teórico mais denso e aplicável ao entendimento conceitual do vínculo, além daqueles que se relacionam a sua visualização e sua concretização no atendimento em saúde.

## **CAPÍTULO 4**

### **BASES METODOLÓGICAS**

Neste capítulo apresento a forma e a natureza da abordagem da investigação, os aspectos teóricos do método que orientaram as reflexões e análise de estabelecimento do vínculo entre médicos e enfermeiras num serviço de saúde com PSF implantado, qual seja o dialético. Apresenta também: a escolha do local e dos participantes, a entrada no campo, os procedimentos de coleta dos dados, os cuidados éticos e o tratamento dos dados.

#### **4.1 FORMA E NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO**

A investigação acerca do estabelecimento do vínculo, entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiras) e usuários de um serviço de saúde com PSF implantado, foi efetuada na modalidade de estudo de caso, abordado de forma qualitativa.

Gil (1999, p. 72) define estudo de caso como “*estudo exaustivo, profundo, de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado*”. Ludke e André (1986) ressaltam que se o estudo de caso for desenvolvido numa abordagem qualitativa permite a obtenção ampla de dados, um planejamento mais flexível e a focalização da realidade de forma complexa e contextualizada. Estes autores também se referem a características fundamentais do estudo de caso tais como: visam à descoberta ou seja o que ainda não está dado; enfatizam a interpretação do contexto de forma completa e profunda



ou o pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema focalizando-o como um todo (...) enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relações dos seus componentes (LUDKE E ANDRÉ, 1986, p. 19).

No estudo de caso os dados devem provir de várias fontes; deve revelar experiências do pesquisador que possam ser replicadas em caso de interesse; e apresentarem a situação ou objeto considerando oposições, conflitos, complementaridades.

A escolha da abordagem qualitativa, segue o que refere Minayo et al (2000, p. 21-2) uma vez que esta

preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A investigação qualitativa assume, por sua vez uma enorme gama de possibilidade e especificidades, segundo a opção por direções do tipo estrutural-funcionalista, fenomenológica ou dialética, por exemplo. Minha escolha recaiu sobre a abordagem qualitativa do tipo dialética.

A opção pelo método dialético esteve assentada no entendimento de que o PSF, se apresenta como síntese de um processo de transformação das políticas de saúde brasileira, que ocorreu a partir dos anos 70, já mencionado no item 2.1 do capítulo 2. Embora o PSF represente conquistas sociais, ratificadas na Constituição de 1988 e implantação do SUS, se vê perpassado por contraditoriedades, divergências, insuficiências, conseqüentes à sua inserção social, política e econômica, pautada em princípios da doutrina neoliberal. Sendo o vínculo como um conceito estratégico do PSF, pode-se antever que sofra as influências das condições e conjuntura em que o PSF está imerso. Assim, encontrei no método dialético possibilidades para apreender, de fazer emergir um conhecimento sobre a concreticidade do vínculo no PSF.

## 4.2 A DIALÉTICA

A história da dialética é longa e sinuosa, configurada por muitos autores, destacando-se nomes como os de Heráclito, Platão, Plotino, Kant, Proudhon, Hegel, Feurbach, Marx, Engels, Gramsci, Lukács, Adorno, Horkheimer, Sartre, dentre muitos outros. As contribuições ocorreram tanto pela introdução de novos elementos, estruturando um corpo teórico mais denso, como do embate em torno de concepções diferentes e até mesmo opostas (GURVITCH,1987).

Na história da dialética identificam-se três fases principais:

- 1º) a dialética antiga da Grécia, onde aparecem nomes como Heráclito, Platão, Aristóteles.
- 2º) A dialética idealista dos filósofos alemães (séc. XVIII e XIX) cujo nome central foi Hegel
- 3º) A dialética materialista (sec. XIX e XX) com Karl Marx e Friedrich Engels e seus seguidores.

O termo dialética provém do grego, dialégomai que origina o termo dialektikéque (dialética) com significado de discursar, debater.

Heráclito, produziu reflexões que posteriormente integraram a dialética moderna, como conceber que um objeto poderia ser ao mesmo tempo e sob o mesmo aspecto, igual e diferente de si, propondo a ‘contradição’. Platão, segundo Gurvitch (1987), concebia a dialética como uma forma da ascensão penosa das idéias rumo a contemplação das idéias eternas, com a finalidade de buscar-se a idéia mais elevada, qual seja a do bem.

Segundo Kopnin (1972, p. 68) a partir do século XVIII a “*ciência compreendeu claramente que o termo ‘lógica’, em essência, já ocultava atrás de si duas disciplinas científicas possuidoras de objetos diferentes*”. Para este autor, foi Kant quem demarcou o campo de aplicação da lógica geral (posteriormente chamada formal) que até então desempenhara uma função mais relacionada à qualidade da exposição, que a produção do conhecimento, definindo-a como “*uma ciência que expõe detalhadamente e demonstra com vigor apenas as normas formais de todo e qualquer pensamento*”. Ao delimitar o campo da lógica formal Kant abriu espaço para a nova lógica, a dialética.

Enquanto a lógica formal é a lógica da forma, conservadora, das coisas ou dos fatos imutáveis, da abstração, onde grande parte do conteúdo do pensamento é reduzido, a lógica dialética tende para um conteúdo, através de um movimento necessário e interno, uma vez que a forma de per si tornou-se insuficiente; a lógica dialética é a lógica dos momentos, da processualidade, da mudança (LUKÁCS, 1979; LEFEBVRE, 1995).

*Hegel*, ao orientar sua filosofia no sentido de conhecer a sociedade e a história, deu origem à concepção moderna da dialética. Em Hegel (1968) o finito (elemento empírico-material, as coisas, o mundo) não é um verdadeiro ser, carece de realidade própria. O pensamento do homem é separado do próprio homem, tornando-se independente (a idéia), de maneira que não é mais o indivíduo humano que pensa, mas a idéia ou Logos que se pensa através dele. O verdadeiro ser é o infinito, *a idéia*, o Logos cristão. Daí ter configurado o idealismo.

No idealismo o espírito é eterno, primeiro, e a matéria deriva dele. Os fenômenos do universo ocorrem pela ação de forças imateriais; o movimento, o dinamismo, a atividade, o poder criador são unicamente competência do espírito; o conhecimento não atinge a coisa em si, pois, a matéria é impenetrável ao conhecimento; a vida espiritual da sociedade determina a vida material.

Para Hegel (1968) o caminho da dialética é marcado pela contradição: posto a tese como ponto inicial, ela só se desenvolve criando um algo oposto a si, a natureza ou o mundo privado de consciência (antítese); entre estes dois conceitos manifesta-se à oposição contraditória que se reconcilia na síntese. A síntese também se revela contraditória, produzindo sua própria antítese e um novo movimento contraditório, numa nova síntese superior.

Colletti (apud TAMBOSI, 1999, p. 236) explica que o idealismo requer a aniquilação do finito em função do finito ser negativo tendo portanto “*inscrito na sua própria natureza ‘ultrapassar-se’, negar a sua negação e tornar-se infinito. O infinito (...) ‘é a negação da negação’, o afirmativo*”

Contra-pondo-se a Hegel, Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895) constroem a teoria marxista, composta por uma *filosofia, o materialismo dialético* e por uma *teoria científica da história, o materialismo histórico*.

Marx, partindo das idéias de Hegel efetuou novas proposições acerca da dialética, chamadas por Engels de materialistas (KOPNIN, 1972; GURVITCH, 1987). O termo materialismo, é proveniente de ‘matéria’ significando do ponto de vista do conhecimento “*a realidade objetiva, cuja existência é independente da consciência humana e refletida por esta*” (LUKÁCS,1979, p. 222). No materialismo o mundo é eterno e a matéria é infinita; a matéria é primeira e o espírito deriva dela; os fenômenos do universo são diversos aspectos da matéria em movimento; o movimento existe independente da consciência e é uma propriedade fundamental da matéria; a consciência por sua vez é reflexo da matéria, assim sendo o mundo é cognoscível (ARANHA, 1993).

Marx (1979, p. 40) também desenvolve proposições acerca do homem enquanto realidade e ser do mundo material: “*o ser objetivo atua objetivamente e não atuaria objetivamente se o objetivo não estivesse na destinação do seu ser. O ser objetivo cria e põe apenas objetos porque ele é posto por objetos, porque é originariamente natureza*”.

O homem como ser objetivo não é apenas natural mas humano, porém não está confirmado de imediato em seu ser e saber, em sua subjetividade e objetividade, e para confirmá-las ele precisa nascer, possuir em seu ato de nascimento a história, que para ele é consciente, e por ser consciente “*é ato de nascimento que supera*” (MARX,1979, p. 41).

Para que a realidade seja autêntica ela requer o homem, não só sua consciência, mas também sua existência. A realidade é “*a realidade do homem que na natureza e como parte da natureza cria a realidade humano-social , que ultrapassa a natureza e na história define seu próprio lugar*” (KOSIK, 2002, p. 248).

Por sua vez o ‘materialismo histórico segundo Leopardi (2001, p. 103) é

a aplicação do materialismo dialético (filosofia) ao campo da história, ou a explicação da história por fenômenos materiais. Refere-se às condições materiais da existência social, as quais definem a história da humanidade pelo desenvolvimento de formas coletivas de trabalhar ou pelas relações de produção.

Considerando o sentido materialista aplicado por Marx às proposições de Hegel acerca da dialética, Engels configurou-as sob a forma de leis, expandidas também por Lenin (KONDER, 1981; SUCUPIRA, 1984; GURVITCH, 1987; RICHARDSON, 1993, SAUPE E NAKAMAE, 1994; LEOPARDI, 2001; LEFEBVRE, 1995). As leis da dialética (na ótica materialista) conforme os autores mencionados são:

**a) Lei da conexão universal dos objetos e fenômenos**

É um dos conceitos chaves da dialética materialista. A característica essencial da matéria é a interconexão entre objetos e fenômenos, sua impossibilidade de existirem isolados, sua determinação mútua, configurando uma totalidade concreta.

**b) Lei do movimento universal**

Os objetos e processos (tudo), estão em movimento e mutação contínua. O desenvolvimento ocorre dialeticamente, através de progressos (desenvolvimento para uma organização superior) e regressos (sentido inverso). A natureza e a sociedade se desenvolvem por causas internas, suas contradições, diferentemente de outras concepções que atribuem a mudança a causas externas.

**c) Lei da unidade dos contrários**

Todos os objetos ou fenômenos apresentam aspectos contraditórios, e embora organicamente apresentem-se como uma unidade, estão em perene conflito, condição que produz a mudança da realidade. A unidade é relativamente temporária, sendo interrompida constantemente, no curso do desenvolvimento, o que já não ocorre com a contradição, que é absoluta e constante.

**d) Lei da transformação da quantidade à qualidade**

Os objetos e fenômenos vão sendo submetidos a mudanças inicialmente quantitativas, que a partir de um processo cumulativo, vão produzir mudanças qualitativas. A modificação qualitativa não é lenta e contínua, tampouco conjunta e

gradual, como é o caso das modificações quantitativas. Apresenta, ao contrário, características bruscas, tumultuosas; expressa uma crise interna da coisa, uma metamorfose em profundidade, através de uma intensificação de todas as contradições. A mudança aparece quando estão reunidas as condições objetivas, bastando um pequeno impulso para que o salto se opere.

#### ***e) Lei do desenvolvimento em espiral***

A renovação constante do mundo decorre da renovação de objetos, fenômenos e estruturas, obsoletos, indesejáveis, que são substituídos por outros, parcialmente novos, uma vez que agregam características daqueles a que estão substituindo. A mudança nega o que é mudado e o resultado, por sua vez, é negado, mas esta segunda negação conduz a uma mudança e não a um retorno a condição anterior; revela-se assim uma espiral crescente de mudanças, sendo a negação o seu elemento propulsor.

Para Lefebvre (1995, p. 240) as “*leis da dialética constituem pura e simplesmente uma análise do movimento. O movimento real com efeito, implica essas diversas determinações: continuidade e descontinuidade, aparecimento e choque de contradições; saltos qualitativos e superação*”.

As leis da dialética também dispõem de *categorias* que explicitam propriedades e relações dos objetos e fenômenos quais sejam:

#### **1º) *Interdependência entre - particular – singular – geral***

Todo objeto ou fenômeno tem características específicas, próprias, que os distinguem. É impossível encontrar objetos ou fenômenos iguais, pois, se distinguiriam em um ou outro detalhe e isto constitui sua singularidade ou individualidade. Mas os objetos e fenômenos compartilham características comuns, que os distinguem quando comparadas com outros objetos ou fenômenos, constituindo a sua particularidade (ex: metal, reunião, visita). O que se repete nos objetos ou fenômenos, não sendo inerente a um só, mas, a muitos objetos ou fenômenos, constitui o geral. O singular, geral e o particular são interdependentes,

uma vez que o singular contém o geral e o geral existe e tem sua expressão no particular.

## **2º) *Causa e efeito***

Causa e efeito são conceitos correlatos, em conexão, em retro-alimentação, onde o resultado da causa é o efeito e este por sua vez pode modificar a causa. A causa engendra, origina, determina o fenômeno. Todo o fenômeno da natureza e da sociedade tem uma causa, uma possibilidade de explicação. Causa e efeito decorrem, por sua vez da vigência de determinadas condições.

## **3º) *Necessidade e casualidade***

A necessidade é essencial já que deve ocorrer sem falta; desprende-se dos fenômenos e objetos da realidade e é decorrente do seu desenvolvimento. O casual é aquele que em condições concretas pode ocorrer ou não, podendo produzir-se de maneira variada; seu aparecimento provém, na maioria das vezes de fatores não essenciais, ao contrário da necessidade.

## **4º) *Possibilidade e realidade***

A possibilidade pode ser entendida como aquilo que não é mas poderá ser, uma realidade interna, potencial, que tem existência real mas como propriedade. A realidade é uma possibilidade concretizada. Assim o processo de desenvolvimento inclui a unidade dialética de realidade e possibilidade. Para que uma possibilidade se faça realidade são necessárias condições correspondentes. As condições podem interferir no processo, acelerando ou restando a transformação da realidade.

## **5º) *Conteúdo e forma***

Na vida prática e social a forma é um aspecto do conteúdo, um elemento destacado momentaneamente deste conteúdo. O conteúdo quando analisado sob um certo prisma, torna-se forma. E, reciprocamente a forma volta a ser conteúdo.(...) Entre forma e conteúdo se opera, assim, uma interação e um movimento incessante (LEFEBVRE,1995).

### **6º) Essência e aparência (fenômeno)**

A compreensão da essência é o principal objetivo do materialismo dialético. O fenômeno é a revelação externa da essência, é a forma de sua manifestação. A essência se manifesta tanto numa infinidade de fenômenos como num único fenômeno. Ela é mais profunda, interna, estável; o fenômeno é mais rico, variável, efêmero, casual. Por fim, a compreensão da essência requer levar-se em conta todas as distintas formas de sua manifestação.

Konder (1981) considerou que a estrutura proposta por Engels, à cerca da dialética, apresenta um caráter fixo, enrijecido, incompatível com o caráter da própria dialética e alerta para o fato de que isso não significa que as leis da dialética não devam ser usadas, mas que isto se faça com precauções no sentido de alcançar um uso dialético efetivo.

Apesar da diferenciação entre dialética idealista e materialista, Tambosi (1999, p. 11 e 12), baseado em estudos de vários autores em especial do italiano Lúcio Collete “*identifica no marxismo uma indissociável continuidade do sistema idealista de Hegel, incompatível com os princípios materialistas que pretendia defender*”. Para Tambosi (1999) uma questão crítica desta condição decorre da impossibilidade de falar de contradição na natureza e na sociedade, já que isto fere o princípio científico da não contradição da ciência (algo não pode ‘ser’ e ‘não ser’ ao mesmo tempo). A categoria da contradição é uma categoria da lógica, do pensamento, da teoria, e nunca do real, já que não existem contradições objetivas.

Para Colletti (apud TAMBOSI, 1999, p. 186) “*a realidade não suporta contradições dialéticas, mas apenas oposições reais, conflitos de força, relações de contrariedade. E estas são oposições (...) isto é, não contradições, em vez de contradições dialéticas*”.

Negar e afirmar um predicado de alguma coisa tem como consequência o nada. Já na oposição real ou sem contradição, na qual dois predicados de uma coisa são também opostos, é possível, ou seja tem algo como consequência. Portanto há



(...) “*negação também na oposição real, mas de um gênero inteiramente diferente da contradição*” (TAMBOSI, 1999, p. 214).

Um outro comprometimento atribuído ao marxismo foi o de que ele não fez ciência pura mas uma ciência percorrida por elementos ideológicos, finalista, revolucionário e isto resultou problemático. E, também, que o marxismo propôs um ‘grand finale’ (síntese), uma sociedade perfeita, justa, onde o capitalismo seria superado cedendo espaço ao socialismo. Nem o capitalismo foi superado, nem o Estado foi extinto, nem se previu a emergência de classes médias, transformadoras das relações bipolares de burgueses e proletários. Tal crítica ao marxismo também se voltaram para a dialética materialista (TAMBOSI, 1999).

### **4.3 MÉTODO DIALÉTICO**

Enquanto método a dialética é um caminho para experiências renovadas, experiências que não se deixam enclausurar em nenhum quadro operatório imóvel. Sua verdadeira tarefa, considerando que o domínio do método é o da existência social, consiste na demolição de conceitos adquiridos e cristalizados, cuja rigidez não conseguem captar as totalidades reais em movimento. E ainda, considerar de forma simultânea as totalidades e suas partes em condicionamento recíproco (GURVITCH, 1987).

Totalidade concreta como princípio metodológico da investigação dialética significa, segundo Kosik (2002, p. 44 e 49), a “*realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido (...)*”. “*Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como um momento do todo (...)*”. Neste sentido tanto o fato histórico define a si mesmo como define o todo. Tanto pode ser revelador quanto determinado. Da conexão e mediação entre todo e parte, surge à implicação que fatos isolados são abstrações pois a sua concreticidade se dá tão somente no todo. Já o todo sem momentos diferenciados e determinados é vazio, abstrato.

O pensamento na dialética procura pois destruir a pseudo-concreticidade, ir de forma processual na direção da concreticidade do real que se acha escondido em representações deste; tem ainda de destruir a pretensa independência dos fenômenos (KOSIK, 2002).

O mundo real, oculta pela pseudo-concreticidade, apesar de nela se manifestar, não é o mundo das condições reais em oposição às condições irreais, tampouco o mundo da transcendência e oposição à ilusão subjetiva; é o mundo da práxis humana. É a compreensão da realidade humano-social como unidade de produção e produto, de sujeito e objeto, de gênero e estrutura (KOSIK, 2002, p. 23)

A dialética como método luta contra a simplificação, imobilização do conhecimento das totalidades sociais, enfatiza complexidades, sinuosidades, tensões inesperadas, demandando, por vezes, mobilidade dos próprios quadros teóricos de referência, buscando o aprofundamento sempre renovado dos problemas e assim, o que realmente faz é preparar quadros de explicação (GURVITCH, 1987).

*Para* Kopnin (1972) a dialética no sentido da verdade objetiva pressupõe o emprego das leis do real e do pensamento, respeitando desta forma os princípios da ciência. Lefebvre (1995) ressalta que tais leis não podem ser aplicadas no sentido abstrato, metafísico, e sim de forma concreta, permitindo penetrar em todo objeto, em toda a realidade. Segundo este autor, na aplicação da lei da conexão universal e interdependência de objetos e fenômenos *“isolar um fato, um fenômeno, e depois conservá-lo pelo entendimento nesse isolamento, é privá-lo de sentido de explicação, de conteúdo”* (LEFEBVRE, 1995, p. 238).

Com relação à lei da do movimento universal, Lefebvre (1995) refere que o método dialético busca reintegrar fatos e fenômenos em seu movimento interno e de externalidade, ou busca desvendar o que há de profundo (essencial) que se oculta sob o movimento superficial. Com relação à ‘contradição dialética’, o que deve ser captado, segundo Tambosi (1999), são as oposições reais, conflitos de força, relações de contrariedade, polarizações. Na transformação da quantidade em qualidade a atenção se volta para a continuidade (o que mantém) e a descontinuidade (o aparecimento do novo, o fim do antigo).

O conhecimento deve se processar num movimento em espiral do qual cada início é abstrato e relativo, procede do todo para as partes e vive versa, dos fenômenos para a essência e desta para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade. Assim o conhecimento *“justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade”* (KOSIK, 2002, p. 50).

E por fim

em certas fases do próprio pensamento, este deverá se transformar, se superar, modificar ou rejeitar sua forma, remanejar seu conteúdo, retomar seus momentos, superá-los e repeti-los (...). O método dialético, desse modo, revelar-se-á ao mesmo tempo rigoroso (já que se liga a princípios universais) e o mais fecundo (...) (LEFEVRE, 1995, p. 241).

Sintetizando as recomendações de Lefebvre (1995) teríamos, quando da aplicação do método dialético: dirigir-se objetivamente à própria coisa; manter-se atento para a questão de que tudo está ligado a tudo; apreender o conjunto das conexões internas da coisa, o seu desenvolvimento e movimentos; aprender a coisa como totalidade em suas oposições reais, conflitos de força, relações de contrariedade, polarizações, tendências, transições; manter-se consciente da necessidade de aprofundamento do conhecimento.

Saupe e Nakamae (1994, p.35) também alertam: “o conhecimento dialético não se procede por via somatória, acrescentando fatos linearmente, mas se processa num movimento de correlação em espiral, na qual todos os conceitos mantêm uma reciprocidade e se elucidam mutuamente”.

Concluindo esta exposição, ao proceder este estudo acerca do vínculo estabelecido entre profissionais (médicos e enfermeiras) e usuários num serviço de saúde com Programa de Saúde da Família implantado (PSF), na ótica do método dialético, busquei analisar seu processo de desenvolvimento, situá-lo na totalidade histórico social do SUS/PSF com suas múltiplas determinações (como produto de uma evolução da atenção básica, nas limitações de sua implantação conseqüente às exigências neoliberais, dentro de sua inserção no trabalho em saúde). Busquei

descobrir suas conexões, conflitos, oposições internas, objetivando encontrar sua essência; captar o concreto real do vínculo; processar a ação do pensamento reconstruindo uma instância provisória do real. No caminho do pensamento precisei modificar as conexões teóricas, abandonar o que não dava conta da realidade do vínculo, o qual demonstrou uma complexidade maior que a intuída, além de ter adotado um outro foco que priorizava o vínculo em si e não o vínculo com a família, como definira inicialmente.

#### **4.4 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO**

A investigação foi desenvolvida em um bairro de um município de Santa Catarina, estado do sul do Brasil. O PSF começou a ser implantado em Santa Catarina em 1994, viabilizado pelo convênio nº 817/94, assinado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e Ministério de Saúde, o qual previa a formação de 28 equipes para o Estado. Em 1995 o PSF foi implantado nos municípios Joinville e Criciúma e depois em Florianópolis, Blumenau, Ascurra e Lages (ROSA, 2001). A partir de 1996, em função da definição dos recursos de financiamento da ABS através da NOB/96, a implantação ganha maior impulso.

O PSF está implantado em 97,6% dos municípios do Estado de Santa Catarina ou em 286 municípios para um total de 293. A cobertura populacional da população é de 58,9% ou de 3.146.583 pessoas, efetuada por 998 equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

#### **4.5 ESCOLHA DO LOCAL DA INVESTIGAÇÃO**

Consciente de que o trabalho das ESF sofre influências do contexto, as quais configuram algumas das diferenças entre os PSF, defini que a realidade a ser estudada deveria minimizar tais diferenças. Desta forma pensei *evitar que os dados estivessem*

*demasiadamente impregnados por especificidades*, de forma que pudessem dialogar com um maior número de PSFs da realidade brasileira. Assim, a investigação não seria desenvolvida em ambientes isolados, predominantemente rurais ou grandes centros urbanos, favelas ou locais com muitos problemas sócio econômicos, conflitos de terra. Além disso, esta realidade tinha de ser acessível à pesquisadora. Defini também proceder à investigação junto aos profissionais médicos e enfermeiras *de no mínimo duas ESF*, supondo poder apreender mais sobre o estabelecimento do vínculo com os usuários. Minha posição respaldou-se em Mazzotti-Alves e Gewandsnajder (2001, p. 162) os quais colocam que nas pesquisas qualitativas a escolha dos campos e dos participantes é proposital. *“Isto é, o pesquisador os escolhe em função das questões de interesse do estudo e também das condições de acesso, permanência no campo e disponibilidade dos sujeitos”*.

Busquei o local desejado de maneira informal, junto à profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), da Coordenação Estadual do PSF, do PÓLO de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos em Saúde da Família/SC, profissionais da saúde e colegas professores da área de saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Localizada a comunidade que atendia os critérios estabelecidos fiz uma visita ao local. Neste trabalhava uma enfermeira que fora minha aluna no curso de graduação em enfermagem e de especialização em enfermagem na saúde da família e com sua ajuda fiz contato com os três médicos e as outras duas enfermeiras das três ESF que ali trabalhavam. Expliquei brevemente o projeto, consultei-os sobre seu aceite em participar da investigação e obtendo resposta positiva, iniciei os procedimentos formais.

Encaminhei a solicitação de autorização para proceder à investigação, uma cópia do projeto e um pedido de agendamento de entrevista à Secretária de Saúde do município onde se situava o local escolhido, a qual procedeu a autorização.

Tais documentos e outros complementares foram submetidos ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, para verificação de observância dos requisitos indicados para pesquisa com seres humanos, e sua aprovação está demonstrada no anexo B.

#### **4.6 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Médicos e enfermeiras, integrantes de 3 (três) ESF, auxiliares de enfermagem e ACS também integrantes destas ESF, e usuários do CS participaram deste estudo *cujo foco foi o vínculo estabelecido pelos médicos e enfermeiras com os usuários do serviço de saúde com o PSF implantado.*

Optei pelo estudo deste foco e não do vínculo estabelecido pela totalidade da ESF (dentista, AuxEnf, ACS), considerando os seguintes aspectos: médico e enfermeira devem ocupar um papel de coordenação na ESF além de se constituir como referência para os demais membros; médicos e enfermeiras tem maior amplitude e tempo de preparo no cuidado em saúde; há um número maior de estudos enfocando o trabalho dos ACS e suas relações com os usuários no PSF; proceder a uma investigação em profundidade, como recomendado num estudo de caso, junto a todos os membros das equipes, implicaria numa extensão de tempo não disponível pela pesquisadora.

Já o vínculo estabelecido entre dentistas e usuários não foi objeto de estudo, dado que suas ações se davam de forma *muito específica, voltada ao cuidado bucal*, dentro do consultório, num trabalho concomitante porém paralelo ao das ESF. Ressalto que estou ciente de que a concepção teórica/metodológica do PSF prevê que o dentista seja co-participe do plano de trabalho da equipe.

#### 4.7 ENTRADA NO CAMPO

Os primeiros 45 dias (quarenta e cinco) a partir da minha chegada ao campo, foram reservados para adaptação, tanto da pesquisadora quanto dos funcionários do CS a presença da mesma ou para: apresentação dos personagens, das atividades, da dinâmica de atendimento e para exposição do projeto. Percorri também a comunidade buscando formar a base inicial de compreensão do contexto. No momento em que as pessoas pareceram não estranhar mais e sabiam das razões de minha presença no campo iniciei a coleta de dados propriamente dita. Com esta atitude procurei minimizar a modificação do contexto interacional produzido pela presença de um investigador em campo, conforme apontado por Mazzotti e Gewandsnajder (2001). Para estes autores a interferência pode ser minimizada com a permanência prolongada do pesquisador em campo, levando os sujeitos a se acostumarem com sua presença e a absorvê-la como acontece em outras relações vigentes na sociedade.

Apresentei formalmente o projeto de investigação aos médicos e enfermeiras, mas em função de dificuldades de compatibilizar horários, fiz três exposições; após a apresentação os mesmos assinaram o termo de consentimento. O médico de uma das ESF não autorizou a observação das consultas.

Os AuxEnf, os ACS e outros profissionais do CS tomaram conhecimento do projeto de maneira mais informal, nas interações, já que não estava previsto serem sujeitos da investigação. No desenrolar da mesma percebi que dispunham de dados significativos acerca do vínculo estabelecido pelos médicos e enfermeiras. Consultei-os sobre disponibilidade em participar de entrevistas e de algumas observações, reforcei explicações sobre o projeto e obtive o consentimento por escrito.

Durante esta fase o município mudou de Secretário de Saúde e este visitou o CS. Além de conhecê-lo, também falei brevemente sobre o projeto.

## 4.8 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram colhidos através de *observação de campo, entrevistas e em documentos*, durante os meses de setembro de 2003 a março de 2004.

A escolha pela técnica de *observação*, foi efetuada em função do vínculo ser um fenômeno que se expressa nas condutas dos profissionais em interação com sua clientela, sendo o cenário de prática o local de sua captação. Concretiza-se em ato, podem/devem persistir apenas seus efeitos e sentimentos gerados. Também responde a uma contingência da dialética, segundo o qual a construção do conhecimento só se torna possível no diálogo entre teoria e prática

Para Minayo et al (2000, p. 60) a importância da observação participante enquanto técnica de pesquisa decorre do “(..) *fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas uma vez que observados diretamente na própria realidade transmitem o que há de mais importante e evasivo na vida real.*”

Para estes autores a participação pode ser plena ou constituir-se num distanciamento total da participação na vida do grupo tendo, neste caso, somente o objetivo de observação, ou ainda, situar-se entre estes pólos.

A *observação* efetuada foi com alguma participação, predominando porém a observação. A participação mencionada consistiu em opinar quando solicitada, trocar idéias tanto com os membros das ESF, quanto com outros funcionários do CS e com usuários, fazer algum encaminhamento para as enfermeiras, quando da apresentação de situações relacionadas a necessidades prementes dos usuários que não haviam sido consideradas pela recepção.

Observei a *dinâmica do CS*, as atividades e interações dos médicos e enfermeiros no CS, no domicílio e na comunidade (durante seus deslocamentos); os encontros dos ACS no CS, atividades do ‘grupo de sofrimento psíquico’, atividades de educação em saúde, reuniões das equipes e reuniões do Conselho Local de Saúde.

Normalmente comparecia ao CS num período, ou matutino ou vespertino; em caso de ocorrência de atividades que julgava interessante observar, efetuei este procedimento em ambos os períodos. O tempo de observação foi em média de 10



horas semanais, normalmente distribuídos em 3 (três) dias da semana. Em todas as observações buscava e registrava os dados relacionados ao vínculo e/ou ao seu contexto, descartando os demais dados.

Poucos dados à cerca do vínculo emergiram dos prontuários e após algumas tentativas, encerrei a busca nesta fonte. O livro de atas do Conselho Local, foi também consultado e dele extraí um ou outro ponto que guardava relação com o tema do vínculo.

No CS observei ainda a recepção dos usuários, a interação destes com as recepcionistas e com membros das ESF, as atividades e o atendimento, as falas em corredores, as condições da espera do atendimento, as reclamações.

No início das manhãs eram usuais os encontro dos ACS de todas as equipes e como às vezes não tinha algo específico para fazer, acabava observando o que se passava nestes encontros. Percebi que nestes espaços se apresentavam dados sobre vínculo dos médicos e enfermeiras e usuários, além disso, certos diálogos levaram-me a efetuar alguns ‘insights’.

Quanto aos médicos e enfermeiras observei suas interações com os usuários em momentos diversos como da sua chegada no CS, em suas estadas no corredor, nos consultórios e também enquanto dialogavam com os membros de suas equipes ou entre si. Para dar uma certa direcionalidade às observações, antes de iniciar a coleta de dados, elaborei um roteiro cujos itens referiam-se às dimensionalidades do vínculo, de acordo com o referencial teórico adotado, que deveriam ser observadas nas atitudes/comportamentos dos médicos e enfermeiras (vide apêndice G).

*Nas visitas domiciliares* observei a recepção da família, dados que indicavam conhecimento mútuo prévio, como e com quem se processavam as interações, o conteúdo das mesmas, o contexto. Algumas observações emergiram dos diálogos que se davam entre ACS e médicos, efetuadas no carro que transportava a equipe, durante o deslocamento até a casa do usuário a ser visitado. Normalmente os ACS atualizavam

os médicos de algumas condições do usuário ou família, ou o médico perguntava algo procurando se situar.

Para garantir o anonimato das ESF identifiquei-as através de cores básicas ou verde, azul e amarelo.

Acompanhei um total de 20 (vinte) visitas domiciliares do médico da ‘equipe verde’ e 01 (uma) visita individual da enfermeira da mesma equipe; 18 (dezoito) visitas do médico da ‘equipe azul’ e 10 (dez) visitas da enfermeira da ‘equipe azul’ acompanhando o médico de sua equipe, 03 (três) acompanhando os ACS e 01 (uma) individual; 20 (vinte) visitas do ‘médico da equipe amarela’ e nenhuma visita de enfermeira desta equipe.

Não foi possível estabelecer uma equivalência na observação das visitas realizadas pelas enfermeiras em função de que usualmente não acompanhavam as visitas médicas, faziam menos este procedimento (exceto enfermeira da equipe azul) e ainda realizavam algumas visitas sem agendamento, ao contrário da visita dos médicos que eram sempre agendadas previamente.

*No grupo de sofrimento psíquico* observei a condução, a dinâmica da reunião, o contexto das interações estabelecidas, as repercussões das ausências dos médicos e enfermeiras e sua interface com o tema do vínculo. Acompanhei 04 (quatro) reuniões deste grupo.

Nas reuniões dos grupos de saúde observei a presença (ou ausência) dos médicos e enfermeiras, papel desempenhado, as razões da presença dos usuários, o que era abordado, a dinâmica da atividade, as interações e reações dos presentes. Acompanhei 4 (quatro) reuniões do grupo de saúde, 1 (uma) correspondente a ‘ESF azul’ e 3 (três) correspondentes a ‘ESF verde’.

*Nas reuniões do Conselho Local de Saúde* observei a presença de médicos e enfermeiros, o papel desempenhado, as interações, os temas, os aspectos relacionadas

à comunidade que pudessem proporcionar dados relacionados ao vínculo. Acompanhei 02 (duas) reuniões deste grupo

*Nas reuniões das equipes* observei, as relações e interações entre os membros da própria equipe, suas prioridades, o que colocavam os ACS e como médicos e enfermeiras traduziam em termos de vínculo tais informações, a forma de planejar o trabalho e distribuir responsabilidades. Estas reuniões se davam por vezes incluindo todos os membros da equipe ou incluindo enfermeira, AuxEnf e ACS, ou médico, AuxEnf e ACS, ou somente médicos enfermeiras. Observei 21 dessas atividades.

Abaixo apresento a totalização do acompanhamento das atividades de observação de atividades passíveis de serem computadas, quais foram:

#### **QUADRO 1: ATIVIDADES OBSERVADAS NAS ESF**

ATIVIDADES	ESF /NÚMERO		
	ESF VERDE	ESF AZUL	ESF AMARELA
VISITA DOMICILIAR MÉDICA	20	18	20
VISITA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM	01	14	0
CONSULTA MÉDICA	0	25	20
CONSULTA DE ENFERMAGEM	06	10	05
REUNIÃO DE EQUIPE	03	02	01
REUNIÃO: enfermeira, AuxEnf e ACS	05	05	03
REUNIÃO: médico, AuxEnf, ACS	0	0	02

#### **QUADRO 2: ATIVIDADES OBSERVADAS DO CONJUNTO DAS ESF**

ATIVIDADES	NÚMERO
REUNIÃO: médicos e enfermeiras	02
GRUPO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	04
REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE	02

Foram efetuadas 3 (três) *entrevistas* com médicos (todos os médicos das ESF), 4 (quatro) entrevistas com enfermeiras (todas as enfermeiras das ESF), 3 (três) entrevistas coletivas de AuxEnf e ACS (uma para cada ESF; 100% das ESF; 33% do total de AuxEnf e 75% ACS) e 18 (dezoito) entrevistas com usuários ou 6 (seis) entrevistas de usuários por equipe. O quadro abaixo apresenta alguns dados referentes aos membros das ESF:

### QUADRO 3: DADOS DOS MÉDICOS E ENFERMEIRAS DAS ESF

ITENS	MÉDICO ESF VERDE	MÉDICO ESF AZUL	MÉDICO DA ESF AMARELA	ENFERMEIRA (N.1) ESF VERDE	ENFERMEIRA (N.2) ESF VERDE	ENFERMEIRA ESF AZUL	ENFERMEIRA ESF AMARELA
FAIXA ETÁRIA	45-50	30-35	30-35	30-35	25-30	25-30	35-40
SEXO	M	F	M	F	F	F	F
PÓS GRADUAÇÃO SENSO LATU	Acupuntura Homeopatia	Terapia Intensiva	Clinica Médica	-	-	Enfermagem na Saúde da Família	-
PÓS GRADUAÇÃO SENSO ESTRITO	Mestrado Antropologia	-	-	-	-	-	-
TEMPO DE FORMAÇÃO	> 20 ANOS	> 5 ANOS	> 5 ANOS -	> 4 ANOS	> 3 ANOS	> 5 ANOS	> 5 ANOS
TEMPO DE ATUAÇÃO NO PSF ATUAL	> 1, 5 ANOS	2 ANOS	< 3 MESES	2 ANOS	< 3 MESES	2 ANOS	2 ANOS
TRABALHO ANTERIOR EM OUTROS PSFs	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
TRABALHO ANTERIOR EM HOSPITAL	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim

As entrevistas efetuadas foram do tipo semi-estruturada, com questões voltadas para o tema do vínculo. Este tipo de entrevista permite focalizar o tema do estudo sem no entanto enquadrar repostas ou impedir o desvelamento do objeto (TRIVIÑOS, 1992). “A *entrevista semi-estruturada ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a*

*liberdade e espontaneidade necessária enriquecendo a investigação*” (TRIVIÑOS, 1992, p.146).

E ainda, segundo o autor referido, este tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos, conseqüentes às opções teóricas do estudo, oferecendo ainda a possibilidade de ampliar as interrogações como uma decorrência das respostas do informante. O informante é, neste processo, um participante na elaboração do conteúdo. Os pontos escuros, que denotam aspectos conflitivos ou divergentes, podem ser retomados, adotando-se o princípio da retro-alimentação. O valor das questões assim formuladas está em abrir perspectivas de análise, sem se constituir em amarras para o trabalho.

Embora tendo o mesmo foco, o do vínculo, as questões apresentadas aos médicos/enfermeiras, AuxEnf e ACS, e usuários foram diferentes (vide Apêndice D, E, F), buscando a composição de uma totalidade.

As entrevistas com médicos, enfermeiras e equipes de AuxEnf e ACS, foram iniciadas dois meses após o início da observação, considerando que a pesquisadora já possuía domínio relativo acerca da dinâmica do CS, estava familiarizada com os membros das ESF e estes com a pesquisadora. As entrevistas com usuários foram iniciadas no final do terceiro mês da presença da pesquisadora no campo. Este procedimento permitiu efetuar modificações e ajustes nas questões previstas no projeto de pesquisa acerca do vínculo e também, contextualizar perguntas e respostas, como recomenda Triviños (1992).

Nos apêndices D, E e F apresento os roteiros das questões formuladas aos médicos, enfermeiras, AuxEnf e ACS das ESF e familiares.

A indicação dos usuários a serem entrevistados foi efetuada por membros das três equipes, incluindo a opinião do médico e/ou enfermeira, em resposta à solicitação da pesquisadora. Um único critério foi apresentado: que os indicados tivessem vínculo com o médico e enfermeira de sua equipe. As ESF elaboraram listas com nomes de

usuários/famílias das quais selecionei um número arbitrário de seis entrevistados por equipe.

No quadro abaixo apresento dados dos usuários entrevistados, ressaltando que em algumas das entrevistas outros membros da família participaram ajudando a elaborar as respostas. Três usuários foram entrevistados no CS, e os demais em suas residências.

#### QUADRO 4: ENTREVISTAS EFETUADAS COM AS FAMÍLIAS

ESF VERDE			ESF AZUL			ESF AMARELA		
USUÁRIOS	Idade (anos)	SEXO	USUÁRIOS	Idade (anos)	SEXO	USUÁRIOS	Idade (anos)	SEXO
Nº1	55	M	Nº 1	46	F	Nº1	64	F
Nº2	50	F	Nº2	17	F	Nº2	>60	F
Nº3	17	F	Nº 3	> 60	F	Nº3	>60	F
Nº4/ outros familiares	> 40	M/F	Nº 4	>50	F	Nº4	>50	F
Nº5/ outro familiar	> 40	M/F	Nº5	> 60	F	Nº5/ outro familiar	>50	M/F
Nº6/ outro familiar	> 60	M/F	Nº6	> 60 anos	F	Nº6	30	F

#### 4.9 REGISTROS DOS DADOS

As observações geraram relatórios, elaborados ao final das observações, compostos por anotações *descritivas* do que se referia ou guardava relação com o tema do vínculo, incluindo descrição de comportamentos, ambiente e contexto; *reflexivas* conseqüentes ao que foi observado; *metodológicas* incluindo necessidades de aprofundamentos, reformulações, dúvidas, condutas frente a novas prerrogativas.

Procurei com tal conduta seguir as orientações de Triviños (1992, p. 155) quando diz que “*a exatidão das descrições dos fenômenos sociais é um requisito essencial da pesquisa qualitativa*”. Para este autor o registro das descrições acuradas

permite o acesso aos dados; igualmente anotações de natureza reflexiva, crítica, de indagação, etc, vão compondo o corpo geral dos dados a serem trabalhados.

#### **4.10 CUIDADOS ÉTICOS**

Busquei em todas as fases da pesquisa pautar meu comportamento na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo princípios como os de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, além dos princípios do Código de ética Profissional de Enfermagem.

Tanto junto a Secretaria de Saúde do município, responsável pelo CS, onde se desenvolveu a investigação, como junto aos participantes, o projeto foi apresentando em seus objetivos, fundamentos, estratégias e finalidades. Foram formalizados os procedimentos respectivos de aceite, entrega dos documentos e confirmação através das assinaturas.

Para cada observação de atendimento médico e de enfermagem em consultório solicitei também permissão específica (para observar aquela atividade). Quando um médico não autorizou minha presença nas consultas referindo não considerar adequada a observação de aspectos privados do usuário, isto foi respeitado.

Antes de cada atendimento em consultório também foi solicitada a permissão para observação da atividade junto a todos os usuários. Durante o atendimento colocava minha cadeira no fundo do ambiente, tanto buscando não intervir na interação como procurando desempenhar efetivamente o papel de observadora.

Nos domicílios, nas atividades de grupo, nas reuniões do Conselho Local de Saúde fui apresentada aos usuários e familiares pelos médicos, enfermeiras, AuxEnf ou ACS. Expus brevemente as razões da minha presença e obtive permissão para acompanhar a atividade.

Todas as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em ambiente privativo. Solicitei permissão para gravar as entrevistas e após sua transcrição os entrevistados receberam-nas de volta para conferência e efetuando retificações desejadas. Todos os nomes reais dos participantes foram representados por 'cores' e

‘números’, sendo que as ESF foram identificadas apenas por cores, de forma a preservar o anonimato.

Dei ênfase, quando da entrevista de AuxEnf e ACS das equipes, que o objetivo do trabalho era o vínculo estabelecido pelos médicos e enfermeiras com os usuários, mas compartilhava da posição de que o estabelecimento de vínculo no PSF era atribuição das equipes e que o papel dos ACS era especial/fundamental.

Em observações informais (um encontro casual num corredor, diálogo na rua, em lanches de confraternização) se ainda não tivesse tomado as providências de apresentar-me e as razões da minha presença, procurei fazê-lo. E ainda, procurei interagir com outros funcionários do CS, que não faziam parte das ESF (Pediatra, Ginecologista, técnicas e AuxEnf).

Quando se aproximou o encerramento da coleta de dados, fui inteirando as pessoas da proximidade da minha saída, diminuí as horas de permanência no campo, agradei a colaboração de todos.

#### **4.11 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS VISANDO A CONFIABILIDADE DOS DADOS**

Seguindo as recomendações de Mazzotti e Gewandsnajder (2001), visando a credibilidade ou a confiança na verdade dos dados, procedi da seguinte forma: permaneci no campo até constatar a saturação dos dados; observei repetidas vezes às condições do contexto e a conduta dos médicos e enfermeiras com relação ao vínculo; modifiquei o plano inicial de coleta de dados, incluindo os AuxEnf e ACS, após o ‘insight’ de que isto ampliaria ‘o olhar’ acerca do vínculo que médicos e enfermeiros estabeleciam com os usuários. Uma vez que suas condutas de vínculo não estavam sob investigação, funcionando no caso como ‘elementos externos’ considereei que os AuxEnf e ACS puderam revelar mais facilmente aspectos essenciais do vínculo aprendidos da sua convivência com os médicos e enfermeiras.



Para as entrevistas adotei a conferência das transcrições pelos respondentes, dado que a passagem dos depoimentos da forma oral para a escrita poderiam produzir alterações de sentido/conteúdo/intenção.

Outro cuidado adotado, na fase de análise dos dados, foi a busca da sua estabilização, submetendo-os a inúmeras leituras e exaustivas revisões da categorização.

#### 4.12 ANÁLISE DOS DADOS

Sobre os dados obtidos nas entrevistas (transcritas) e registros de campo foi aplicada a técnica de *análise de conteúdo* na modalidade de análise categorial temática, orientada em Bardin (2002).

A análise de conteúdo foi desenvolvida nos Estados Unidos, inicialmente com objetivo de avaliar material jornalístico, sendo H. Lasswell, o primeiro autor a empregá-la oficialmente, em 1915. Desenvolveu-se nas décadas seguintes, pelas contribuições de vários autores, destacando-se nomes como Berelson e Osgood. Hoje é empregada em inúmeras áreas do conhecimento como a da Lingüística, Política, Psicologia, Sociologia, Economia, Enfermagem.

A análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2002, p. 42).

A tendência inicial da análise de conteúdo foi a de apresentar uma característica mais quantitativa, através da busca de inferências a partir da frequência com que surgem certas características do conteúdo, o que foi contrabalançado pelo aperfeiçoamento técnico da abordagem qualitativa. Na abordagem qualitativa “*a tônica é colocada sobre as orientações de valor, afetivas ou cognitivas dos significantes ou dos enunciados de uma comunicação*” (...) (BARDIN, 2002, p. 21) e

as inferências se fundamentam na presença do índice (palavra, frase, tema) e não sobre a frequência de sua aparição.

Deve ser adequada ao domínio e objetivos pretendidos, pressupondo assim, que seja reinventada a cada momento. “*Não existe o pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis*” (BARDIN, 2002, p. 31).

Na análise de conteúdo efetua-se um ‘tratamento’ da informação contida nas mensagens, que pode ocorrer de várias formas, quais sejam de análise categorial temática, análise de enunciação, análise da expressão, análise das relações, análise do discurso. A análise categorial temática é uma forma de análise de conteúdo.

Na *análise categorial temática*, busca-se a análise dos significados e o tratamento da mensagem segue etapas como:

- constituição de corpo de documentos da investigação;
- múltiplas leituras do corpo de documentos buscando conhecê-los, captá-lo, deixar-se invadir por impressões e possibilidades;
- definição da unidade base de registro a codificar (segmento do conteúdo que encerra a unidade de unidade de significação), que pode ser a *palavra, frase, tema* (alusão, afirmação, acerca de um assunto que pode estar numa frase ou num conjunto de frases; unidade de significação que se liberta de um texto de acordo com os propósitos da investigação). A unidade de registro será usada como guia para a repartição dos dados.
- fragmentação do texto (recorte) segundo a unidade de registro adotada;
- condensação da informação para torná-la mais manejável; contagem (quando adotada)
- categorização ou formação de agrupamentos dos elementos constitutivos de conjuntos (classes de itens de registro) segundo suas analogias e, atribuição de um título genérico a cada grupo. O objetivo da categorização “*é fornecer uma condensação, uma representação simplificada dos dados brutos*” (BARDIN, 2002, p.119).
- inferências (deduções lógicas; causas, conseqüências);
- interpretação.

Para Bardin (2002, p. 105)

fazer análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico. O tema enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) (...) visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais regulares.

A categorização pode partir do geral para o particular, sendo que neste caso determinam-se previamente as categorias e tenta-se arrumar o todo ou seja, projeta-se uma ‘*grade de categorias sobre o conteúdo*’ apoiada no referencial teórico (BARDIN, 2002, p. 175). Os dados também podem “se *organizar em torno de temas eixo (objeto ou referente) em torno dos quais se agrupa o que o interlocutor exprime a respeito dele*” (BARDIN, 2002, p. 106).

De outra forma, parte-se dos elementos particulares agrupados por aproximação, configuram categorias as quais se atribuem títulos.

As categorias devem seguir regras como serem homogêneas (não misturar elementos diferentes), exaustivas (esgotar todo o texto), exclusivas (cada elemento está classificado numa categoria), objetivas (codificadores diferentes produziram resultados iguais), adequadas ou pertinentes (adaptadas ao objetivo e conteúdo).

Neste trabalho os procedimentos de tratamento dos dados ocorreram da seguinte forma: construção do corpo de dados (entrevistas transcritas e registros de campo); adoção das *questões formuladas* ao entrevistados como *pré-categorias* (o que é vínculo, como se constrói vínculo,...), leituras sucessivas, tratamento do material em separado, entrevistas e diário de campo.

Nas *entrevistas*, inicialmente, cada conjunto de respostas para cada *pré-categoria* recebeu o seguinte tratamento:

- *recorte adotando-se como unidade de registro frases ou conjuntos de frases com significados específicos relacionadas ao vínculo;*

- *condensação da frase ou frases para se tornarem unidades de registro menores (descarte de aspectos não pertinentes; substituição de termos por equivalentes; síntese, mantendo porém o significado presente no texto expandido).*

Em seguida, efetuei a junção dos conjuntos de respostas em torno das pré-categorias das entrevistas. Foram organizados três conjuntos de entrevistas ou unificaram-se as entrevistas dos médicos e enfermeiras (sete), as entrevistas dos grupos de AuxEnf e ACS (três) e as entrevistas dos usuários (dezoito). Nesta etapa as pré-categorias demonstraram necessidade de serem superadas, pois as unidades de significado demonstravam aspectos novos, diferentes, ampliados ou mesmo não demonstravam pertinência ao que fora proposto. Os conjuntos receberam novo tratamento (homogeneidade, exclusividade, ..) e por fim foram nominados. A estrutura resultante, pronta para a inferência e interpretação dispôs de: componentes das categorias (ou conjuntos de unidades de significado), categorias (nomenclatura) e sub temas.

*Os relatórios de campo* também foram tratados individualmente e posteriormente unificados, mês a mês, tratados, e por fim todo o conjunto foi unificado e tratado. Deles foram produzidas algumas unidades de significado destacando-se o conjunto que deu origem a categoria ‘o vínculo construído também se desconstrói’, não aventada quando da formulação das questões de entrevista ou no instrumento de orientação da observação. Porém, o maior aproveitamento dos registros de campo ocorreu na produção da contextualização do campo, relatada no capítulo 5.

Assim para as entrevistas, seguiu-se o critério do geral para o particular, pois as questões de entrevista tinham a intencionalidade de produzir respostas em torno de pré-categorias. Já frente aos registros de campo, adotou-se a seqüência particular/geral.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONTEXTO DAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS ENTRE MÉDICOS, ENFERMEIRAS E USUÁRIOS**

Neste capítulo, cuja intencionalidade é demonstrar o contexto no qual se estabeleceram as relações entre médicos, enfermeiras e usuários (individual e coletivo), apresento características do município, do bairro e do Centro de Saúde (CS) onde se desenvolveu a investigação e ainda, discorro sobre aspectos das condições e dinâmica de trabalho no CS e das ESF.

#### **5.1 SOBRE SÃO JOSÉ**

São José é um município do Estado de Santa Catarina (SC), estando assim localizado na região sul do Brasil. A base da sua colonização foi açoriana, iniciada em 1750, com 182 casais portugueses. Também foi berço da primeira colonização alemã no Estado. Em 1833 foi reconhecido como município.

Está localizado na região metropolitana da Grande Florianópolis, distando 10 Km da capital de SC, sendo recortado pela BR-101. Possui uma área de 113,17 K; limita-se à leste com os municípios de Florianópolis, à oeste com Biguaçu e Antônio Carlos e ao sul com Palhoça e Santo Amaro da Imperatriz.

Até a década de 70 o município de São José apresentava pouco desenvolvimento econômico, era uma localidade pacata, cujos habitantes dedicavam-

se principalmente à agricultura. Cresceu fortemente a partir de então, em função de fatores como sua localização, junto à Capital do Estado, pela proximidade da BR 101, pela existência de áreas de terra desocupadas e pouco valorizadas e como resposta à política de industrialização. Recebeu importante e contínuo fluxo migratório proveniente principalmente do oeste e do sul catarinense, do estado do Paraná, Rio Grande do Sul e até de estados nordestinos (FARIAS, 2001). Passou de uma população de 42 mil habitantes, em 1960, para 185 mil em 2003, ou seja um aumento de 300% (DIÁRIO CATARINENSE, 2003).

Atualmente São José possui o maior aglomerado urbano de Santa Catarina, ou seja: 1.595,16 hab/ K. Cerca de 98,66% da população vive na área urbana e apenas 1,34% reside na área rural. Segundo o censo de 2000 do IBGE, para uma população de 173.559 habitantes havia 84.591 homens (48,73%), 88.968 mulheres (51,27%), 29.801 crianças de 0 a 10 anos (17,17%) e 24.127 pessoas com mais de 50 anos (13,90%). Noventa e cinco por cento da população acima de 10 anos era alfabetizada (IBGE, 2004).

O setor industrial, que se desenvolveu fortemente, colocou o município na 5ª posição em arrecadação de ICMS e 8ª posição no parque Industrial do Estado, possuindo mais de 15.000 empresas que geram mais de 60.000 empregos. No período de 1997/2003, o incremento foi de 26,46% para novas indústrias, 50,73% para o comércio e 37,86% para a prestação de serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ, 2004).

O município de São José dispõe de infra-estrutura urbana nos setores de educação, saúde, segurança, transporte e habitação, porém desigualmente distribuída. O crescimento rápido e desordenado, favoreceu a ocupação de áreas de mangue, encostas de morros, abriram-se loteamentos clandestinos sem as condições necessárias de infra-estrutura, como esgoto, água tratada, disponibilidade domiciliar de banheiro, de coleta de lixo. O quadro abaixo reflete em números os dados da infra-estrutura de saneamento do município:

**QUADRO 5: CONDIÇÕES DE SANEAMENTO DISPONÍVEIS PELO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ**

<b>ÁGUA TRATADA</b>	
São José	99,98% da população atendida
Santa Catarina	85,74% da população atendida
<b>ESGOTO SANITÁRIO</b>	
São José	26,16% dos domicílios
Santa Catarina	8,56% dos domicílios
<b>RESÍDUOS SÓLIDOS</b>	
São José	98,50% dos domicílios
Santa Catarina	65,30% dos domicílios

Através da Secretaria de Desenvolvimento Social o município desenvolve programas como: Abrigo/Família Substituta/Apadrinhamento Efetivo; Programa de Liberdade Assistida/Prestação de Serviços à Comunidade; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil; Programa Família Cidadã; Programa Anjos da Rua. Dispõe ainda do Centro Educacional Municipal Cidade da Criança, para adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos e suas famílias, que se encontram em situação de risco pessoal e social.

Em 1999 São José implantou o PACS, com 8 enfermeiras e 240 ACS e em agosto de 2001 o PSF, atualmente com 40 ESF, distribuídas em 16 unidades de saúde, efetuando uma cobertura de 75 % da população. Essas unidades são: Areias, Barreiros, Bela Vista, Colônia Santana, Ipiranga, Luar, Fazenda Santo Antônio, Forquilhas, Picadas do Sul, Sertão do Maruim, Procasa, Roçado, Sertão, Serraria, Unidade de Saúde Santo Saraiva, Jardim Zanelatto. Dispõe ainda de uma Policlínica de Referência Municipal para os encaminhamentos das unidades básicas de saúde, nas áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Mastologia, Urologia, Ortopedia, Gastro-enterologia, Ginecologia, Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria. Dispõe também de outros serviços como vacinas, curativos, injeções, eletrocardiograma, pequenas cirurgias, Raio-X odontológico, teste de esforço e vasectomia.

O município desenvolve outros programas preconizados pelo Ministério da Saúde tais como: Programa de Tuberculose, de Controle da Hanseníase, da Dengue, da

Febre Amarela, da Saúde da Mulher (preventivo de colo de útero e mama, de planejamento familiar) de pré-natal, SISVAM (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), além de um outro programa do município, o Criança 21 (de recepção e acompanhamento de bebês nascidos no município e suas mães).

Está habilitado para Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde. Em 2003 aplicou 10.06% de recursos próprios em saúde (SIOPS/DATASUS, 2004).

Em São José está instalado o Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, que pertence à rede estadual de saúde. Este é um hospital geral, público, com 271 leitos, que serve referência nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde do SUS.

## **5.2 O BAIRRO ‘MARROM’**

O bairro ‘*MARROM*’ (esta cor representará o nome do bairro, procedimento adotado para garantir o anonimato) persegue o contorno da BR 101, sendo que este posicionamento originou, como ruas principais, aquelas paralelas à BR, que vão prosseguindo até o limite geográfico de um morro, tendo assim ‘um design’ longo e estreito. As ruas são relativamente estreitas, asfaltadas recentemente e intensamente trafegadas.

Chama a atenção de quem circula pelo bairro, a proximidade das casas, construção predominante, já que o aparecimento de prédios é incipiente, dispostas em pequenos terrenos, e a pouca disponibilidade de áreas vazias, demonstrando que a alta densidade demográfica observada no município também está presente no bairro. Uma parte alta do morro está mais próxima da BR e é ocupada por pessoas de maior poder aquisitivo (classe média e média alta). A parte mais distante do morro, área onde se observa expansão do bairro, está sendo ocupada por pessoas de baixo poder aquisitivo, que fazem construções simples, de madeira, pequenas, de material reciclado. Já na parte plana do bairro predominam os moradores de classe média baixa, sendo de menor presença os de classe média e pobre. Há também várias casas grandes porém



inacabadas, às vezes envelhecidas, sugerindo que as pessoas não tiveram recursos para concluí-las. Observa-se com freqüência terrenos que abrigam múltiplas unidades familiares.

Dispõe de um pequeno comércio e pequenos estabelecimentos de serviços como salões de beleza, vídeo-locadoras, restaurantes, bares etc. Como infra-estrutura educacional possui: um educandário que atende 460 crianças de zero a 6 anos, mantido por doações e pela prefeitura de São José e pela Secretaria de Estado da Educação, Ciência e Tecnologia; uma escola de primeiro grau e uma de segundo grau, públicas; uma escola de primeiro e segundo grau privadas, além de uma unidade educacional estadual voltada a 'educação especial'. Possui também várias igrejas, das religiões católica, quadrangular e adventista. Não há áreas arborizadas e jardins nas ruas principais.

Depoimentos obtidos nas entrevistas de usuários, apresentados a seguir, descrevem na ótica dos mesmos, o processo de formação e o perfil do bairro:

o 'Marrom', foi construído, a princípio, com operários, que vieram de pequenas regiões do interior do Estado, pedreiros e outros funcionários da construção civil. Este pessoal construiu bem moradias deles, se vê que não há favela. E depois, com o desenvolvimento, começou a vir gente de outros lados e hoje o bairro está cheio de problemas. A diferença é grande pois há uns 15 anos havia boa convivência, tranquilidade. O bairro mudou muito, começou a formar um pouco de bolsão de pobreza. Pra cá veio até gente do Nordeste, da Bahia, muita gente de outros lugares. Lá não conseguiram nada e vieram para cá. Assim a convivência não é tão boa mas ainda é um bairro bom de se morar. **Depoimento/Usuário**

Considero que este é um bairro bom, mas a infra-estrutura é pequena. Só tem uma serralheira, a Brahma, um depósito de ferro, dois restaurantes, dois barzinhos, um centrinho, supermercado, a igreja. Não tem quase nada. Tudo coisinha. No final das contas o 'Marrom' é uma rua. As pessoas que moram aqui, a maioria é de classe média, média baixa, pouco pobre. Rico eu acho que não, estão no morro, isolados, mas mesmo assim acho que não podem ser chamados de ricos, só aparentam ser classe A. No 'Alaranjado' (bairro vizinho) a coisa já muda, é grande, tem de tudo. **Depoimento/Usuário**

O depoimento a seguir também dá uma idéia do que seja o contexto social do bairro:

dos problemas, eu acho que o maior é o da insegurança. No 'Marrom' não era assim, isto é de agora. Saiu até na TV esses assaltos de moto. Tu podes estar até com uma sacolinha na mão, que eles vem e levam, assaltam supermercado, qualquer estabelecimento, salão de beleza, não importa. Tem desemprego também. Mas aqui não é um bairro que tenha miséria total. As pessoas trabalham principalmente no Centro e aqui fica quase uma cidade dormitório. Algumas pessoas trabalham no bairro, em algumas empresas, lojas, fábrica de bordados. Muitas mulheres são donas de casa até porque foram acostumadas assim. Poucos jovens ficam aqui. **Depoimento/Usuário.**

Os moradores também se queixam dos problemas decorrentes da transformação do bairro em função da instalação de industriais e comércio.

Instalaram indústrias no meio das moradias, ficando este defeito no bairro. Tem galpão, depósito. Conviver com isto não é fácil, é transtorno para o morador. Também temos o transtorno da BR. Essas coisas foram um grande erro das prefeituras, os próprios políticos não viram isso daí. Inclusive afeta até a saúde: não tem silêncio, o pessoal às vezes não dorme direito, é caminhão chegando, é caminhão saindo, buzinando, pois os depósitos estão entre prédios, entre casas. **Depoimento/Usuário**

Outros depoimentos, de profissionais e de usuários, mencionam problemas de saúde dos moradores:

a maior clientela do CS são pessoas com diabetes, hipertensão e doenças crônico-degenerativas. Já os problemas das famílias daqui são idosos acamados, filhos jovens desempregados, drogas, prostituição, problema com álcool, de não agüentarem mais alguém dentro de casa, problemas de relacionamento como ciúme, intolerância, decepção amorosa, angústia, problemas financeiros, muita depressão e uso de benzo-diazepínicos. **Depoimento/Méd e Enf ESF verde**

É a parte social que aflige mais a nossa área, aí considerando a falta de condições e também a parte afetiva. O financeiro pega bastante porque os salários são muito baixos, muitos têm financiamento da casa, aluguel, aí começam a ficar preocupadas. Os idosos que são muitos aqui, são solitários e carentes de atenção, tem crianças na rua que não estudam, mães solteiras, relaxamento no cuidado da casa, moradias precárias. Tem muitas mulheres com depressão quando os filhos crescem, porque agora eles têm interesses fora da família. **Depoimento/ACS**

Os problemas daqui são de saneamento básico, de esgoto que foi construído de forma inadequada e aqueles decorrentes da construção de galpões industriais no meio das residências. Droga tem muito e uma rapaziada vem de fora, de carro, buscar no ‘Marrom’. Tem bastante problema de depressão causada principalmente pelo endividamento das pessoas. As meninas aqui engravidam e vão para prostituição com facilidade. Aqui tem muitas casas de fachada que são prostíbulos. **Depoimento/ Usuário**

Para fins de cobertura das ESF o bairro ‘Marrom’ foi dividido em três áreas gerando três equipes responsáveis ou ESF ‘verde’, ‘azul’ e ‘amarela’ respectivamente. Os moradores da área mais abastada, adscrita a ESF amarela, por procurarem muito pouco o CS, podiam ser atendidos por qualquer ESF. Os ACS referiam estarem percebendo uma mudança da postura dos moradores desta área mais abastada, conforme mencionado a seguir : *‘várias pessoas que tinham melhor poder aquisitivo não estão mais podendo pagar seus convênios e têm chamado os ACS para se cadastrarem no SUS’*. Depoimento/ACS.

A primeira divisão, para a definição da cobertura pelas equipes, orientou-se pelo mapa do bairro mas isto se configurou num problema conforme mencionado nos depoimentos a seguir:

mais ou menos com um ano de PSF, com o levantamento da realidade, viu-se que algumas áreas ficaram sobrecarregadas, aí a divisão foi refeita, duas vezes, pra deixar mais ou menos por igual o número de famílias. Não deu pra ficar a divisão original feita pelo mapa; algumas áreas têm mais prédios/apartamentos e outras casas; nos apartamentos há um acúmulo de pessoas, acaba sendo mais famílias pros ACS acompanharem. **Depoimento /Enf ESF amarela**

Esta divisão causou até um desconforto na comunidade porque nós já tínhamos divulgado como ia funcionar mas, de repente, a gente dizia: não a senhora não pertence mais a essa área; agora é outro médico, outra enfermeira e outra área. ‘Mas como que pode acontecer isso? eu não quero mudar’, aquela coisa toda, assim. Com muita conversa e explicando como funcionava o Programa e o número de famílias, fazendo com que eles entendessem, as coisas ficaram mais tranquilas. Hoje em dia ainda tem pacientes que não aceitam; hoje em dia acho que foi superado pelo menos 80% desse problema. **Depoimento/Enf ESF amarela**

Na área da ‘ESF amarela’ é muito difícil de ser feito o cadastramento já que ali existem muitos prédios e não depende só do ACS. Nos apartamentos as pessoas estão ausentes durante o dia ou não aceitam ser visitadas; são desconfiadas, tem medo de estranhos e para entrar no prédio é preciso falar/agendar com o síndico. **Depoimento/ACS**

O cadastramento que a gente faz está sempre inacabado, recomeçando, principalmente porque aqui tem muita gente que mora de aluguel, sempre estão se mudando e chegando gente nova. **Depoimento/ACS**

## 5.3 O CENTRO DE SAÚDE

### 5.3.1 O INÍCIO

O Centro de Saúde (CS) do bairro ‘Marrom’ é uma unidade do tipo NIS II (Núcleo Integrado de Saúde) com atendimento nas especialidades de clínica geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, atendimento odontológico e de enfermagem. Foi inaugurado em setembro de 2001, com a proposta de desenvolver o PSF. Foi uma resposta do poder público municipal às reivindicações da comunidade conforme expresso a seguir:

*a comunidade não tinha unidade de saúde. Então, como eram mais de 4.000 famílias aqui ao redor, eles tinham essa necessidade e foram na prefeitura atrás de seus direitos, pra construir um CS. Depoimento/Enf ESF amarela*

Os depoimentos apresentados a seguir também se referem ao evento de instalação do CS na comunidade e seu significado:

pra conseguir o posto fizemos muito abaixo assinado, muita reunião. O terreno onde o Posto foi construído era público, baldio e estava desocupado. Realmente a gente ter médico, enfermeira, dentista, auxiliar, atendente, isso é um ponto positivo aqui. Pode ser que tenha algum problema mas isso aí a gente deixa de lado. **Depoimento/Usuário**

A construção do Centro de Saúde facilitou pra todo mundo pois antes a gente ficava perdido, procurando onde se tratar. **Depoimento/Usuário**

O trabalho de organização, de preparação para o funcionamento do CS foi efetuado principalmente pelas três enfermeiras admitidas para o PSF, seguindo as diretrizes da coordenação municipal do PSF, já que a conclusão do contrato dos médicos se deu após a preparação do local. A tarefa desenvolvida pelas enfermeiras foi desafiadora conforme verificado em seus depoimentos:

o início foi um desafio. Eu me vi quase louca, porque ainda não tinha um serviço funcionando. O CS tinha acabado de ser construído, não tinha nada dentro, só sujeira e os pedreiros. Também tinha o problema das pessoas que vinham pra cá, que não tinham experiência de PSF. **Depoimento/Enf ESF azul**

Em três meses montamos o CS, dividimos a área física de outra forma, equipamos as salas, estruturamos a forma de funcionar enquanto esperávamos que os agentes e os auxiliares tivessem capacitação, que chegassem os médicos. O trabalho foi sendo implementado aos poucos. A gente começou a colocar idéias, a montar, a saber o que a gente ia fazer. **Depoimento /Enf ESF amarela**

O início do funcionamento do serviço foi marcado pela imensa demanda de atendimento conforme mencionado no depoimento a seguir:

quando abrimos o CS os diabéticos e os hipertensos apresentaram uma demanda impressionante, surpreendente, a fila dava volta no CS. Eles estavam sem atendimento, totalmente descontrolados, descuidados; outros se sentiam mal e nem tinham diagnóstico. Hoje a demanda se normalizou e há outro perfil de problemas: muita depressão, ansiedade, sofrimento. **Depoimento/Enf ESF azul**

Além do atendimento no CS as equipes foram divulgando o PSF, desenvolvendo outras atividades como a formação de grupos de saúde, do Conselho Local e estruturando o sistema de visitas domiciliares. O depoimento abaixo reflete sinteticamente os eventos mencionados:

assim que foi inaugurado foi formado o Conselho Local e como se faziam as reuniões no CS já fomos conversando com os líderes da comunidade sobre o PSF. Também a gente aproveitou os grupos de saúde que a gente montou pra poder divulgar o trabalho do PSF. **Depoimento/Enf ESF amarela**

### 5.3.2 A ESTRUTURA

O CS está localizado próximo à BR 101, junto à uma estação de processamento da Central Elétrica de Santa Catarina e em frente ao colégio privado, de primeiro e segundo grau.

Na frente do CS há uma área livre, ou pequena praça, com alguns canteiros de grama e áreas de circulação, lajotadas, para a passagem das pessoas. Não há árvores ou outras plantas no local, o que faz com que o CS pegue sol direto no verão, trazendo desconforto para profissionais e população. O local dispõe de dois bancos de jardim, onde as pessoas descansam, conversam e também uma área de estacionamento para aproximadamente dez carros, usados pelo 'staff' do CS e pelos usuários, além dum abrigo de ônibus. Assim é bastante acessível e visível. Possui uma área 270 m<sup>2</sup>, tem estrutura física retangular e as seguintes dependências: hall, que é relativamente espaçoso, com bancos e que se constitui num dos principais pontos de permanência dos usuários enquanto esperam ser atendidos. Este é um local movimentado, especialmente nos dias em que há atendimento pelo pediatra. Nos fundos deste espaço se encontra o balcão de atendimento/recepção, cadeiras e em seguida um armário onde ficam os prontuários dos usuários.

A partir do hall, à direita, encontram-se as salas de vacina, consultório médico, novo espaço de espera, pequeno, com cadeiras, sala de procedimentos (verificação da pressão, nebulização, injeção, etc.) consultório de ginecologia-obstetrícia, consultório odontológico, pequeno almoxarifado, banheiro, pequeno espaço para esterelização/desinfecção de materiais.

À esquerda encontram-se: farmácia, uma pequena sala destinada a pré consulta infantil, onde as crianças são pesadas, medidas e se realiza o teste do pezinho. A seguir, outra sala pequena, usada para atividades administrativas com computador, mesa, cadeira, documentos do CS; consultório médico; banheiro; copa/cozinha; expurgo; pequena sala com múltiplos usos, seja como consultório pelos médicos, nutricionista, psicólogo, estagiários, ACS, enfermeiras; pequena sala com uma máquina de lavar roupa; consultório; outro consultório que depois foi transformado em sala de pequena cirurgia e sala de curativos. Na estrutura descrita não há ambiente para trabalho de grupos, reuniões de equipe, e certos ambientes não oferecem

conforto principalmente para os profissionais da enfermagem e ACS. A condição observada gerou a seguinte nota de campo:

os ACS, enfermeira e médica da ESF azul estão desenvolvendo sua reunião semanal no consultório do médico da ESF azul. Parte dos ACS fica de pé, parte senta-se na maca. O médico, a enfermeira e a pesquisadora sentam-se nas cadeiras disponíveis. A sala fica super lotada e o desconforto aumenta por ser um dia quente. A reunião dura mais ou menos uma hora, sendo parte destinada ao trabalho da equipe e parte à educação dos ACS. **NOTA DE CAMPO 19/01/2004.**

Sobre a estrutura física do CS se posiciona o médico da equipe verde

eu acho que saúde da família tinha de ser uma casa pra cada equipe. Tinha que ter quartos, cozinha, um lugar pra ver televisão, pra tomar café. Eu acho que essa construção, arquitetura SUSística de posto de saúde é horrível, né? Precisava ser uma coisa mais aconchegante, mais colorida, umas plantinhas e tal, um quadro na parede, seria muito mais legal. Isso aqui fica parecendo um pronto socorrão. PSF não é esse branco, estéril, com cheiro de éter, nem o hospital está sendo mais assim. **Depoimento/Med ESF verde**

Algumas atividades ligadas ao CS são desenvolvidas em outros espaços da comunidade tais como: na Igreja Matriz do Marrom (grupo de saúde da ESF azul), na Igreja Nossa Senhora do 'Marrom' (grupos de saúde das ESF azul e amarela), no colégio de primeiro e segundo grau privado (Grupo de Sofrimento Psíquico) e na escola de primeiro grau pública (atendimento semanal de pré-escolares, pelo médico da ESF verde).

O CS é campo de estágio de acadêmicos da UNIVALI (Universidade do Vale do Itajaí) e UNISUL (Universidade do Sul de Santa Catarina) e da Escola Geração. Assim agregam-se aos trabalhos da ESF, atendimento nas áreas de psicologia, nutrição e fisioterapia. O CS também é procurado para o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos de conclusão de curso e de pesquisa. A agregação citada sofre as interrupções do calendário escolar e a renovação das pessoas envolvidas.

### 5.3.3 CONDIÇÕES E PROCESSO DE TRABALHO DAS ESF

O horário de funcionamento do CS ocorria das 07:00 às 19:00 e de atendimento das ESF das 08:00 às 17:00. Os usuários possuíam cartão do SUS preenchido pelos ACS. Os prontuários eram individuais, guardados em armários específicos, por ordem alfabética.

No quadro de pessoal do CS encontravam-se membros não ligados ao PSF: 01 (uma) ginecologista, 01(um) pediatra, 02 (dois) odontólogos, 03 (três) técnicas de enfermagem, 02 (dois) auxiliares de enfermagem e 01(uma) faxineira.

O PSF dispunha de 03 médicos (três), 03 enfermeiras (três) , 06 (seis) auxiliares de enfermagem e 11(onze) ACS. Os ACS eram concursados e ganhavam em torno de 1 salário mínimo. As enfermeiras foram selecionadas através de prova escrita e entrevista e os médicos por análise de currículo e entrevista. A forma de contratação dos médicos e enfermeiros se deu através de Regime Especial Temporário (RET) com a Secretaria Saúde (SS) do município de São José.

De setembro de 2003 a março de 2004 saíram das ESF o médico da ESF amarela (setembro de 2003), o médico da ESF azul (março de 2004), a enfermeiras da ESF verde (outubro de 2003), a enfermeira da equipe azul (março de 2004). Em outubro foi admitido um novo médico para ESF amarela e uma nova enfermeira para ESF verde. As razões das saídas foram: uma demissão após conflito com usuários, SS e colega enfermeira (médico da equipe amarela), uma demissão voluntária por insatisfação com as condições de trabalho (médico da equipe azul) e duas transferências para quadros da SS, para contratos ‘mais seguros’ ou estatutário e com carga trabalho de seis horas/dia (enfermeiras da ESF verde e azul). Destaque-se que uma enfermeira esteve vários períodos afastada, entre setembro e novembro de 2003, por problemas de gravidez e posteriormente entrou em licença de gestação, além do que médicos e enfermeiros tiveram férias no período. No quadro abaixo esquematizo as mudanças que transcorrem no quadro de enfermeiras e médicos das ESF, dada a ligação com certos eventos relacionados ao tema do vínculo, que serão posteriormente



apresentados, chamando atenção para a presença de um único médico e de uma enfermeira no CS em parte do mês de setembro e outubro de 2003.

**QUADRO 6: ACOMPANHAMENTO DA PRESENÇA DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS NO CS DE SETEMBRO DE 2003 A MARÇO DE 2004**

MESES/	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	MAR.
MÉDICO DA ESF VERDE	PRESENTE	PRESENTE	1/2FÉRIAS	1/2FÉRIAS	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE
MÉDICO DA ESF AZUL	1/2FÉRIAS	1/2FÉRIAS	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE	DEMISSÃO
MÉDICO DA ESF AMARELA	DEMISSÃO	-	-	-	-	-	-
2º MÉDICO DA ESF AMARELA	-	ADMISSÃO	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE
ENFERMEIRA DA ESF VERDE	FÉRIAS	DEMISSÃO	-	-	--	-	-
2º ENFERMEIRA DA VERDE	-	ADMISSÃO	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE	1/2FÉRIAS	1/2FÉRIAS
ENFERMEIRA DA ESF AZUL	PRESENTE	PRESENTE	1/2FÉRIAS	1/2FÉRIAS	PRESENTE	PRESENTE	DEMISSÃO
ENFERMEIRA DA ESF AMARELA	ATESTADOS	ATESTADOS	ATESTADOS	LICENÇA	LICENÇA	LICENÇA	LICENÇA

Até o mês de julho de 2003, uma auxiliar de enfermagem desenvolvia a função *de coordenadora* do CS. Daí em diante as três enfermeiras passaram a dividir a coordenação, uma assumindo a responsabilidade pelo pessoal, outra pelos recursos materiais do CS e outra pela parte burocrática. Tal situação configurou-se problemática, tanto na primeira, quanto na segunda condição. Um usuário em sua entrevista mencionou:

um erro que teve neste ‘Posto’ foi a questão da chefia. As pessoas ignoravam quem era porque ela não estava na linha de frente, tinha gente que pensava que eram as enfermeiras. Ela também tratava muito mal as pessoas. **Depoimento/ usuário**

O problema da segunda condição decorria de haverem várias responsáveis pela coordenação. Por outro lado isto também acarretava maior integração no trabalho das enfermeiras que dos médicos. Sobre isto produzi a seguinte nota de campo:

em função da ausência de um coordenador oficial para o CS divide-se o trabalho burocrático/administrativo mas não o imaterial, o que diz respeito à construção de um contexto interacional para o trabalho das equipes. Por vezes a enfermeira da ESF azul assume a liderança, mas a abandona em função de não ser validada oficialmente; assim condução fica com certos interstícios por não estarem sob responsabilidade de ninguém. **NOTA DE CAMPO 29/10/2003**

Os médicos e enfermeiras desenvolvem consultas, visitas domiciliares, grupos de diabéticos e hipertensos e reuniões de equipe.

O agendamento das consultas médicas era feito por ordem de chegada, desde que no limite de 11 (onze) consultas/por turno de trabalho. Cada médico ainda dispunha de 02 (duas) consultas/por turno para atendimento de urgências. Não se efetuava acolhimento de forma sistematizada e boa parte da triagem era feita pelas funcionárias de recepção. Dependendo da situação, os usuários eram encaminhados às enfermeiras que avaliavam as necessidades dos mesmos. Às vezes as enfermeiras iam até o médico, expunham a situação e encaixavam o nome do usuário na agenda se o médico concordasse com o atendimento. Outras vezes o médico e enfermeira decidiam em conjunto o que fazer.

Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras, como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças (ACD), de saúde da mulher, do SISVAM, da criança 21, eram agendadas conforme procura e de forma programada nos atendimentos seqüenciais.

No CS os médicos em geral estavam desenvolvendo consultas. Saíam uma vez por semana, no período da manhã, para as visitas domiciliares e o médico da equipe verde saía um outro período para consultar crianças em uma escola. Participavam das reuniões de suas equipes e também das reuniões dos médicos e enfermeiros, estas iniciadas em novembro de 2003.

No mês de setembro/03 os médicos das equipes azul e amarela estavam concluindo um curso de Especialização em Gerontologia, nas sextas feiras à tarde.

Neste período só se agendavam consultas de urgência, atendidas pelo médico da equipe verde. A SS não liberava esta carga horária sendo que os médicos tinham de repô-la durante a semana, o que gerava protestos dos mesmos, que consideravam ser próprio da SS pensar só na ‘produção’ e valorizar apenas a formação que ela própria propunha.

Nas consultas médicas observadas (o médico da ESF verde não autorizou a observação das suas consultas) as atividades desenvolveram-se em torno do eixo queixa/diagnóstico/tratamento. A contextualização/inclusão de aspectos emocionais, familiares, culturais, sociais, a instrumentalização dos usuários para tomada de decisões, era incomum e também não abrangia a totalidade do que era apresentado pelos usuários. Nas consultas onde emergiam esses aspectos, os médicos implementavam técnicas para estabelecer um limite na sua apresentação; os usuários reconheciam os limites colocados e a consulta retomava ao eixo original.

Nas consultas os médicos observados (ESF azul e ESF amarela) *constantemente* demonstravam comportamentos tais como: receber o usuário de forma empática ajudando-o a sentar-se quando apresentava alguma dificuldade, olhar nos olhos, escutar atentamente, manter a privacidade fechando porta, cobrir com lençol durante exame físico, resgatar temas anteriores incluindo questões da vida pessoal do usuário e sua família, demonstrar afetividade abraçando e beijando, criar momentos de descontração e humor, certificar-se que os usuários entendiam sobre como deveriam proceder. Partiam dos profissionais as orientações mas havia espaços para negociação como mudar um remédio já conhecido e de pouco efeito, fazer algo de outra forma, incluir algo mais. Abaixo apresento registro de consulta observada do médico da ESF azul, procurando evidenciar alguns aspectos acima referidos:

assisto a consulta de uma usuária de 67 anos, portadora de diabetes melitus. Por estar obesa entra no consultório caminhando com certa dificuldade. No início do encontro o médico da ESF azul cumprimenta a usuária, ajeita a cadeira tornando seu alcance mais fácil e pergunta como ela está. A usuária começa a desfilar uma série incontável de queixas: aumentara muito de peso, labirintite, está com falta de ar, tem ardor na vagina, tem problema de

intestino demorando dois a três dias para evacuar, sente dor no local de uma recente cirurgia de hérnia inguinal. Num dado momento, ao verificar o resultado de um exame, o médico de ESF azul fala dum problema de corrimento. A mulher diz que não tem relações sexuais há 11 anos, por causa do problema da cirurgia (O médico de ESF azul fala a pesquisadora, depois da consulta, que ela fizera uma cirurgia de reconstituição vaginal e houvera um problema de colapamento, o que estava impedindo a vida sexual do casal). O médico foi anotando cada problema e prescrevendo algo para os mesmos. Dava explicações sobre os problemas mencionados e instruções sobre as medicações prescritas. Também conversaram sobre o cachorro da usuária. Terminada a consulta se despedem com abraço. O médico da ESF azul ainda fala à pesquisadora que o marido da paciente também era políqueixoso. Durante todo o atendimento o médico de ESF azul falou com cortesia, escutou com atenção, chamou usuária pelo nome, cobriu-a com um lençol durante o exame físico e também levou em conta quando a usuária disse que não dispunha de dinheiro para comprar medicamentos. **NOTA DE CAMPO 20/11/2003**

*Minha reflexão sobre esta consulta, onde a usuária traz uma enorme gama de queixas físicas, foi de que esta requeria a contextualização de suas queixas, em especial com respeito à sexualidade do casal. Pensei sobre como está se tratando no PSF a potencialidade da dor emocional transformar-se em problema físico. No atendimento predominou a focalização nas queixas mas parecia haver outros problemas importantes de fundo. O médico de ESF azul demonstrou conhecer detalhes da vida familiar, mas estes não foram usados para ampliar a base do atendimento.*

Também apresento registros de uma consulta observada do médico da ESF amarela.

O médico de ESF amarela consulta uma usuária aparentando ter 40 anos idade, que entra no consultório com a fâcies contrita, parecendo ter muita dor. Recebe a mulher com cordialidade, demonstrando preocupação com sua expressão e também demonstrando conhecê-la, já que conversa resgatando assuntos anteriores. Também se lembra dos problemas de saúde da usuária sem recorrer ao prontuário. Ela apresenta resultados de exames e o médico confirma uma infecção do trato urinário; a mulher queixa-se também de dor de cabeça e fraqueza. O médico questiona sobre a possibilidade de comprar alguns remédios e frente à resposta negativa vai até a farmácia verificar se há medicamentos disponíveis para o tratamento. No retorno a usuária faz perguntas sobre como se pega infecção urinária, se está relacionada com frio nos pés e o médico dá explicações genéricas. A usuária pede ainda um atestado referindo que não se sente em condições de trabalhar. O médico sai novamente da sala para apanhar o impresso específico. Nesta ausência a usuária vira-se para a pesquisadora que está sentada no fundo do consultório e se diz aflita por não estar conseguindo trabalhar. Cuida do setor administrativo de quatro prédios e não consegue alguém para ajudá-la. Também diz que como o orçamento é apertado e não conseguiu compra botas e circula por áreas molhadas e frias, achando que esta possa ser a causa para sua infecção. Quando o médico retorna a sala à mulher interrompe a fala. O médico completa a prescrição, faz anotações; usuária e médico despedem-se com cordialidade. **NOTA DE CAMPO 21/01/20**

*Considerarei que a forma do médico acolher a usuária fora muito empática. A consulta orientou-se no eixo queixa-diagnóstico-tratamento. Quando perguntou sobre ‘como se fica com ITU’ a usuária já tinha efetuado uma relação entre sua queixa e condições de trabalho. Como não se criou a condição de contextualização da queixa, perdeu-se o espaço para ampliar o atendimento. Nem o acolhimento empático (ou talvez, fora a pressa do médico em dar uma explicação à pergunta da usuária sem ouvi-la ou questionar o porquê de suas dúvidas) criou as condições para a superação das inibições clássicas conseqüentes à assimetria presente na relação médico-paciente. **NOTA DE CAMPO 21/01 /2004***

No CS o trabalho dos médicos e das enfermeiras estava organizado de maneira diferente: os médicos trabalhavam no espaço privado, no consultório, pouco circulando nos corredores e se o faziam era rapidamente. Tinham pouco contato com as enfermeiras ou com outros funcionários, a não ser quando procurados. Os médicos das ESF azul e amarela saíam de suas salas e vinham ao corredor chamar os usuários para consulta; às vezes neste espaço faziam algumas interações. Suas agendas usualmente estavam preenchidas no limite estipulado. Os médicos eram ‘vigiados’ pela comunidade e quando não chegavam no horário, não estavam consultando, a reclamação da comunidade era forte; às vezes ligavam para a SS queixando-se. O médico da ESF azul demorava mais nas consultas, entre 10 e 15 minutos e o da ESF amarela a metade deste tempo.

Sobre essa rotina de trabalho manifesta-se um dos médicos:

os médicos do bairro ‘Marrom’ atendem prá caramba, o tempo todo. A maioria das pessoas tem um tempinho pra conversar, pra escrever, pra tomar café, pra programar a festinha. Eu entro no posto e fico preso o dia todo, não sei o que está acontecendo na comunidade. **Depoimento/ Med ESF verde**

Há dias em que aumenta a demanda dos usuários sobre os médicos, para além daquelas produzidas em função do eixo queixas/diagnóstico/tratamento, ou seja são colocadas aquelas decorrentes da interface das doenças com contexto psico-social. Nestas situações observei que a ‘produção’ das consultas fica ‘comprometida’, tudo se ‘atrasa’ e os médicos passam a demonstrar ansiedade, cansaço, exasperação. Buscando evidenciar as afirmações efetuadas apresento uma nota de campo gerada sobre o tema:

observo o médico da ESF azul e vejo que tem o rosto tenso, age com impaciência após vários atendimentos e outros tantos por fazer. Um momento sai do consultório para tomar água e faz uma observação: ‘ hoje tem de tudo, pais desesperados por recaída do filho nas droga, depressão por

desemprego, medo, câncer....’ Os funcionários do posto do CS reconhecem a exasperação do médico e falam com cuidado, para não ‘piorar o clima’, com o receio do médico ‘surtar’. Comento o fato com a enfermeira da ESF amarela e ela diz que ele é pago para fazer isto, que este é seu trabalho. Não consegui concordar; havia observado o alto fluxo de usuários, que não havia tido nenhum respiradouro para o médico, só produção; conseguia entender sua exasperação. **NOTA DE CAMPO 03/11 /2003**

Para as enfermeiras apenas parte da agenda estava objetivamente tomada com ACD, consultas de pré-natal, reuniões com ACS. Elas iam incorporando, construindo a agenda em ato, conforme demanda da clientela, dos ACS, dos outros funcionários do CS e da SS (as enfermeiras eram chamadas com frequência na SS). Investiam ainda uma boa parte de seu tempo de trabalho dando sustentação na organização e funcionamento do CS e para fazer a engrenagem do modelo biomédico funcionar ou seja acolhendo usuários com queixas de saúde, na marcação de exames, abrindo espaços na agenda de consultas médicas, conseguindo medicamentos, atendendo na farmácia. Desta forma, uma parcela de trabalho cotidiano das enfermeiras dificilmente poderia ser nomeado como ‘produção’, como no caso da consulta médica. Ou, colocando a questão de outra forma: seria possível efetuar um relatório de produção discriminando: produzidas 02 horas de escuta em corredor, uma hora de teste equipamento, meia hora de atendimento de visitantes, (autoridades, técnicos, alunos), 20 minutos de mediação de conflitos, etc.? Do próprio telefone havia uma demanda grande de trabalho das enfermeiras que eram chamadas para orientar, encaminhar algo que os clientes necessitassem, responder pedidos de apoio, de parecer frente a diversas situações. Os funcionários do CS e as próprias enfermeiras não triavam as atividades que iam sendo incorporadas. Como consequência observei que duas enfermeiras, da ESF verde e da ESF azul absorviam muitas atividades, mantendo-se sobrecarregadas, enquanto que a enfermeira ESF amarela parecia não ter muito a fazer.

A diferença no trabalho dos médicos e das enfermeiras gerava incompreensão conforme mencionado no depoimento a seguir:

os médicos não compreendem o trabalho da Enfermeira. Enfermeira atende ACS, faz pré-natal, faz ACD, atende o público. São múltiplas coisas, visita, atendem telefone. Já a atividade dos médicos varia pouco. **Depoimento/ Enf ESF amarela**

As enfermeiras constituíam-se portanto, nas representantes da ESF no espaço público do CS, sendo mais facilmente encontradas nele, exceto nos dias de fechamento de relatórios, quando se recolhiam às salas disponíveis do CS, diminuindo as interações, demonstravam mais pressa, menos paciência, maior tensão corporal, facial, na comunicação.

Construindo pois seu trabalho em torno do burocrático-administrativo do CS, fazendo a sustentação do modelo biomédico de assistência, as enfermeiras sacrificam as atividades extramuros recomendadas para o PSF, como visitas, atividades educativas, ações intersetoriais, desenvolvimento de trabalhos sistematizados que incluíssem as dimensões psico-sociais da saúde na assistência ou um apoio mais substancial do trabalho dos ACS. Não é que nunca o fizessem, mais isto não se configurava como prática diária, dado a priorização efetuada.

Apesar de investir boa parte de seu trabalho no alcance dos objetivos do modelo assistencial biomédico as enfermeiras consideram, mais que os médicos, as dimensões psico-sociais envolvidas nos problemas de saúde-doença. Em geral as enfermeiras das ESF não desenvolviam de forma sistematizada, orientada metodologicamente a assistência destas dimensões. As notas de campo apresentadas a seguir buscam evidenciar as afirmações efetuadas:

a enfermeira da ESF verde tem agendado uma consulta de ACD de um bebê, filho de uma adolescente. A jovem chega ao CS em pânico pois fora abordada e seguida por pessoas desconhecidas que insistiam que entrasse no carro em que estavam. A jovem temeu que pudessem querer seu bebê. A enfermeira da ESF verde acalma a jovem, oferece cadeira, água, e só efetua atendimento do bebê quando a mãe parece bem. Ainda conversa com a jovem sobre a situação de desemprego do marido e se alegra com a confirmação de que ele estava trabalhando. A enfermeira avisa alguns funcionários sobre o ocorrido e que irá levar a jovem em casa. A enfermeira faz o que dissera, levando a jovem em seu carro, após observação cuidadosa das imediações do CS para certificar-se de que aquelas pessoas não estavam por perto. **NOTA DE CAMPO 26/11 /2003**

*A enfermeira da ESF verde desenvolveu a parte técnica do atendimento à criança, deu apoio e proteção à mãe, resgatou questões familiares. Porém considerarei que seria desejável que sua ação assumisse também uma dimensão social comunitária, envolvendo os outros membros da equipe, com ações intersetoriais, no sentido de verificar se a comunidade estava sob ameaça de seqüestradores de criança. **NOTA DE CAMPO 26/08 /2003***

Para a enfermeira da ESF azul observei, em um número maior de vezes, que além de incorporar dimensões psico-sociais também evidenciava sistematização destas dimensões na assistência desenvolvida. O exemplo abaixo procura evidenciar esta afirmação:

a enfermeira da ESF azul refere estar preocupada com um casal que a procurara no dia anterior. O marido era portador de hepatite B, usuário de drogas, tinha tentado suicídio em função de depressão intensificada por desemprego e dívidas. A mulher não trabalhava fora. Estavam sem apoio familiar tanto por parte da mulher como do marido. A enfermeira da ESF azul efetua uma visita domiciliar onde, junto com o casal, reflete sobre a situação e alternativas possíveis, inclusive de trabalho da mulher. Também se prontifica a imprimir um currículo do usuário para que ele possa entregá-lo à empresas. Define com o usuário a necessidade de um trabalho psicoterápico, que é prescrito pelo médico ESF azul, após tomar ciência do que estava ocorrendo através da enfermeira. **NOTA DE CAMPO 14/10/2003**

As visitas domiciliares dos médicos eram semanais e o público alvo eram usuários acamados ou impossibilitados de irem ao CS. Era comum possuírem várias complicações decorrentes de sua doença e nestes casos eram também acompanhados por especialistas. Sobre esta condição pude observar que:

sob certos aspectos as visitas domiciliares médicas repetem o atendimento produzido no consultório já que seu foco é a verificação das queixas e continuidade do tratamento da doença. Ou vir ao domicílio não rompe ou inova o modelo de assistência. O que difere são as interações que se ampliam, aumenta 'a amizade'. Também aumentam as demandas sobre o médico, pois muitas vezes outros familiares solicitam atendimento. Algumas as vezes se descortinam conflitos ligados ao gerenciamento das situações que o problema de saúde do familiar acarreta, ou se sabe mais da família, mas isso não muda o modelo porque este 'mais' não vai se constituir num foco formal, sistemático, continuado da ação dos profissionais médicos ou da equipe. **NOTA DE CAMPO 28/11/2003**

Na prática, a falta de contra referência obriga os médicos do PSF a fazer um 'garimpo' buscando informações nas cestas ou sacos de medicamentos, usuais nos domicílios, nos envelopes de resultados de exames e também questionando as famílias. Esse recurso os mantém de alguma forma situados, acompanhando o que passa com os usuários, buscando um jeito para poder manter algum papel sem errar, duplicar. Às vezes a informação é volumosa e eles concentram-se tentando captar a informações, registrá-las, configurando um presente ausente. **NOTA DE CAMPO 28/11/2003**



Usuários vistos por vários médicos, com prescrições oriundas destes, nem sempre permitem ao médico uma maior flexibilidade no atendimento, assim ficam ‘meio engessados’, atuando como replicadores de prescrições, gerando alguns de seus protestos. Em certas ocasiões as famílias questionam prescrições dos especialistas, forçando o médico a adotar uma posição com implicações éticas. Outras vezes o que ocorre é os médicos não concordam com o tratamento implementado e neste caso a família fica na condição de ter de fazer uma escolha sobre ‘quem está certo’ **NOTA DE CAMPO 28/11/2003**

Embora a previsão das visitas das enfermeiras sejam também semanal estas realizavam pouco tal atividade, mais quando havia uma situação premente. As visitas não eram usualmente realizadas com o médico, exceção feita à enfermeira da ESF azul, onde foram observadas algumas visitas conjuntas. Numa das visitas elaborei a seguinte nota de campo:

a enfermeira e médico da ESF azul visitam um casal de idosos, em crise emocional, decorrentes de uma inesperada invalidez do marido por trauma de quadril pós acidente de trabalho. Nos momentos que antecedem a visita os profissionais definem qual será a estratégia de abordagem, acordando focalizar o auto-cuidado da mulher que estava mais afetada. Conversam com o casal sobre o que está ocorrendo com eles, enfatizam a necessidade da mulher cuidar mais dela, para diminuir o estresse, sobre a necessidade do casal se unir e evitar interferências dos filhos. O médico também faz exame físico do usuário, faz questionamentos, estimula-o a levantar-se e ele consegue isto com o apoio da esposa. A enfermeira verifica PA do casal. Médico e enfermeira demonstram sintonia, conhecimento mútuo, camaradagem, integração entre si. **NOTA DE CAMPO 27/08/2003**

Numa outra visita observada, desta feita efetuada pela enfermeira da ESF verde verifiquei que:

enfermeira da ESF verde se desloca com seu carro para fazer curativo num domicílio. A usuária era uma senhora idosa, obesa, acamada, hipertensa, portadora de úlcera em ambas as pernas. A enfermeira faz esse curativo 3 x s por semana. Na última semana não viera e a perna direita infeccionara. As condições no domicílio, para fazer este curativo de alta complexidade eram adversas: a cama era baixa, havia necessidade de várias improvisações. A enfermeira diz que em certos dias sente dor nas costas. Enfermeira cumprimenta todos, trata as pessoas pelo nome, demonstra que conhece bem a família e o clima é de cordialidade. A família e a enfermeira da ESF verde vão implementando um conjunto de ações e adaptações, fazendo progredir o curativo; há um diálogo cortês, amigo, mas enfermeira mantém um foco no aspecto técnico, revendo com a usuária a forma de cuidar da perna. **NOTA DE CAMPO 27/08/2003**

*Considerarei que a interação se deu de forma horizontalizada, o cuidado foi negociado e a enfermeira efetuou orientações sobre o cuidado. Por outro lado, se a ausência da enfermeira foi o motivo da instalação de complicações, a usuária e sua família se mantêm dependente de um cuidado que a enfermeira vem desenvolvendo há meses.*

As três equipes colocaram que realizavam mensalmente grupos de saúde (voltados principalmente para os diabéticos e hipertensos). Observei que isto foi efetivamente realizada pelo médico da ESF verde; ACS da ESF também compareciam à atividade.

*Destaco que atividades desenvolvidas com pouca frequência, tais como visitas domiciliares das enfermeiras, grupos das ESF azul e amarela, nem sempre puderam ser observadas, em função da impossibilidade de presença contínua da pesquisadora no campo, no período de coleta de dados.* Em função da baixa frequência das atividades de grupo da ESF azul, observei apenas uma reunião, a qual foi conduzida por estagiários de nutrição. Neste dia o médico da ESF azul ficou no CS, envolvido com as atividades usuais e a enfermeira realizou uma visita domiciliar, atendendo o pedido de uma família. Já para a ESF amarela não foi observada nenhuma atividade deste grupo, embora tenha sido informada da ocorrência de uma reunião no período de coleta de dados (entre set./03 e mar./04).

A observação das atividades do grupo de saúde do médico da ESF verde gerou notas de campo como a apresentada a seguir:

o grupo educativo de saúde está retomando hoje suas atividades após dois meses e meio de interrupção, de final de ano. Estão presentes 25 usuários da comunidade; são idosos portadores de hipertensão e diabetes adscritos as ESF verde e azul; a maioria são mulheres. Das ESF estão presentes o médico da ESF verde, uma auxiliar de enfermagem, três ACS e três alunas do Curso de Nutrição. Há interação de todos com o médico e dos presentes entre si ou sorrisos, abraços, falas nas quais se busca saber como as pessoas passaram o período, tanto de ponto de vista pessoal como de saúde. O médico da ESF verde combina com os presentes a ampliação dos temas de saúde usualmente abordados no grupo e solicita sugestões. Uma ACS desenvolve uma técnica de apresentação das pessoas e o grupo ri bastante. As estagiárias de nutrição iniciam a atividade específica, usando técnica expositiva para tratar da hipertensão. Médico da ESF verde auxilia o andamento das atividades traduzindo o conteúdo para uma linguagem mais corrente, promovendo participação dos presentes e refazendo o clima descontraído que fora interrompido pela técnica expositiva. Finalizada a atividade as pessoas

voltam a circular no ambiente, conversar, brincar. O médico faz isso também. Por fim fazem um lanche mantendo sempre o mesmo clima.  
**NOTA DE CAMPO 11/03/2004**

Os usuários valorizam as atividades de grupo e o envolvimento do médico da ESF verde como relatado abaixo:

o meu médico está sempre nos grupos, ri, brinca, fala de tudo, sexo, família. Ele parece uma pessoa igual à gente e a gente se sente bem com isso. Ele explica bem o que a gente deve fazer e quem tem vontade muda. Ele também quer que todo mundo fale, a gente às vezes é que é mais fechado. **Depoimento/Usuário**

Eu estou trinta e poucos anos nisso aí, mas cada palestra a gente aprende mais um pouquinho, às vezes são coisas novas, outras são coisas que a gente esqueceu. **Depoimento/Usuário**

Na semana passada, na consulta, ele avisou do grupo: oh, quinta feira vamos lá. Leva um aparelho de som para gente botar 'as véias' pra requebrar. **Depoimento/Usuário**

Um outro grupo era desenvolvido quinzenalmente, o 'Grupo de Sofrimento Psíquico'. Foi idealizado pela enfermeira da ESF azul e era conduzido por uma estagiária de Psicologia, da última fase deste curso, e supervisionada por um psicólogo professor. Foi criado como possibilidade de dar assistência a usuários com diagnóstico de depressão, problema de saúde freqüente na comunidade. Compareci a quatro sessões deste grupo. A dinâmica adotada possibilitava as pessoas falarem de seus problemas, se auto analisarem, se auto apoiarem. O número de pessoas presentes foi no máximo de 10. Em duas atividades surgiram dúvidas dos participantes relacionadas à parte clínica e ao tratamento da depressão que a estagiária e o Psicólogo não souberam responder e pediram apoio da pesquisadora. Nem o médico nem enfermeira da ESF azul, ou membro de qualquer outra ESF participaram do grupo. Apesar desta ser uma proposta que objetivamente respondia a uma necessidade da comunidade, a não participação dos profissionais das ESF, demonstra que não se integraram fazeres e

saberes no enfrentamento de problemas de saúde. Sobre o grupo de Sofrimento Psíquico os ACS reclamaram que o nome assustava, discriminava quem participa.

Ouvi vários depoimentos valorizando a atividade, como este colocado a seguir :

tem também a doença que não é só física e você precisa atendimento que não tem. Esse grupo de sofrimento psíquico que eu freqüento, poucas pessoas aproveitam e é tão bom. E quanta gente que poderia, ...aí tu pensa, o grupo te ajudou e acho que outras pessoas também poderiam ser ajudadas.

**Depoimento/Usuário**

Outro ponto observado no trabalho das ESF foi a integração entre os médicos e enfermeiras da equipe e entre as equipes. Verifiquei diferentes níveis de integração: na ESF azul havia um número maior número de práticas de trabalhos conjunto, tanto dirigido a clientela, como na estruturação do trabalho da equipe. Tal integração configurou-se como parcial, em especial quando da insuficiência de compartilhamento de dados das condições psico-sociais dos usuários, de maior domínio da enfermeira. O registro abaixo se refere à afirmação efetuada:

o médico da ESF azul repassa para enfermeira de sua equipe que tivera problemas na visita domiciliar com a 'família X' que possuía um idoso acamado em função de um AVC. Discutira com a filha e o genro pois eles estavam omissos quanto ao cuidado do idoso. Soubera pela esposa de idoso que ele possuía uma poupança de R\$ 40.000,00 reais, que o genro cuidava; ele também cuidava da aposentadoria do idoso. A discussão acontecera porque não estavam sendo comprados remédios prescritos, fraldas e até comida. O médico temia que a filha e genro estivessem se apossando dos recursos do casal. Após ouvir o relato a enfermeira da ESF azul disse já conhecer a tal situação. O médico demonstra expressão de desconforto.

**NOTA DE CAMPO 27/010/2003**

*Analisei que esta família necessitava de uma metodologia de atendimento que englobasse as demandas psico-sociais em interface com a doença. Ao se considerar somente a doença como elo, como o ponto comum do trabalho da equipe, dava-se respostas abaixo das necessárias.*

Na ESF verde observei um número grande de gestões da enfermeira junto ao médico buscando prescrições, exames, consultas extras, pedidos de encaminhamentos para especialistas, quando esta tinha identificado situações urgentes e problemáticas nos clientes

que a procuravam. Na ESF amarela havia, entre o primeiro médico e enfermeira, um número maior de interações de natureza pessoal, o que acabou gerando conflito, resultando na demissão do médico. Não foi observado trabalho conjunto entre o médico admitido em outubro e enfermeira da ESF amarela em função de várias licenças de saúde por problemas de gestação da enfermeira.

Sobre a integração no trabalho das três equipes a observação efetuada está em acordo com o conteúdo dos depoimentos apresentados abaixo:

não há um projeto de trabalho construído em conjunto pelas três equipes. É tudo separadinho demais. **Depoimento/ Med ESF verde**

A possibilidade de construir algo em comum, das três equipes está aparecendo agora porque a gente está tendo reunião das três equipes; antes isso não tinha isso, era tudo isolado. **Depoimento/ Med ESF azul**

Os ACS têm reuniões semanais com as enfermeiras e às vezes os médicos estão presentes. Nestas, as enfermeiras orientaram novas condutas, reforçaram outras, discutiram temas, tendo sido observado discussão dos temas *amamentação e tuberculose*. Em parte das reuniões são colocados, pelos ACS e às vezes pelas enfermeiras e médicos, dados de caracterização psico-social da clientela e situação clínica dos usuários. Também planejam o trabalho das ESF, predominantemente voltados ao cuidado da doença/tratamento, do tipo: quem vai ter glicemia e PA controladas, curativos que serão realizados, que doente precisa de visita domiciliar, quem precisa de orientação sobre medicamentos. Ações ampliadas de assistência, que considerem as questões psico-sociais relacionadas à saúde-doença, trazidos pelo grupo, raramente geram planejamentos, mesmo que claramente colocadas, como casos de negligência de cuidado, violência familiar, dificuldades no manejo de dependentes familiares, adoecimento de cuidadores exauridos, processo de perda difíceis.

Os médicos e enfermeiros decidiram reunir-se semanalmente, a partir de outubro de 2003. Até março de 2004 haviam realizado duas reuniões na qual trataram de temas como: baixas condições salariais dos médicos, questões relacionadas a SS como mudança de coordenação do PSF, de secretários de saúde, promessas políticas. Também discutiram como melhorar a qualidade do trabalho dos ACS, delineando um

projeto de capacitação para os mesmos que os enfermeiros e médicos desenvolveriam. Mesmo tendo definido que desenvolveriam reuniões regularmente, estas foram facilmente suspensas ou ‘boicotadas’. Sobre isto elaborei a seguinte nota de campo:

novamente a reunião de médicos e enfermeiras foi suspensa. Se por um lado parecem reconhecer a importância de construir um trabalho conjunto, por outro lado desmontam isto. Ou, o que significa marcar reuniões nas sextas feiras, último dia de trabalho da semana, no turno vespertino, depois de uma certa cota de consultas médicas que se desenvolviam em tempos diferentes, gerando impaciência e desistência dos que já tinham concluído seu trabalho e tinham de esperar os que ainda estavam em atividade, senão inviabilizar a atividade, efetuando uma contribuição negativa para manutenção do status quo? **NOTA DE CAMPO 03/11/2003**

As relações das enfermeiras com a SS eram amistosas, de certa parceria, talvez em função da forte presença numérica destas profissionais nos postos de direção da SS do município. Já com os médicos as relações com a SS eram mais tensas, uma vez que se sentiam mal remunerados, queixam-se de serem sobrecarregados pelo esquema de produção adotado, de não estarem fazendo o PSF. Os depoimentos a seguir buscam evidenciar as colocações efetuadas:

querem explorar toda a classe da saúde. Isso tem aqui. Este é um dos municípios que menos pagam o pessoal da saúde no Brasil, é uma exploração, um desrespeito total. Dizem: ah! você quer morar aqui? é isso que eu tenho pra te pagar; tenha dó né. E, o que acontece? Ninguém tem tempo pra estudar, todo mundo trabalha chateado. Acham que com dois paus e meio você vai sustentar dois filhos? Tem de sair pra dar plantão. **Depoimento/ Med da ESF verde**

Eu gosto de trabalhar num determinado lugar mas também quero ganhar dignamente. Comparado com a maioria da população, parece que a gente tem um padrão alto de vida mas eu trabalho duro, estudei, luto pra isso. Se isso é diferenciado a culpa não é minha, é do sistema. O ideal é todo mundo ter o mínimo necessário. **Depoimento/ Med da ESF amarela**

Já no discurso do Secretário de Saúde do Município aparece a contradição entre o que se diz do PSF e o que se faz na prática. Sobre isto elaborei a seguinte nota de campo:

o novo Secretário da Saúde de São José reúne-se com os integrantes das três ESF, dentistas, fisioterapeuta e outras funcionárias do CS. Coloca que suas prioridades são: satisfação da clientela, dos trabalhadores e conforto no trabalho. Para o Secretário um emprego se garante com competência e

dedicação e não com contrato. Diz que o atendimento em saúde deveria ser ampliado, enfocando novos aspectos, sociais, mentais e emocionais, que deve ser permeado da solidariedade e compromisso e que está definitivamente comprometido com o PSF, não como programa mas como filosofia. **NOTA DE CAMPO 17/10/2003**

Muitos outros aspectos poderiam ainda serem apresentados para contextualizar as relações que se estabelecem nesta realidade onde a investigação se desenvolveu. Porém é preciso priorizar e em nome disso apresento ainda alguns depoimentos de usuários, que refletem a dupla condição a de conhecer e não conhecer o modo como se inserem no sistema de saúde:

PSF é assim controle de 'natividade'..., a idéia é mais ou menos essa, é se eu não quero ter filhos, como usar o anticoncepcional? **Depoimento/usuário adscrito a ESF verde**

Nas reuniões da igreja o representante do Conselho Local de Saúde às vezes passa alguma coisa, mas é bem rápido. O que é mesmo eu não peguei. **Depoimento/usuário adscrito a ESF verde**

É esse programa do SUS. Tem um pouco de prevenção, de programação da saúde, tratamento melhor dos usuários, controle dos diabéticos, hipertensos, visitas. **Depoimento/usuário adscrito a ESF verde**

É se envolver com a comunidade, mas eles não fazem isto. **Depoimento/usuário adscrito a ESF verde**

## CAPÍTULO 6

### O VÍNCULO QUE SE PENSA E O QUE SE ESTABELECE

Este capítulo apresenta os temas que emergiram principalmente das entrevistas, mas também das observações de campo, as categorias que os constituem, os componentes das categorias e as unidades de significado que os substanciam. As unidades de significado foram compostas a partir de um intenso trabalho de descarte de complementos, de sucessivas sínteses, efetuados para fazer emergir a essência dos dados obtidos. Vários enunciados das unidades de significado resultaram da agregação das declarações de mais de um entrevistado, procedimento efetuado quando os conteúdos demonstraram equivalência.

Os resultados representam tanto uma teorização acerca do vínculo, formulada pelos médicos e enfermeiras (o pensar), quanto o que dizem acerca de sua prática. Os olhares dos AuxEnf e ACS, dos usuários do serviço de saúde e da pesquisadora, completam a totalidade alcançada.

Emergiram dois temas da análise das entrevistas (mas não somente destas) quais sejam: *o vínculo que se constrói e o vínculo requerido tem vários obstáculos.*

As categorias definidas na constituição do tema ‘*o vínculo que se constrói*’ foram:

- é um pouco injusto pedirem esse vínculo da gente
- o vínculo que a gente estabelece não é num PSF mesmo
- vínculo se constrói a partir de algumas bases
- às vezes a gente consegue



As categorias definidas na composição do tema ‘o vínculo requerido tem vários obstáculos’, foram:

- às vezes a gente não consegue
- tem coisas que dificultam/atrapalham
- o vínculo construído também se desconstrói
- o que tem que ter/o que tem de mudar

No quadro abaixo apresento um quadro esquemático da configuração evidenciada:

**QUADRO 7: DOS TEMAS, DAS CATEGORIAS E SEUS COMPONENTES:**

TEMAS	CATEGORIAS	COMPONENTES
O VÍNCULO QUE SE CONSTRÓI	É UM POUCO INJUSTO PEDIREM ESSE VÍNCULO DA GENTE	Vínculo de compromisso e co-responsabilidade é
		É injusto porque a gente não teve preparo
		A prática foi nossa escola de PSF
	O VÍNCULO QUE A GENTE ESTABELECE NÃO É NUM PSF MESMO	O que o PSF é
		O PSF daqui
		Se fosse PSF mesmo
	VÍNCULO SE CONSTRÓI A PARTIR DE ALGUMAS BASES	Relacionadas à comunidade
		Relacionadas aos profissionais
		O trabalho do ACS é primordial
		Relacionadas ao processo e condições de trabalho
	ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE	Há várias maneiras de estabelecer vínculo mas não há receita
		Os médicos na construção do vínculo
		As enfermeiras na construção do vínculo
O que pode indicar a construção de vínculo		
Os melhores espaços para construir vínculo		
Pra trabalhar normal não precisa vínculo		
O VÍNCULO REQUERIDO TEM VÁRIOS OBSTÁCULOS.	ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE (EM FUNÇÃO)	do estado e do jeito da gente ser
		do perfil da comunidade
		da forma como a população vê o SUS e o PSF
		de comportamentos dos usuários
	TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ ATRAPALHAM	de como a equipe se relaciona e se organiza
		A política, os políticos, a Secretaria
		As condições e o processo de trabalho
	O VÍNCULO CONSTRUÍDO TAMBÉM SE DESCONSTRÓI	Comportamentos de usuários
		Os constantes recomeços
		Modelo que rompe vínculo produz crise
O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR	Na política, nos políticos, na Secretaria	
	Na questão dos recursos humanos	
	Nas condições e processo de trabalho	

## TEMA I: O VÍNCULO QUE SE CONSTRÓI

### *1ª CATEGORIA: É UM POUCO INJUSTO PEDIREM ESSE VÍNCULO DA GENTE*

#### **Quadro 8: componentes - vínculo de compromisso e co-responsabilidade é**

---

##### Unidades de significado:

---

- Esse vínculo é assim, todo o mundo no mesmo barco pra não afundar, tendo uma direção, contemplando o lado dos profissionais, das equipes, da comunidade, do governo
  - É um elo maior, um compromisso maior da gente de saber o que está acontecendo com as pessoas, com a comunidade, quais são os problemas, se envolvendo, intervindo aí da forma como elas querem, ultrapassando o cuidado curativo
  - O vínculo, aquela coisa da transferência e da contra transferência, tem de ser trabalhado no dia a dia, progressivamente, podendo tornar-se uma corda cada vez mais calibrosa, pelo conhecimento e amizade entre as pessoas, pela troca de informação, dando uma ajuda
  - Vínculo é a gente conseguir construir o trabalho do PSF, que passa a ser uma referência, a pessoa atendida vai divulgando, motivando outras a procurarem o Programa
  - Vínculo é um processo que se constrói na interação com o paciente, com a família, e não pode infantilizar as pessoas, tratar como coitadinhos, que eu vou te ajudar. O vínculo está além disso
- 

É possível verificar neste conjunto de dados que define o modo de pensar dos médicos e enfermeiras à respeito do que seja vínculo de compromisso e co-responsabilidade, um estar consciente e em contato com o que esperam deles os idealizadores do PSF e outros agentes envolvidos na sua implantação e execução. São evidências disto as menções da necessidade de agregar esforços de múltiplos sujeitos para que não se trabalhe em vão; de que é necessário definir os objetivos a serem alcançados e também considerando o papel atribuído ao vínculo, de facilitador do acesso ao serviço de saúde. Há uma responsabilidade, que se comparada ao trabalho anterior, no posto de saúde sem PSF, ficou maior, demanda um conhecer melhor a comunidade e de um agir ultrapassando os aspectos curativos, na direção dos desejos e necessidades desta.

Termos como elo, corda que pode se tornar mais espessa, trocas pelo mecanismo de transferência e contra transferência são representações do vínculo para os médicos e enfermeiras. O vínculo é visto como processo que se constrói cotidianamente, não dispensa ou ignora o papel da subjetividade, pois acontece

também com envolvimento, amizade, ajuda, ultrapassa compaixão ou a filantropia seguindo na direção da autonomia.

Um outro aspecto a destacar é a referência da complementaridade da comunidade e governo para a construção do vínculo; sendo assim, os profissionais não conseguem construir vínculo apenas com o seu lado. Tal condição não se coloca nos documentos à cerca do PSF, onde a atribuição de estabelecer vínculo é dada ao profissional.

O vínculo é relacionado no PSF com a humanização da assistência, sendo que seus complementos, os termos compromisso e responsabilidade, enfatizam o caráter do dever. Já os sujeitos envolvidos nas possibilidades de interações construtoras de vínculo, dão espaço para os afetos, tornando a ‘missão’ mais agradável.

O que se verifica para este elo são atributos e condições, um certo acontecer nas relações, coincidindo parcialmente com o que está sendo defendido neste trabalho, onde vínculo se estabelece como relação diferenciada, perpassada pelas dimensionalidades advindas do PSF.

### ***CATEGORIA: É ATÉ UM POUCO INJUSTO PEDIREM ESSE VÍNCULO DA GENTE***

#### **Quadro 9: componentes - é injusto porque a gente não teve preparo**

---

##### Unidades de significado:

---

- Esse vínculo é exigido da gente até de uma forma arbitrária e um pouco injusta, quase que forçado, porque a gente não teve preparo
  - Na Universidade tinha muito pouca coisa sobre PSF, era uma coisa nova e pouco divulgada
  - Fiz um treinamento introdutório. Eles passaram uma noção geral sobre o PSF
  - A Secretaria faz treinamentos, mais enfoque no curativo e de prevenção de câncer de mama, de útero
  - Eles têm de dar idéia (MS) e a gente tentar seguir as normas. Agora isso daí tem que ser espontâneo, surgir do teu trabalho diário
  - Não tem como chegar o secretário de saúde ou a gerência e cobrar que vocês se dêem bem e passar ameaçando o tempo inteiro, isso não vai funcionar
  - Daí que a idéia do Ministério é mais difícil: ah! vocês têm de criar vínculo, amiguinho, adorando todo mundo, mas tem que fazer uma correlação entre a comunidade X ou Y
  - A população vem pra cá buscar resolver até problema econômico-social do Brasil e as equipes estão ali, espremidas, pra fazer o que a população quer
-

No quadro acima médicos e enfermeiras associaram o objetivo de estabelecimento de vínculos no PSF a conceitos como cobrança, norma, fardo, ameaça, vigilância ou a aspectos negativos.

Enquanto no quadro anterior vimos uma aproximação entre requerido no projeto do PSF e o que pensam os profissionais, neste conjunto de dados emerge o sentido de que vínculo é também ‘obrigatoriedade de se dar bem’, de que isso ocorra em qualquer realidade, sob quaisquer circunstâncias de exigências e características das comunidades, independente de como os profissionais se sintam posicionados.

O vínculo é referido como algo que é do ‘Ministério’, coloca-se distante, não ‘apropriado’ pelos executores do vínculo.

Além disso, médicos e enfermeiras referem-se a um preparo insuficiente, na faculdade e no serviço, o que determina limitação em termos do espaço/tempo para o aprofundamento/resignificação do vínculo. Sendo o vínculo essencial para transformar o modelo assistencial, os profissionais desnudam este flanco aberto no PSF investigado, qual seja: constituir-se numa imposição a ser cumprida, gerando as ‘queixas’ que nestes termos se configurarem como ‘justas’.

Os dados apontam também para a vigência de percepção de que a necessidade da população é algo que ultrapassa o que se pode resolver, de que a população também espera muito e isto ‘espreme’ as equipes pela expectativa de que dêem conta, sendo isto também injusto.

Sendo este um estudo de caso, estando portanto os dados restritos a um dado PSF, a condição detectada deve ser considerada no mínimo em nível local, apontando para a necessidade do desencadeamento de estratégias que possam positivar a relação do projeto do PSF com seus executores.

***CATEGORIA: É UM POUCO INJUSTO PEDIREM ESSE VÍNCULO DA GENTE*****Quadro 10: componentes - a prática foi nossa escola de PSF**

---

## Unidades de significado:

- 
- Desde que comecei a trabalhar no PSF leio um monte de livros, escrevi trabalhos, pego referências, discuto, tenho uma biblioteca de Saúde Pública
  - Aprendi sobre o PSF no dia a dia. O treinamento, o estudo, são necessários, valem pela teoria mas a essência se aprende na prática
  - O que fazer, como fazer, se aprende trocando com os colegas, lidando com as pessoas e famílias, convivendo com as necessidades da tua comunidade
  - Hoje ainda falta muito para entender mas dá pra tocar o barco
  - Depois, não é que tu começa a te acomodar, mas começa a perceber que vai além de ti, depende da Secretaria, depende do Ministério. Tu começa a segurar pra não enlouquecer, mas tem horas que é barra
- 

Nos dados a importância da prática é ressaltada, ela é o que conta efetivamente para propiciar ‘fazer o PSF’. O saber desta ‘escola’ constitui-se de forma híbrida, incluindo experimentação do que dá certo ou não, de compartilhamento entre pares, da interpretação do que sejam as necessidades da população. Inclui também o esforço de um aprender autodidata, dado que ‘a gente não teve na faculdade ou teve pouco’ e a difícil articulação entre teoria e realidade. Por fim, quando a realidade se torna conhecida, se instala a compreensão de como e porque as coisas se dão de uma certa forma, vem à adaptação, havendo ainda muito para se aprender mas, se consegue dar conta.

Cabe questionar se as alternativas adotadas para superar ‘porque a gente não teve ou teve pouco’ dão conta de uma apreensão satisfatória do projeto de modificar o modelo de assistência, de fomentar o vínculo favorecedor da responsabilização profissional por uma dada comunidade, nas dimensões além da curativa, ampliando também o compromisso dos usuários. Quando desta ‘maior escola’ não emerge um processo formador compatível com o que se requer, o produto corre o risco de não ser o desejado. Por outro lado, o poder formador da prática permite que a mesma seja considerada como possibilidade real de viabilização do projeto pensado. Só que

esperar que isto se dê forma espontânea, sem facilitação e apoio, é ingressar no terreno da idealização, manter-se na retórica.

## ***2 ° CATEGORIA: O VÍNCULO QUE A GENTE CONSTRÓI NÃO É NUM PSF MESMO***

### **Quadro 11: componentes – o que o PSF é**

---

#### Unidades de significado:

---

- O PSF é a grande resposta para os problemas de saúde, é a melhor forma de se organizar o serviço pra estruturar a saúde
  - O PSF no papel, na teoria, é lindo, a gente se encanta. Pensaram em tudo, porque faz tudo, trabalha com a família, faz visita, faz grupo, acompanhamento
  - É um Programa ótimo e complexo; é uma concepção muito válida
  - Tem que ter atenção primária, pois o hospital não tem condições de atender toda a demanda. O caráter preventivo é o que aumenta, a longo prazo, a qualidade e a expectativa de vida
  - No PSF não fica aquela coisa do médico muito superior, isolado, a pessoa que vai consultar parece que está falando com Deus; fica uma coisa mais acessível para a comunidade, o relacionamento mais próximo
  - Em cada lugar o PSF é diferente, não tem jeito. A realidade sócio-cultural é diferente em cada município e até mesmo em cada bairro e isto acaba influenciando a forma como se estabelecem as relações
- 

Nos dados apresentados neste quadro aparece claramente uma avaliação positiva dos médicos e enfermeiras sobre o PSF enquanto concepção. A divergência de situar o PSF enquanto estratégia ou programa também se coloca neste espaço, refazendo o que se passa em outras esferas da prática, da academia, dos autores. Como estratégia, médicos e enfermeiras referem que o PSF, organiza, estrutura o serviço de saúde, tem caráter preventivo, busca a qualidade de vida. Como programa, se viabiliza através das atividades pré-definidas.

O PSF é visto também como um campo onde se podem produzir relações mais horizontais, próximas, diferentes daquelas que são atribuídas ao modelo biomédico, centrado na autoridade e poder do médico.

Os médicos e enfermeiras também mencionam a existência de muitos PSFs. Local, realidades, cultura, produzem diferenças, apontando para uma certa especificidade no vínculo frente às especificidades das realidades.

**CATEGORIA: O VÍNCULO QUE A GENTE CONSTRÓI NÃO É NUM PSF MESMO**

**Quadro 12: componentes – o PSF daqui**

Unidades de significado:

- O PSF daqui tem funcionado como programa pela cobrança de números, pela exigência de produtividade praticamente no curativo
- Aqui o PSF é um programa para arrecadar dinheiro do governo federal, ganhar voto político, não uma estratégia pra fazer mudanças
- Aqui no CS a gente consegue fazer pouco de promoção; o investimento é ‘muuuuuuuuuuito mais no curativo’. O trabalho de prevenção voltado para o coletivo, para as famílias, é o mais prejudicado
- Aqui falta uma proposta, um grupo pra trocar, discutir, aprender, fazer outras coisas além de só atender, uma concepção, um idealismo, uma perspectiva de resultado
- Pela posição e tamanho do Posto alguns acham que isto daqui é um pronto socorro. Pessoas de outros municípios, funcionários de empresas, vêm consultar aqui e você acaba atendendo mais gente do que deveria atender
- Essa história de um posto grande, três equipes num mesmo lugar, às vezes complica
- A comunidade ainda não entendeu o paradigma do PSF; depois que sabe, faz mudança, não volta mais

Neste quadro podemos caracterizar o conflito vivenciado pelos médicos e enfermeiras quando confrontam o PSF ‘lindo’ do papel e o PSF da realidade. Nesta percebem-se aprisionados ao modelo assistencial curativo, com atendimento ainda voltado prioritariamente ao indivíduo, assentado sob bases tayloristas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> O Taylorismo é um sistema organizativo do trabalho, alicerçado em princípios científicos, que tratam de planejamento, padronização, especialização, controle e remuneração do trabalho, propostos por Frederick W. Taylor, americano, nascido na Pensilvânia (EUA), em 1.856.

No Taylorismo o ‘planejamento’ é separado da ‘execução’ ou o pensar e fazer constituem-se atividades e atribuições distintas. Impõe que se faça uma gerência (científica) através de um órgão de *planejamento* cuja função é tanto pensar antecipadamente, quanto fragmentar e selecionar o saber. No Taylorismo o controle do trabalho, que se faz através da gerência, ocorre por meio do controle das decisões, pela fixação de cada fase do processo, inclusive seu modo de execução, pela definição do tempo investido em cada atividade, efetuado para eliminar qualquer ‘tempo ocioso’ e aumentar a produtividade individual. Assim, os trabalhadores são controlados por estarem atados a processos concretos de trabalho, definidos previamente pela gerência.

É um PSF exigido, não entendido pela população, alardeado como ‘fazedor de saúde’. O fosso entre os dois PSF está no esvaziamento dos sonhos, das idealizações quando da materialização do projeto; está na impossibilidade de ver reconhecido e valorizado o pensar, a discussão, a formulação das propostas, onde sujeitos se retroalimentam, resignificam elementos essenciais.

A estratégia ao ser implantada se faz programa, aprisionado a um ‘modus operandi’ pré-definido, que deixa pouco espaço para a autonomia das equipes, para o trabalho criativo, para que se estabeleçam novos processos de relação e negociação com a comunidade.

Neste conjunto de dados médicos e enfermeiras não vislumbram forças de mudança em si, no grupo, capazes de provocar rupturas numa dinâmica onde o trabalho morto captura e subjuga o trabalho vivo (MERHY,1997).

Já a população do bairro, que não conhece outro modelo de atendimento em saúde, pois o atual esteve vigente desde a abertura do CS, que também não conhece o PSF ideal e seu compromisso com a mudança, tem dificuldade de defender ou reivindicar algo diferente. As ESF acabam sendo depositários das contradições dadas,

---

A *padronização* propõe que um mesmo sistema de medidas seja adotado ao longo de todo o processo de produção. A *especialização* decorre da padronização. Cada trabalhador deve ser um especialista em sua atividade principal, sob o pressuposto de que faz melhor quem só faz aquilo e a especialização seria alcançada através de seleção dos trabalhadores, de acordo com a habilidade e treinamento intensivo. Sob a ótica de Taylor o trabalhador deve receber incentivos salariais e prêmios de produção, condicionados ao seu desempenho individual.

A aplicação das proposições de Taylor tiveram como conseqüência configurar o trabalho como “*atividades fragmentadas, repetitivas, monótonas e desprovidas de sentido*” (Cattani,1999, p. 249), pois levaram o trabalhador a se tornar mero repetidor de atividades isoladas e despersonalizadas, a perder a visão do todo, passando a desconhecer como está integrado na totalidade da produção, conhecendo apenas o grau de perfeição do que faz e não a qualidade e o produto final do seu trabalho. Tendo essas proposições privilegiado o desempenho individual, reduziram a noção de trabalho em equipe e de solidariedade grupal, vigentes no tempo da produção artesanal.

(CATTANI, 1999; BRAVERMAN, 1891; TAYLOR e o movimento da administração científica. Disponível em < <http://www.novaadministracao.kit.net/002.htm> > acesso em 10 maio de 2005)



porque tem referências do que seria um ‘PSF mesmo’, mas atuam num programa dado, ratificado pela não disponibilidade de outra referência pela população.

***CATEGORIA: O VÍNCULO QUE A GENTE CONSTRÓI NÃO É NUM PSF MESMO***

**Quadro 13: componentes – se fosse PSF mesmo**

---

Unidades de significado:

---

- O PSF é ‘PSF mesmo’ se houver maior liberdade de atuação da equipe, se ela tiver respaldo para fazer a sua própria estratégia, pra buscar a transformação
  - Não seguiríamos exatamente o que pedem ou dizem pra fazer, tem de ver a realidade e as necessidades daquela comunidade, das famílias, da própria equipe, do CS, e isto sendo definido pela e em equipe
  - A execução do PSF é construção diária, reformulando, reunindo, recriando, negociando, não é uma coisa fechada. Trabalha-se ‘a história’ junto com a população
  - Tem que mudar a concepção das pessoas que dirigem o PSF no município, das pessoas que trabalham no CS, dos conselheiros, que vêem o PSF só como assistencialista. O PSF é preventivo também
  - Temos de parar tudo isso daqui, de brincar de PSF, ver o que está acontecendo em relação aos problemas da comunidade, o que está coberto, o que não está, o que está aumentando ou diminuindo
  - O PSF tem que ser um lugar onde a população goste de ir. A estrutura física tinha de ser aconchegante, colorida, umas plantinhas e tal, um quadro na parede. Essa arquitetura SUSística de Posto de Saúde é horrível, nem mais hospital está sendo construído assim
  - Se fosse feito ‘PSF mesmo’, trabalhasse bem com a comunidade, num ano haveria mudanças, começaria a dar resultado
- 

Destaca-se neste conjunto de dados, outras condições que não se tem no ‘PSF daqui’, quais sejam: a flexibilidade, o espaço para estabelecer negociação, parceira, respaldo e respeito à capacidade das ESF de configurar e gerir seu processo de trabalho, a continuidade das ações, um trabalho que decorra das necessidades da comunidade, onde a mesma participe desta definição. Para que o PSF seja estratégia há que se ter à autonomia no trabalho das equipes, para que desenvolvam seu projeto de transformação. A autonomia é o que abre espaço para a criatividade, para a busca

de resposta às necessidades específicas de saúde da população, para a superação do trabalho cristalizado, morto.

Médicos e enfermeiras consideraram que os gestores, os gerentes, os conselheiros locais de saúde são defensores e requisitantes do modelo biomédico, o que se caracteriza como um importante obstáculo para se fazer o ‘PSF mesmo’. Tal condição é vista como dificuldades para o estabelecimento de vínculo de compromisso e responsabilidade, mantém o ‘brincar de PSF’, a descontinuidade das ações, a ignorância sobre o que se passa com a população e portanto não há mudança na direção da produção social da saúde.

Vê-se ainda a reivindicação de uma nova estrutura física para apresentar o novo modo de se proporcionar o cuidado em saúde, ou um lugar agradável, acolhedor, para o diálogo entre ESF e usuários (individual e coletivo). Na pesquisa de “Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez centros urbanos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b) há dados que referem que algumas ESF alugaram casas e as adaptaram para o desenvolvimento de atividades de saúde, como nas cidades de Camaragibe, São Gonçalo e Brasília. Vê-se pois que em outras realidades e com outros atores se compartilha o desejo de repassar uma nova mensagem, através da mudança da estrutura física onde se desenvolve o PSF.

Assim, para se construir vínculo requerido pelo PSF, se pressupõe a existência das condições disponibilizadas num ‘PSF mesmo’. Neste sentido, num programa que se orienta pelo modelo biomédico quando do desenvolvimento do atendimento em saúde, se pode estabelecer ‘certas relações’ as quais se *atribua* a denominação de vínculo, mas por não se desenvolverem num verdadeiro PSF, também não conseguem ser as relações que deveriam ser. Neste caso à aparência se atribui o papel de essência.

### 3 º CATEGORIA: VÍNCULO SE CONSTRÓI A PARTIR DE ALGUMAS BASES

#### Quadro 14: componentes – relacionadas à comunidade

---

##### Unidades de significado:

---

- Existem componentes sócio-culturais na participação e na adesão individual e coletiva às ações de saúde
  - A construção do vínculo também depende das necessidades da comunidade. Se ela precisa mais do CS, valoriza mais os profissionais, acolhe diferente, aceita trabalhar mais com a prevenção
  - Uma parte fundamental da comunidade é o interesse em conhecer o PSF, qual a equipe que responde por ela, não é só usar o serviço e ir embora. Entender facilita a participação, o pessoal vem conversar, compartilha coisas, vai-se além da doença
  - A comunidade tem de agir, reivindicar, pra transformar, pra ter seu direito, mesmo que demore. Ela tem que entender que tem uma estrutura macro por trás
- 

Seis dos sete entrevistados (médicos e enfermeiras) atuaram no mínimo em outro PSF antes de ingressarem no atual. Isto lhes confere a possibilidade concreta de apontar condições relacionadas ao segundo elemento na diáde do processo interativo com potencial de gerar vínculo ou os usuários (individual e coletivo), de considerar que os aspectos sócios culturais são intervenientes importantes na construção do vínculo.

A existência da ‘necessidade’ é colocada como facilitadora no estabelecimento de vínculo, por acarretar maior procura do serviço de saúde, abrir canais para o diálogo e ação, por parte dos usuários. Isto coloca a questão de que a desvantagem da população (carências sócio-econômicas, culturais, isolamento geográfico e outras) a torna mais receptiva, facilitando em certa medida a implantação e execução do PSF, o que não ocorreria com populações menos dependentes. Mas as comunidades diferem entre si e veremos, mais adiante, que os médicos e enfermeiros referem dificuldades de se trabalhar em comunidades que apresentam carência sócio-econômica exacerbada.

Projeta-se neste ponto uma questão desafiadora, de que ao se fazer ‘PSF mesmo’ haverá que se produzir um trabalho na linha preventiva e neste caso como auxiliar na criação de outras necessidades que não aquelas marcadamente ‘atendidas’ no modelo biomédico, necessidades que mobilizem aqueles usuários ‘que não precisam’, não valorizam, que apenas usam, os que não se organizam e reivindicam ?

Os dados ratificam, através dos depoimentos de trabalhadores, que os mesmo necessitam de uma base, uma ampliação na formação e também apoio no saber/fazer social já que além de compreender os mundos dos usuários, terão de estar instrumentalizados para um fazer que inclua estas dimensões.

À referência de que ‘entender o PSF’ facilita as relações entre ESF e os usuários (individual e coletivo), apontada acima, se coloca como um outro elemento da construção conjunta. No depoimento abaixo uma enfermeira refere-se à questão do preparo da população para entender o PSF:

uma médica de São Paulo, com quem eu trabalhei, me disse que pra implantar o PSF eles ficaram trabalhando um ano, falando com a comunidade, até a comunidade ficar cansada, até todo mundo entender e então puderam trabalhar com eles. **ENT/Enf ESF verde**

A comunidade é considerada, pelos médicos e enfermeiras, no seu direito e poder de exercer o controle social, mas isto é algo que não está se dando neste local, porque aqui os componentes sócios culturais não são favoráveis para a reivindicação, participação e enfrentamento de questões macro que ‘dirigem os destinos da saúde’. Mais adiante os dados demonstram que os profissionais percebem seu papel na instrumentalização dos usuários mas se percebem sem tempo/espço para desenvolverem um trabalho voltado para tal.

**CATEGORIA: VÍNCULO SE CONSTRÓI A PARTIR DE ALGUMAS BASES****Quadro 15: componentes – relacionadas aos profissionais**

## Unidades de significado:

- 
- A nossa preparação universitária pode ajudar muito, e também a bagagem de vida que a gente traz
  - O profissional deve estar disponível, acolher bem as pessoas, ser uma pessoa amiga, discreta, ética, ter bom senso e não mudar a postura, o comportamento
  - Tem-se que ter humildade e a tranqüilidade de esperar que as coisas aconteçam
  - Gostando do que faz e também entendendo o que é o PSF, aí tu consegues fazer vínculo
  - É importante cuidar para não criar uma expectativa maior do que a gente e o sistema de saúde pode oferecer, pra que a frustração não se instale, não se perca o ânimo
  - Pra estabelecer o vínculo é preciso estar em contato com a realidade da comunidade, das pessoas, ir interagindo
  - O vínculo deve ser construído democraticamente, baseado na confiança, pois assim você pode discutir com o paciente, explicar as opções de tratamento, ver o que ele acha
  - Todo o trabalho tem seus entraves, um diferente do outro, é preciso ter compromisso maior, arrumar mais espaço para as prioridades e realizar mesmo
  - Numa construção de vínculo a abordagem do lado psicológico é importantíssima, o social também, tanto voltado para os pacientes como para a equipe
  - Pra estabelecer vínculo a gente tem de divulgar o que está fazendo aqui
- 

Neste conjunto de dados podemos ver que os médicos e enfermeiras evidenciam pelo menos dois conjuntos de bases para construção de vínculo, relacionadas aos profissionais. No primeiro conjunto há referência para um ‘modo de se construir/de ser’ e no segundo, os dados estão mais ligados às tecnologias de relação (MERHY, 1997, 1999, 2003; FRANCO E MERHY, 2003). Ou no primeiro conjunto contam a formação acadêmica, bagagem de vida, ter bom senso, ter paciência, ter comportamento coerente, ser discreto, gostar e entender o que faz. No segundo conjunto, das tecnologias de relação, tem-se um ser/saber subjetivo e técnico através do qual vai se evitar expectativas demasiadas e frustração, ter ética, estar disponível e acolher, ter compromisso maior, priorizar, estabelecer relações democráticas, ter contato com a realidade, abordar o lado social e psicológico no atendimento. Aqui novamente se define um papel para os usuários (individual e coletivo) que deve compreender o que o profissional faz ali, com a ajuda do profissional. Estes devem,

como o profissional, conhecer os limites do sistema e do profissional, para que não se instale frustração e desânimo.

A dimensionalidade da ‘humanização da assistência’ do vínculo é referida como essencial, traz a possibilidade de modificar o que e como se faz, só que deve contemplar usuários e também a ESF. Nos dados ainda apareceram outras referências indicando que requerer ‘produção, produção, produção’ produz sentimentos de frustração. Os trabalhadores requerem a consideração de sua subjetividade, concomitantemente àquilo que fazem em resposta ao ‘dever’.

***CATEGORIA: VÍNCULO SE CONSTRÓI A PARTIR DE ALGUMAS BASES***

**Quadro 16: componentes – o trabalho do ACS é primordial**

---

Unidades de significado:

---

- O trabalho do ACS é primordial, na verdade é ele que é o elo entre família e CS
  - O elo do ACS faz crescer o vínculo com os demais membros da equipe porque ele traz o problema da família pra reunião no CS.
  - O trabalho dos ACS direciona, identifica o profissional para as pessoas. Elas já vêm procurar direto o profissional, evita aquele ping –pong
- 

Sobre seu papel na construção dos vínculos entre médicos e enfermeiras assim se posicionaram os AuxEnf e ACS:

Parte do bom relacionamento entre médicos e enfermeiros é trabalho dos ACS porque a gente já vai dando uma boa referência do profissional e do Posto, os pacientes vêm sem barreira, sabendo quem vão procurar. **ENT/ AuxEnf e ACS**

Muito desse conhecimento se dá através da divulgação do ACS porque eles falam do profissional para a comunidade, já vão citando nomes, ajudam as pessoas a aceitarem o jeito deles, principalmente quando não estão ainda acostumados. **ENT/ AuxEnf e ACS**

Nas colocações acima se evidencia como os ACS intermediam a construção de vínculos entre médicos, enfermeiras e usuários, no sentido de diminuir estranhamentos, facilitarem acessos, captarem informações chave, tornarem mais objetiva a procura do profissional desejado e ainda auxiliarem na construção de uma imagem positiva e ‘acostumada’ dos profissionais junto à população. No depoimento abaixo o tema também se coloca.

Quando o médico da ‘ESF verde’ chegou às pessoas não gostaram muito dele, acharam meio jogadão, doidão, parecendo um maconheiro, não se vestia como médico. A gente foi explicando que era o jeito dele, não se podia mudar, que seria muito pior se fosse um médico que nem olhasse pra pessoa, não conhecesse o caso dela, não conversasse. A gente ajudou eles se acostumarem. Hoje ele conquistou as pessoas. **ENT/AuxEnf e ACS**

### ***CATEGORIA: VÍNCULO SE CONSTRÓI A PARTIR DE ALGUMAS BASES***

#### **Quadro 17: componentes – relacionadas ao processo e condições de trabalho**

Unidades de significado:

- 
- São necessários recursos humanos preparados para fazer atendimento bem feito, sem pressa, com ética, respeito, democracia e co-responsabilidade
  - Autonomia é necessário pra evitar a história de todo mundo se meter. Tem de ser mantidas as decisões da equipe, do Conselho Local
  - Construir vínculo depende de tempo e espaço, aí os relacionamentos vão ser aprofundados, vão ser trabalhados, progressivamente, e isto não ocorre num dia, numa semana, com a agenda sempre lotada
  - Só trabalho em equipe permite agrupar as informações e daí sair um trabalho legal. Só a interajuda consegue manter o nível do trabalho
  - A possibilidade de construir algo em comum, das três equipes, precisa de condições para acontecer
  - Também são necessários recursos materiais, para dar apoio, como por exemplo: estrutura física para atendimento digno e com privacidade dos usuários, prontuário-família, medicação, agilizar os exames, ter infra-estrutura pra o encaminhamento
  - O salário deve ser digno para o profissional. Ele tem de se sentir seguro, saber que no ano que vem tem dinheiro pra pagar escola do filho; ele não pode ficar dois, três anos num emprego e depois ir embora, sem nada
-

Observando os dados sob a ótica do vínculo, se pode facilmente encontrar argumentos para apoiar necessidades referidas pelos médicos e enfermeiras, de condições de trabalho e para o processo de trabalho.

Na questão condição de estrutura física e de recursos materiais, desprende-se o alerta dado pelos médicos e enfermeiras sobre suas repercussões no estabelecimento de vínculo. Esperar que os profissionais possam estabelecer vínculos em serviços sem uma certa infra-estrutura é apostar de que o trabalho em saúde se faça destituído de instrumentos materiais, apostando-se basicamente no relacional.

A autonomia é reapresentada, agora como uma das bases para o estabelecimento do vínculo, porque permite a construção conjunta com os usuários de um projeto que não está pré-determinado, nem sofre ingerências. Igualmente valorizada é a necessidade de integração do trabalho da ESF.

A questão salarial, do contrato de trabalho, o vislumbre de uma segurança para o futuro, alimentam a subjetividade, equilibram, harmonizam, criam condições favorecedoras no estabelecimento do vínculo.

Outra base destacada, para se estabelecer vínculo, refere-se à equipe em si e grupo de equipes, que necessitam desenvolver um trabalho integrado. Não é razoável supor que relações individuais dêem conta de construir os vínculos requeridos, tidos como decisivos na mudança do modelo assistencial. Nestes termos e resgatando pontos abordados nos quadros anteriores, o processo de trabalho requer diálogo, planejamento, compartilhamento para desenvolver ações de saúde no espírito do modelo que contempla promoção, prevenção e recuperação da saúde mediada pelo vínculo.

O vínculo como estrutura especial de relação, de caráter multidimensional, também requer profissionais preparados para lidar com os determinantes emocionais, sociais, econômicos, políticos, ambientais, da saúde e capazes de modificar/revisar/abrir mão status e papéis habituais (PICHON-RIVIÈRE, 2000) em favor da instrumentalização do usuário para ser co-partícipe do cuidado em saúde.



Assim os médicos e enfermeiras, neste conjunto, colocam que o estabelecimento do vínculo está ligado à..., é dependente de..., viabiliza-se através de..., pressupõe.... Estabelecer vínculo não decorre, neste sentido, de uma determinação simplificada, que de imediato se coloca em prática, mesmo que tenha emergido dos princípios filosófico-organizativo do SUS/PSF. O estabelecimento do vínculo no PSF está pois perpassado pelo embate entre a determinação simplificada e a complexidade da sua efetivação.

#### **4ª CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE**

**Quadro 18: componentes** – pode-se estabelecer vínculo de várias maneiras mas não há receita

---

#### Unidades de significado:

---

- Eu tento fazer o que posso apesar das dificuldades. Algumas falhas, daqui e dali, mas num todo eu acho que tenho tido um sucesso legal, graças a Deus
  - Eu acho que não tem uma receita para construir vínculo, acho que existem várias maneiras, assim sigo meu próprio jeito pra conseguir interagir
  - A interação vai se dando desta forma: o paciente vem procurar atendimento, vai contando hoje uma coisa, amanhã outra. Tu escuta primeiro, buscando não invadir a privacidade. Depois já comesas a sugerir alguma coisa, dá uma opinião, um conselho, daí ele vai se abrindo mais contigo, sabendo que pode confiar
  - Da minha parte o vínculo se constrói tendo tempo para ouvir, a pessoa fala, fala, fala, tira aquela ansiedade, vai relaxando, perguntando, também falando dependendo do que o paciente pede
  - Eu acho que é assim que vai se estabelecendo vínculo: olhando pra pessoa, tentando ouvir, colocando-se à disposição, pensando, vendo o que faz parte do teu trabalho, se podes ajudar ou não, tentando uma comunicação legal
  - Colocar-se à disposição é um bom começo, a pessoa está vendo que tu estás a fim de ajudar
  - O vínculo vai se criar se você conseguir dar valor à queixa de alguém que veio te procurar com problema, mesmo que não seja nada físico
  - Pra estabelecer o vínculo tu não podes estar desatento, fazendo outra coisa. Às vezes, pela pressa, tu acabas respondendo coisas diferentes daquilo que a pessoa está querendo
  - Se estiver no sangue do profissional trabalhar no PSF ele vai conversar, orientar, explicar o que é o PSF, convidar para as atividades
  - Quase todas as pessoas dos grupos de idosos são meus pacientes, então eu já falo de acordo com a história deles, porque eu já sei
-

Tentar, conseguir apesar de falhas aqui e ali, das dificuldades, colocando em prática seu próprio jeito, coloca em pauta a avaliação do ‘sucesso’ que médicos e enfermeiros referem ter em relação ao vínculo, qual seja ‘às vezes a gente consegue’.

Na ‘tecnologia das relações’ adotada para estabelecer vínculo com os usuários são referidas o escutar com atenção, perguntar, olhar, conhecer também aspectos mais subjetivos e pessoais, de forma gradativa, ao longo do tempo, sem invadir privacidade, valorizar o que o usuário tem a dizer, responder segundo o que o usuário espera, ver se pode ajudar, se faz parte do trabalho do profissional, colocar-se a disposição, tentar uma ‘comunicação legal’.

Como recurso destinado a instrumentalização dos usuários aparece o sugerir, opinar, aconselhar. Aparece também a comunicação personalizada, que se estrutura porque se sabe quem são os usuários, qual a sua história.

A perspectiva da bi-direcionalidade, essencial numa relação sujeito-sujeito, é colocada, ou seja o estabelecimento vínculo é favorecido se você receber a queixa e conseguir comunicar que deu importância a ela, mesmo que não seja queixa física. O usuário fica mais relaxado, se abre, pergunta, vê que há disposição de ajuda, vai sabendo que pode confiar.

Os recursos referidos apontam para o estabelecimento de uma relação contemplando aspectos da ‘dimensão da humanização da assistência’ especialmente traduzindo o acolhimento (acesso ao serviço atenção, escuta, valorização dos motivos da procura, atendimento das necessidades) e da ‘dimensão ética e técnica’ (respeito à privacidade, continuidade do atendimento).

Numa das referências destaca-se a importância do PSF estar ‘no sangue’, portanto dentro do profissional, nutrindo-o, criando a energia para que desenvolva condutas pró-vínculo como conversar, orientar, envolver os usuários no PSF.

Não foram referidos aspectos das dimensões ‘cultural’ (identificação dos valores culturais e das formas utilizadas pelos usuários para resolverem seus problemas de saúde); ‘ecológica’ (de atenção às condições do ambiente físico/social onde vivem os usuários) e ‘política’ (incluindo as ações destinadas a promoção da cidadania dos usuários, compromisso, participação, incremento do controle social).

Na prática observei que esta ‘humanização da assistência’ era praticada tanto pelos médicos como pelas enfermeiras, ressaltando-se que para alguns profissionais isto era muito expressivo como no caso do médico ESF verde, a primeira enfermeira da ESF verde, o médico e a enfermeira da ESF azul. Tais práticas porém eram agregadas ao atendimento do eixo queixas/diagnóstico/tratamento e providências pertinente. Neste caso o que foi referido acima não se traduzia em mudança do modelo assistencial biomédico praticado pelos profissionais. Nestes termos considero que aqui se expressa novamente uma questão problemática do PSF que atribui ao vínculo um papel primordial na mudança do modelo assistencial e nestes termos o que se colocou como vínculo não produziu mudanças.

***CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE***

**Quadro 19: componentes – o que pode indicar a construção de vínculo**

Unidades de significado:

- O bom atendimento deixa as pessoas, a comunidade, mais próxima e eles procuram mais ainda para serem atendidos
- O vínculo dos profissionais com a comunidade é visto pelo tratamento que as pessoas dão à equipe. Eles procuram, ligam, se interessam, porque reconhecem, confiam
- É um sinal do vínculo às pessoas chegarem aqui, virem direto conversar, se abrirem, saberem das coisas, porque tem abertura
- Se eu me atrasar confio que não haverá reclamação, que serei compreendido pelas pessoas porque a gente tem uma boa relação
- Nas famílias em que considero ter um vínculo forte, eu me sinto da família, sinto que eles têm um grande respeito por mim, muita confiança, amizade
- No meu caso as pessoas ainda vêm buscar a enfermeira anterior. Primeiro querem saber dela, pra onde ela foi, porque saiu. Eu explico que estou no lugar dela para atender as necessidades da comunidade
- Já veio a reclamação para o Conselho Local que eles estão sentindo minha falta no grupo de saúde, que eles querem a minha presença lá
- A comunidade sentiu bastante, cobraram bastante a saída do médico que ia na comunidade, nos grupos
- O paciente sabe que é ouvido, conta e confia que suas coisas íntimas não serão reveladas a ninguém
- Ele tem a confiança de falar sobre não ter feito um tratamento que fez mal, que não deu resultado e busca ajuda novamente. No olhar do paciente já vê se ele vai ou não fazer o que você indicou

Neste quadro vimos médicos e enfermeiras apontarem, tanto o que concebem como indicadores do estabelecimento de vínculo, como aqueles que consideram indicadores do que estão alcançando. Ou seja a existência do vínculo pode ser evidenciada principalmente no comportamento dos usuários. Assim, o tratamento dado pelos usuários, a consideração que dispensam à equipe, a atitude de procurar mais vezes, de demonstrarem saber-se ouvido, de falar mais de suas questões particulares, de demonstrarem que estão à vontade no CS, de quererem que o profissional esteja nas atividades, de pedirem explicação e lamentarem as saídas, de sentirem confiança de falar sobre o que deixaram de fazer no tratamento, de procurarem ajuda novamente, foram os indicadores referidos. Eles procuram porque confiam e confiam porque recebem bom atendimento, porque os profissionais vão até eles.

No lado profissional a confirmação referida, da existência do vínculo, foi relacionada à subjetividade, ao ‘como eu me sinto’, ou me sinto como sendo da família, que eles tem um grande respeito por mim, muita confiança, amizade, que compreendem minhas necessidades e não reclamam se houver algum atraso. Por fim reconhecem que se estabeleceu uma ‘boa relação’.

A partir dos seus próprios indicadores os médicos e enfermeiras se reconhecem desenvolvendo um bom trabalho, construindo algo junto à população adscrita .

Apesar de tudo, o nosso trabalho está demonstrando alguma coisa. Quando abrimos o CS, há dois anos, havia uma demanda impressionante de diabéticos e hipertensos, eles quase não tinham atendimento, estavam totalmente descontrolados, descuidados e outros nem sabiam o que tinham.  
**ENT/Enf ESF azul**

Tem gente caminhando, diminuiu pressão, com colesterol baixo, emagrecendo, com diabetes mais controlado e isso no bairro inteiro. Então quer dizer, os caras começaram a mudar o modo de vida, viram que é legal e reconhecem nosso trabalho. **ENT/Méd ESF verde**

O que se poderia ainda destacar neste quadro é que os indicadores apontados referem-se em grande parte ao vínculo afetivo e em parte tem atributos das

dimensionalidades do vínculo de compromisso e co-responsabilidade. Pichon-Rivière (2000), refere que nas relações não existe só um tipo de vínculo, pois as relações que o sujeito estabelece com o mundo são mistas gerando, simultaneamente, estruturas vinculares diversas. Esta referência, de estabelecimento de vínculo afetivo, foi retomada neste conjunto, uma vez que já aparecera na categoria ‘é injusto pedirem isso da gente’.

Recolocando o que disse Coelho (2002), acerca da construção do vínculo terapêutico psicoterápico, que o processo de sua construção tem de cumprir sua função de ser o que se propõe ou ser terapêutico, uma vez que poderia não se constituir. Assim, diria que para o PSF ‘boa relação’ é desejável, nutre, motiva, gratifica a subjetividade mas ‘boa relação’ não consegue ser o todo do vínculo de compromisso e co-responsabilidade.

#### ***CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE***

#### **Quadro 20: componentes – os médicos na construção do vínculo**

<b>Unidades de significado:</b>
<b>Versão dos médicos e enfermeiras</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O vínculo de compromisso e co-responsabilidade se estabelece principalmente na consulta, no caso do médico</li> <li>▪ O vínculo do médico se relaciona muito ainda a parte clínica, isto é enfatizado na sua formação</li> <li>▪ O médico da minha equipe é diferente, tem visão do vínculo, de atuar junto à família e não apenas no indivíduo</li> </ul>
<b>Versão dos AuxEnf e ACS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tanto os médicos como as enfermeiras são mais do tipo amigo, não tem nada de autoridade, nada de mandar, abordam de forma descontraída</li> <li>▪ A relação paciente-médico é diferente porque o médico solicita exames, vê raio X, passa o remedinho que eles querem, coisa que o enfermeiro não pode fazer</li> <li>▪ O médico não consegue gravar o nome das pessoas, mas conhece os casos, um pouco menos que a enfermeira</li> <li>▪ O nosso médico participa bastante dos grupos de saúde e isso ajuda bastante a relação pois lá o ambiente é mais descontraído, dá pra fazer um vínculo maior</li> </ul>

---

### Versão dos usuários

---

- À parte do médico é mais saber da doença e dar o tratamento. Ele sempre explica o que está fazendo, porque está mudando um remédio, pra fazer dieta também pro tratamento fazer efeito
  - O médico é aquela consulta rápida, examina, conversa, dá a receita e pede pra voltar de novo; a conversa é sobre a doença, coisa particular não
  - Ele não é só de passar o remédio pra gente. Vai perguntando como eu sou, como vai o casamento, isso tudo. É bem bom, deixa eu falar e ainda pergunta: tu não tens nada mais pra dizer? (referência ao médico da ESF verde)
  - Ele aceita a minha opinião, não impõe, explica quando pensa diferente. Por exemplo, passei a tomar anticoncepcional pra não menstruar mais, ele não acha isso certo mas respeitou a minha decisão (referência ao médico da ESF verde)
  - Sempre falo dos meus problemas de família com o meu médico; ele me escuta e dá conselhos, tenta ajudar (referência ao médico da ESF azul)
  - O que ajuda é que os médicos estão se relacionando melhor com as famílias, o lado humanitário está melhor, aquela ciência do atendimento. O meu médico tem isso (referência ao médico da ESF azul)
  - Hoje o médico está dizendo bom dia, vem ao encontro da gente, a gente pode dar opinião sobre o tratamento então isso daí é um ponto positivo, novo, que tem aqui (referência ao médico da ESF amarela).
- 

Um ponto em comum encontrado nos depoimentos dos médicos e enfermeiras, ACS e usuários, é que os médico e usuários mantiveram-se interagindo predominantemente no espaço do consultório, trabalhando principalmente no eixo queixa/diagnóstico/tratamento. Neste quadro retorna a menção e destaque para a presença das dimensões humanísticas no atendimento.

Certos depoimentos de usuários ressaltaram aspectos específicos do comportamento relacional dos médicos. Por exemplo, apontaram para os médicos da ESF verde e azul uma maior inclusão da dimensão de humanização e para o médico da ESF amarela a manutenção do modelo biomédico tradicional, conforme mencionado no depoimento abaixo:

Tem uma coisa com esse Dr ....(médico da ESF amarela): pela primeira consulta eu achei muito corrido. Não sei se é porque ele é novo ou porque tem aqueles que precisam mais do que a gente, tem problemas piores. Tratou-me muito bem mas eu achei um pouco rápido, só falamos da doença e às vezes a gente tem bastante informação. **ENT/Usuário**

O vínculo como estrutura especial de relação, de caráter multidimensional, também requer profissionais preparados para lidar com os determinantes emocionais, sociais, econômicos, políticos, ambientais, da saúde e capazes de modificar/revisar/abrir mão status e papéis habituais (PICHON-RIVIÈRE, 2000) em favor da instrumentalização do usuário para ser co-partícipe do cuidado em saúde.

O vínculo como estrutura especial de relação, de caráter multidimensional, também requer profissionais preparados para lidar com os determinantes emocionais, sociais, econômicos, políticos, ambientais, da saúde e capazes de modificar/revisar/abrir mão status e papéis habituais (PICHON-RIVIÈRE, 2000) em favor da instrumentalização do usuário para ser co-partícipe do cuidado em saúde. Os dados acima apontam também que médico é ainda aquele que explica, orienta, direciona condutas.

Algum investimento na instrumentalização dos usuários, visando possibilitar o exercício do compromisso e co-responsabilidade no cuidado em saúde, do controle social, é feito nos grupos de saúde, do qual participam doentes crônicos, idosos. Como apenas o médico da ESF verde desenvolve este trabalho com regularidade, o impacto desta instrumentalização fica limitado àquelas pessoas, ficando a descoberto boa parte da população adscrita.

Para as demais situações, os usuários que identificam novas possibilidades de relação, demonstram estarem mais confortáveis para efetuar pedidos, sugerir, solicitar mudanças no tratamento.

Como síntese, os depoimentos apontam na direção de alguma mudança na forma de desenvolver o papel profissional médico, porém com pouca mudança quando se refere a questão do status (o médico é quem detém o saber, define o que tem de ser feito,..).

**CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE****Quadro 21: componentes – as enfermeiras na construção do vínculo****Unidades de significado:****Versão dos médicos e enfermeiras**

- A enfermeira conhece melhor a comunidade, recebe mais informações que o médico, pois tem contato diário com os agentes que todo dia repassam alguma coisinha, mesmo que rapidamente
- A enfermeira tem uma visão mais holística, de atuar junto à família e não apenas no indivíduo e isto é enfatizado na sua formação.
- O vínculo da enfermeira é diferente do médico, dá uma resposta mais para a parte humana, de vida, de ajuda geral
- Muitas pessoas estão precisando de uma palavra, não estão precisando de remédio e a enfermeira é mais capaz de fazer isso
- Quando as pessoas começam a vir no CS geralmente querem um auxílio, uma medicação, orientação sobre o funcionamento do serviço e por isso geralmente procuram a enfermeira

**Versão dos AuxEnf e ACS**

- A enfermeira já é mais procurada pra fazer avaliação e o médico mais para a consulta
- Quando ligam pro Posto ou os agentes trazem um problema, a enfermeira vai avaliar, ver o que precisa
- O principal atendimento da enfermeira é no Posto
- O nosso povo não está conscientizado que o enfermeiro tem essa capacidade, quase ao nível do médico; eles preferem o médico porque o médico já faz tudo

**Versão dos usuários:1º**

- As enfermeiras fazem a parte da saúde mas também consideram outras coisas que envolvem cada paciente, procurando minimizar mais os problemas.
- No meu caso encaro o nosso médico como amigo, mais o relacionamento sempre é bem maior com a enfermagem.
- As enfermeiras tentam auxiliar a gente de todas maneiras, tentam agilizar exames, por vontade delas os exames seriam marcados pro dia seguinte
- No que se refere à parte familiar, é muito interessante o trabalho que elas vem fazendo, de conselhos, de ajuda moral, digamos assim
- As enfermeiras vêem à pressão e dizem como está, contam novidades, deixam a gente descansar, se preocupam com uma dor, perguntam se a gente comeu alguma coisa, se está preocupada, nervosa
- A enfermeira atende de uma forma indireta, através dos ACS que vem pra dentro da casa da gente, elas ficam mais no Posto.

**Versão dos usuários: 2º**

- Pra falar a verdade eu não sei quem é a enfermeira da minha área, todas elas me atendem
- Eu conheço a maioria das enfermeiras, conheço a Y (enfermeira da ESF verde), a X (enfermeira da ESF azul), a Z (enfermeira da ESF amarela 12) a W\*, a J\*, a Q\*, a K\*
- Quando eu venho no Posto, as enfermeiras que eu procuro são a K\*, a W\*, a P\*, gosto muito, me atendem bem



- 
- Nomes eu não sei porque eu chego lá é querida pra cá, querida pra lá e elas atendem
  - A X? Uma magrinha que atende na pressão? A Y? Uma magrinha, de cabelo encaracolado, lourinha? Qual é aquela? E qual é aquela que ninguém gostava dela?
  - A enfermeira Y era uma pessoa muito querida, super humana, tinha aquele jeitinho meigo mas era da luta, tinha uma firmeza pra conseguir as coisas (referência à primeira enfermeira da ESF verde)
  - A nossa nova enfermeira é a R mais eu não conheço, nunca vi ela (referência à segunda enfermeira da ESF verde)
  - No Posto a enfermeira X se destaca. Todo mundo diz que ela é um amor, é maravilhosa, iluminada, de uma simpatia, de uma atenção fora de série, que vestiu a camisa, é 'a enfermeira', com 'A' maiúsculo (referência à enfermeira da ESF azul)
  - A enfermeira X luta, ela vê quando a pessoa tem uma necessidade, uma emergência, um especialista, ela corre atrás da coisa. Talvez não faça mais por que limitações da estrutura, mas ela tenta (referência à enfermeira da ESF azul)
  - A enfermeira Z é uma pessoa que eu não tenho nada a dizer porque realmente conheci muito pouco (referência à enfermeira da equipe amarela)
  - A enfermeira Z o pessoal não conhece, fica mais isolada. Se é boa ou ruim não dá pra dizer (referência à enfermeira da ESF amarela)
- 

\*auxiliares de enfermagem

Nos dados acima destaco referências dos usuários sobre o atendimento prestado pelas enfermeiras (versão 1º) e sobre como as identificam e o que destacam em seu comportamento relacional (versão 2º).

Frente aos objetivos do PSF, o conhecer a comunidade, conhecer as pessoas e seus problemas, ter uma mais visão holística, deixa as enfermeiras melhor posicionadas quanto a disporem de instrumental relevante para estabelecimento de vínculo. O médico conhece muito menos.

Os dados apontam ainda que a visão das enfermeiras, sobre seu papel no atendimento em saúde, é muito mais idealizado, abrangente e significativo do que o referido pelos ACS e usuários.

No CS as interações são geralmente individualizadas, tanto para os médicos como para as enfermeiras, mas estas desenvolvem um trabalho menos valorizado, na versão dos ACS, já que o trabalho dos médicos é tido como mais completo, é o que as pessoas querem.

Os dados demonstram que os usuários valorizam o trabalho de atendimento da 'parte humana, de vida, de ajuda geral' e para viabilizar os recursos de tratamento e acompanhamento da doença/queixa. Mas as enfermeiras concorrem com as auxiliares

de enfermagem, que são igualmente amigas, que também os ajudam a obterem o que precisam. Poucos usuários entrevistados nomearam as enfermeiras de suas áreas, embora fossem atendidos com frequência no CS e tenham participado das entrevistas em função de ‘possuírem vínculo’ como os médicos e enfermeiras (critério de seleção). Quando os nomes das enfermeiras foram colocados, aí sabiam quem eram e como eram as pessoas sobre as quais se falava. Os usuários entrevistados não conseguiram diferenciar o trabalho das enfermeiras do trabalho das demais funcionárias de enfermagem do CS.

No quadro acima ainda é possível evidenciar ainda que os usuários referiram-se a duas enfermeiras como especiais para conseguir as coisas, um exame, um especialista, dar atenção. Uma delas foi referida como pouco conhecida mesmo após o terceiro mês de trabalho da profissional (o conhecimento do médico se faz de imediato). A enfermeira da ESF amarela foi referida como tendo pouco contato com os usuários.

***CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE***

**Quadro 22: componentes – os melhores espaços para construir vínculo**

---

Unidades de significado:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os médicos consultam diariamente, então sempre estão sendo conhecidos por alguém, há sempre novas pessoas em contato com eles</li> <li>▪ Na consulta você atinge uma pessoa só, mas o espaço do consultório é a base, até pra você levantar os problemas, pra pessoa falar</li> <li>▪ No consultório o cara entra, senta, fala dos seus problemas, tu ouve, examina e passa a receita. Faltam coisas que aparecem no grupo, na visita</li> <li>▪ O Conselho Local é uma maneira legal de estabelecer o vínculo porque podem divulgar nosso trabalho, pois os conselheiros estão mais perto da comunidade</li> <li>▪ O grupo é um espaço bem legal para construir vínculo, pode-se brincar, é bem descontraído, então o pessoal fica super à vontade, eles perguntam tudo o que querem, participam de tudo, têm intimidade, aumenta o auto conhecimento</li> <li>▪ Nos grupos você interage, atinge várias pessoas e elas levam isto para suas famílias e para a comunidade. Tem abrangência, dissemina mais, o impacto é maior que no consultório</li> <li>▪ Nas visitas o médico sai do consultório, a enfermeira sai do posto, conhecem não só o paciente mas toda a família</li> <li>▪ Nas visitas as pessoas conversam mais, contam seus problemas, suas histórias, sua vida. Isso daí vai fazendo com que o vínculo seja criado de uma maneira mais espontânea</li> </ul>

---

Cada espaço visto como possível para se estabelecer vínculos teve alguma valorização e algum limite, sem alcançar-se unanimidade. Ressalto, conforme descrito no item 5.3.3 do capítulo 5, que os grupos foram atividades pouco freqüentes das ESF azul e amarela, que as enfermeiras faziam poucas visitas domiciliares, principalmente das ESF verde e amarela. Assim parte das respostas não se refere a uma prática mas a percepção do potencial de cada espaço.

Nas consultas, principalmente os médicos, já que realizam grande número delas, tem sempre a possibilidade de somar, incluir, ampliar a base de relações na direção numérica da população adscrita. Por somatória ‘o feixe pode engrossar’. As limitações disto, colocando-se o PSF como prisma, são de que o modelo biomédico produz reduzido atendimento ‘dos saudáveis’, dos ‘pré-doentes’ que ainda não ‘fiscalizaram’ a doença, dos não validados como doentes pelo modelo, ‘dos doentes’ que o modelo não consegue atender por falta de instrumentalização e exclui. A relação individualizada também exclui os demais membros da ESF, não favorecendo portanto a construção de estratégias compartilhadas de atendimento em saúde. Assim, no atendimento individualizado, em consultório, sem a aplicação das dimensionalidades previstas para o vínculo (humanização da atenção, técnica/relacional, sócio-cultural, ecológica e política), impõem-se sérios limites ao estabelecimento do vínculo requerido.

Nas visitas domiciliares o que foi mencionado acima pouco se modificou, pois os usuários que as recebem foram, predominantemente, doentes impossibilitados de irem ao CS e o foco predominante das interações foi o atendimento da queixa/doença. Normalmente na situação de visita estabeleceram-se relações de afeto, proximidade, amizade, maior familiaridade ou sejam se evidenciaram um número maior de comportamentos de sociabilidade e afetividade. O que ficou faltando foi a contextualização dos ‘problemas’ na perspectiva do PSF, referidas nas dimensionalidades do vínculo, que gerariam tanto uma clinica ampliada (CAMPOS,1997), como um trabalho de promoção e prevenção. Sintetizando, o que se que se estabeleceu como relação aconteceu frente aos objetivos do modelo biomédico e não os pretendidos pelo PSF.

Os grupos receberam forte valorização, como espaços de estabelecimento de vínculos, já que aí acontece lazer, descontração, congregação, auto conhecimento, além do caráter disseminador de comportamentos positivos em saúde. Na prática quando acontecem, foram conduzidos normalmente pelo médico, em especial da ESF verde, como já foi colocado.

O espaço do Conselho Local também aparece valorizado por propiciar conhecimento e divulgação do trabalho da ESF. Nas reuniões do Conselho Local sempre estiveram presentes o médico e a enfermeira da ESF azul, e os demais esporadicamente, demonstrando na prática a sub utilização deste espaço para favorecer o estabelecimento de vínculos, diferentemente do que foi colocado.

Vimos que no conjunto de espaços mencionados para construir vínculos não foram citadas as instituições da comunidade, nas quais seria possível fomentar o exercício da intersetorialidade, como escolas, grupos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, igrejas, etc. Também na prática não observei utilização destes como espaços de trabalho profissional.

Sintetizando, o estabelecimento de vínculo do PSF acontece no conjunto dos espaços onde se desenvolve o cuidado em saúde, desde que explorados em suas especificidades e potencialidade, desde que como ‘tecnologia leve’ (MERHY, 1997, 1999, 2003) ultrapasse o modelo biomédico o qual também se vale e se fortalece pelas ‘boas relações’.

### ***CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE***

#### **Quadro 23: componentes – pra trabalhar normal não precisa vínculo**

---

##### Unidades de significado:

---

- Pra trabalhar normal não precisa vínculo. Responsabilidade tem que ter, de exercer tua função da melhor forma possível, isso aí é teu, é um compromisso até de ética
  - Aqueles que estão se sentindo mal querem qualquer médico, em qualquer lum, o importante é ser atendido e saber o que tem
-

Neste conjunto há que se destacar que no pensar deste grupo de médicos e enfermeiras o trabalho com vínculo ultrapassa o trabalho ‘normal’. Neste, tem de entrar ética, responsabilidade, compromisso, melhor atendimento possível, mas não necessariamente vínculo. Então o PSF tem algo mais, tem um diferencial, o vínculo é algo especial, diferente da produção técnica, mas está aí para ampliá-la.

Além do trabalho ‘normal’ o profissional, referiu-se que há uma condição do usuário que também dispensa vínculo, a urgência, pois aí o técnico é soberano, direto, objetivo, dispensando ‘a complexidade’ atribuída ao vínculo

Ao *finalizar* a apresentação do primeiro tema ‘o vínculo que se constrói’ considero que se possa ainda efetuar uma síntese, a partir dos dados que emergiram das entrevistas dos médicos, enfermeiras, ACS, usuários e observações da pesquisadora, sobre a construção de vínculos dos médicos e enfermeiras com os usuários, nesta realidade de implantação do PSF como programa.

Considero que se configurou a construção de uma estrutura de relação, onde o primeiro agente da díade (médico ou enfermeira) empregou recursos de sociabilidade, da efetividade e das dimensões de humanização da assistência (principalmente acolhimento) e da dimensão técnica do vínculo na consecução das finalidades do modelo biomédico.

O segundo elemento da díade de relações foi um conjunto de usuários (incluídos no conjunto por adição) e poucas vezes grupos (idosos, diabéticos e hipertensos ou famílias) que requereram atendimento que predominantemente identificasse/tratasse/controlasse doenças. Também procuraram o serviço para conseguir ajuda frente ao ‘mal estar’ resultante da deterioração de suas condições de vida emocional, social e econômica, individual e familiar. Como tecnologia de relações produziram-se amizade, intimidade, confiança, relativa aprovação técnica, certos acordos e alguma negociação. Faltam ao vínculo ‘que se consegue construir’ algumas dimensionalidades para tornar-se vínculo requerido pelo PSF. Faltaria

constituir-se como instrumento para o desenvolvimento de autonomização dos usuários (individual e coletivo) que nesta condição estaria instrumentalizado em saúde podendo assumir compromisso e co-responsabilidade, conforme recomendam Campos (1997, 1999), Merhy (1997, 2003), Merhy e Franco (1999, 2003).

Faltou ainda instrumentalização dos usuários (individual e coletivo) para que possa validar outro modelo de desenvolvimento de ações de saúde, para adotar novas condutas de promoção e prevenção em saúde, de estímulo ao desenvolvimento da cidadania.

Médicos e enfermeiras conhecem paradigmas do PSF, compreendem o que se espera deles já que foram buscar isto principalmente na forma autodidata e na experimentação, percebem conflito, traduzem o dilema teoria-prática.

Médicos e enfermeiras se encontram tanto imersos no modelo biomédico, como numa estrutura gerencial que privilegia a produção, o que se pode nomear, contar, medir, mostrar, a execução de tarefas pré-definidas num tempo controlado, o parcelamento do trabalho entre os sujeitos envolvidos visando aumento da produtividade. Ou o que se encontra é o modelo biomédico fundamentado em bases positivistas, na lógica taylorista de organização do trabalho e na influência das idéias neoliberais.

Os profissionais vão conduzindo seu trabalho de acordo com o instituído, sabendo que o que conseguem é parcial, pois não dispõem das bases necessárias e, como grupo, imerso numa conjuntura conflitual, não conseguem gerar autonomia, fazer rupturas libertadoras do trabalho vivo, o qual possibilitaria abrir espaços, gerar ‘um idealismo’, fomentador da paixão por sua obra (CAMPOS, 1997, 1999; MERHY, 1997, 1999, 2003; MERHY et al, 1997; MERHY e FRANCO, 2003).

## TEMA II: O VÍNCULO REQUERIDO TEM VÁRIOS OBSTÁCULOS

### 1ª CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE

#### **Quadro 24: componentes** – em função do estado e do jeito da gente ser

##### Unidades de significado:

- 
- Muitas vezes a gente não consegue, sai fora do nosso alcance, da nossa alçada
  - Tem dias que a gente também não está inspirado
  - Às vezes estou agindo como um robzinho, automático, apressado pra fazer as coisas, aí não consigo estabelecer um diálogo
  - Às vezes a gente tenta abordar de uma maneira correta e termina abordando de uma maneira que o pessoal não gosta, isto meio que dá aquela freada
  - Pelo meu estado agora (gravidez) eu não estou conseguindo fazer o grupo, ir à casa das pessoas, nas reuniões do Conselho Local
  - Tem aquilo, de que a relação nunca agrada toda a população. Sempre tem quem reclame
  - Tem vários modos de agir dos profissionais: uns tem um entrosamento melhor, fazem mais brincadeiras, outros já são mais reservados
- 

Limitações no estado de saúde, emocionais, excesso de demandas, capacidade de entrosar-se, comunicar-se, o quanto se agrada, estão listados como obstáculos de ordem pessoal para se estabelecer vínculo. Alguns aspectos colocados são transitórios, de certos dias, de certos estados e portanto normais para nosso ‘ser humano’ e desde que não se apresentem com frequência, provavelmente terão pouco impacto na construção de vínculos, que requer múltiplas interações, continuidade, se faz ao longo do tempo. Mas se a dificuldade é conseqüente a um modo específico ‘de ser’ ela acompanhará o profissional.

O primeiro médico da ‘ESF amarela’, por exemplo, tinha episódios de irritabilidade, principalmente quando pressionado pelo excesso de demandas, entrando em conflito com usuários. Cada situação de conflito deteriorava o clima no CS, fomentava reclamações, produzia queixas levadas à SS, gerava esforços de apaziguamento dos colegas. Neste sentido, o que disseram médicos e enfermeiras, que às vezes não se conseguem estabelecer vínculo em ‘função do estado e do jeito de ser’, aparece evidenciado na prática.

O modo de ser, que poderia ser traduzido na questão do ‘perfil’ é citado de forma recorrente, como base necessária para se estabelecer vínculo nos vários espaços onde se faz PSF; se o profissional não gosta de desenvolver atividades como falar em público, trabalhar em grupo, estar na comunidade, pode realmente ter dificuldade para estabelecer vínculo. Além disso, pode sobrecarregar o grupo, pela transferência contínua de parcelas do seu trabalho, gerando-se novas dificuldades se isto não for aceito.

Estas condições deveriam ser consideradas quando da seleção dos profissionais para trabalhar no PSF, prevenindo desgastes tanto dos profissionais como dos gerentes, provenientes do ‘modo de ser’ do profissional. Por outro lado, estratégias devem ser previstas para o aperfeiçoamento dos potenciais de cada profissional para estabelecer vínculo, considerando-se também que nossas escolas não ensinam várias habilidades requisitadas para o trabalho em saúde coletiva, o que leva os profissionais aprenderem na prática (ou não).

**CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE**

**Quadro 25: componentes – em função do perfil da comunidade**

---

Unidades de significado:

---

- Em vários locais existem aspectos sérios, como naqueles em que se alia carência e violência social, que dificultam a implantação do PSF
  - Numa comunidade difícil, o profissional trabalha com um grau de estresse bem maior do que aquele que trabalha numa comunidade legal, num posto sem problema, onde tu não ouve gritaria
  - Numa comunidade legal não aparece ninguém com arma em punho, não aparece ninguém gritando, batendo no balcão, querendo bater nos funcionários
  - Tem lugar que é difícil, ruim de trabalhar, onde as pessoas não se organizam, só exigem, vem gritar no posto, fica só com a gente
  - Quando o pessoal exige mais é organizado, tem subsídio, tem uma base, até fica mais fácil pra conseguir realizar as cobranças deles
  - O resultado certamente será diferente se a comunidade for mais fácil ou mais difícil de trabalhar e por isso é interessante estudar vínculo em diferentes contextos
-



Nestes dados, médicos e enfermeiros transcendem sua realidade imediata e referem outras vivências relacionando-as com o estabelecimento de vínculo

Se por um lado a ‘comunidade mais fácil’ de trabalhar, tipo aquela que tem necessidade do serviço de saúde mas não busca nele recursos materiais e sociais elementares, básicos, de sobrevivência, contribui para o estabelecimento de vínculos, a excessiva carência cria a condição inversa, dificulta.

Nas ‘comunidades ruins de trabalhar’ tais como aquelas que aliam carência com violência, requerem muita ajuda do ‘posto’ e dos profissionais, não estão organizadas, exigem o que precisam através da força e a ameaça, construir ‘boas relações’ é um desafio maior, já que as mesmas estão permeadas pela tensão, são geradoras de estresse.

Em princípio, o vínculo no PSF, tendo como base à ‘responsabilização por’ ‘o compromisso com’, colocariam mesmo as necessidades maiores e complexas na condição de serem objetos de ações de saúde. Porém, neste caso, os profissionais acabam ‘encarnando’ quando do estabelecimento de vínculo, as dificuldades de uma realidade que lhes exige por um lado maior competência pessoal (paciência, compreensão, tolerância, solidariedade, transcendência) e por outro produz desgaste e sofrimento adicional.

Nestas realidades os profissionais requerem suporte institucional diferenciado para que atinjam o objetivo do vínculo, seja no sentido de compreender os determinantes da realidade e em consequência solidarizar-se, para compor-se mais como sujeitos e em consequência terem novos recursos para transcender tais realidades, além do suporte maior em termos de condições de trabalho e maior apoio no processo de trabalho.

**CATEGORIA:** ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE**Quadro 26: componentes** – em função da forma como a população vê o SUS e o PSF

## Unidades de significado:

- 
- Nem a metade da população conhece o PSF. Como as pessoas não estão ligadas no que é o nosso trabalho dificulta pra estabelecer vínculo
  - O PSF aqui foi implantado muito jogado; faltou preparo da comunidade e isso é um ponto negativo pra estabelecer vínculo
  - Há muito preconceito, muito descrédito com relação ao atendimento do SUS, tem gente que considera o SUS uma porcaria
  - Dificulta quando as pessoas não acreditam no trabalho, falta confiança na resolução dos problemas
  - Falta um pouco de interesse, conhecimento, responsabilidade da população em saber o que é o PSF e em se ajudar. Quando há desinteresse, não que a gente vai desistir, mais aí fica mais difícil
- 

Os dados acima destacam os obstáculos que a desconfiança, a descrença, o desconhecimento do SUS e PSF pela população são para estabelecimento do vínculo. Conhecer ajudaria a rever e equilibrar expectativas, pressupondo-se a melhoria das relações, desinstalar a alienação da população, recriar seu compromisso, com algo que existe por e para ela.

Muito se poderia falar sobre as razões da alienação da população, de não ser tão crítica e reivindicadora como colocam os profissionais, tão participante quanto o esperado apesar de dispor de instrumentos como controle social, de participação no Conselho Local de Saúde. Há uma dada história político-social construtora do ‘status quo’, onde esteve vigente a democratização incompleta, a perversidade da inserção social e no mercado de trabalho, a baixa escolaridade, a insuficiente proteção social. Mas na questão vínculo sob prisma do PSF, é fundamental realçar a necessidade referida pelos profissionais de que há uma comunicação incompleta do/sobre o PSF que cria dificuldades para a construção da co-responsabilidade, para a mudança de posição dos usuários, mantendo-se neste caso o fluxo de responsabilidade unidirecional, que se pretende superar.

**CATEGORIA: ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE****Quadro 27: componentes – em função de comportamentos dos usuários**

Unidades de significado:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nem sempre a gente consegue pois tem gente que tem uma armadura</li> <li>▪ Tem gente que não quer ter visita domiciliar, que nem recebe o ACS e a gente não pode forçar</li> <li>▪ As pessoas às vezes te vêem como polícia, acham que vais ver o que está sujo ou limpo, o que estão fazendo de errado; a idéia não é servir de polícia, é mais a fim de dar uma ajuda, uma orientação</li> <li>▪ Então a gente vai fazer visita, ah: o que estão fazendo aqui? Estão me fiscalizando, cobrando IPTU, sei lá</li> <li>▪ As pessoas com plano de saúde se recusam a vir no CS, a gente nem forma vínculo</li> <li>▪ No serviço público o cara não vem atrás de um médico específico, ele vem atrás do médico, tem que ter médico</li> <li>▪ Às vezes você é obrigado a prescrever o que as pessoas querem, ou consultar a qualquer hora. Se não fizer isso vai ficar ruim, vão se queixar do atendimento; você se sente usado</li> </ul>

O que se aborda neste quadro apresenta uma continuidade temática com o quadro anterior. Trata principalmente da desconfiança de certos usuários no serviço, no atendimento, nas propostas. Aponta para a situação que mesmo numa comunidade ‘fácil de se trabalhar’ existem usuários que são ‘difíceis’, que se auto-excluem do atendimento em saúde, porque não confiam, tem medo do julgamento, do ‘jeito de polícia’ dos profissionais da saúde, as vezes reais, outras imaginárias. Tem também os que não precisam, tem como buscar ‘atendimentos melhores’, apesar de disporem do benefício do acesso universalizado do SUS. Desta condição emerge também o desafio para as ESF, que em se fazendo ‘PSF mesmo’ teriam de buscar conhecer, no mínimo, as necessidades de saúde dos que se ‘excluem’, ‘transcendendo a rejeição’ daqueles que precisam de atendimento mas negam isto ou aceitando a auto-exclusão dos que estão atendidos, se ela for responsável.

Outros comportamentos negativos de usuários, destacados como obstáculos para o vínculo, foram à exigência de ‘qualquer médico’ e o de gerar no médico a percepção de estar ‘sendo usado’. Quando se tratou de indicadores do vínculo, na

categoria ‘às vezes a gente consegue’ vimos que quando os médicos e enfermeiras se percebiam aprovados sentiam-se revigorados em sua subjetividade. Nestes dados o que referem é o contrário, dificultando a construção do vínculo.

Considero importante refletir sobre a percepção referida pelos médicos de estarem sendo usados. O sentir-se usado seria resultado da mudança da postura dos médicos na direção de desenvolver o atendimento em saúde incluindo novas dimensões de cuidado (as humanísticas por exemplo), reduzindo as diferenças de poder, de autoridade dos médicos? Ou decorrente da disponibilidade de maior informação em saúde por parte dos usuários que estaria gerando maior ‘consciência sobre o que precisam’? Ou está sendo produzida uma cultura que inverte a relação imperando ‘à vontade’ dos usuários? Em várias ocasiões ouvi queixa e irritação dos médicos de que certos usuários vinham ‘exigir’ receitas de medicamentos que sabiam ser adequado, referiam os exames que precisavam, já tinham definido seus diagnósticos, estabelecidos a partir da mídia, de amigos e familiares, ‘camuflavam’ as razões de solicitação da visita domiciliar. Sobre o que foi colocado produzi a seguinte nota de campo:

O médico, AuxEnf e ACS da ESF amarela visitam um homem de aproximadamente 50 anos, portador de diabetes avançado, insuficiência renal e perda parcial da visão. Faz diálise peritoneal semanalmente. Apesar destes diagnósticos sua aparência é boa, anda com desenvoltura, demonstra boa escolaridade. A família mora numa casa de alvenaria, espaçosa, confortável, bem decorada, com carro seminovo na garagem. A equipe é recebida na sala; todos se cumprimentam entre si. A esposa do usuário convida o grupo para sentar e o atendimento inicia. O usuário queixa-se de fraqueza, episódios de tontura e sudorese intensa. Tem anemia diagnosticada por um médico que consultara através do seu convênio mas diz não ter podido comprar ácido fólico e ferro e pede ao médico que faça as receitas. O médico faz perguntas, observa exames, preenche requisições de exames, prescreve frente às queixas colocadas, dá orientações. O casal passa a falar nos problemas de saúde da esposa do usuário, ampliando as demandas previstas para a visita. O médico dá explicações rápidas e fala à mulher que caso queira uma consulta poderá atendê-la no CS. Na saída o médico parece irritado e diz a ACS que achara a família bastante assistida por especialistas, que o usuário tem uma boa infra-estrutura podendo ir até o CS e o que ele queria mesmo eram receitas. Também vira a tentativa de consulta da esposa como incorreta, já que o atendimento domiciliar está previsto para pacientes dependentes. **NOTA DE CAMPO 22/01/2004**

Também presenciei queixas dos usuários efetuadas a SS, sobre condutas dos profissionais, incluindo falta de atendimento de necessidades definidas por eles (usuários), das quais o médico discordava, que produziram repreensão aos mesmos, sem investigação e análise da pertinência ou enfrentamento/resolução pelo diálogo.

Considero, em função do que se apresentou, que autonomia dos usuários não significa substituir um modelo de relação que só inverta posição dos sujeitos que exercem dominação. Embora isto pareça longe de acontecer, dada a longa tradição da relação de poder exercida pelos médicos, o estabelecimento de certos 'direitos/exigências' de que o médico 'funcione' de um certo modo que 'agrade' os gerentes e usuários deve ser considerada, em nível gerencial, dadas as influências na subjetividade dos profissionais que 'fica espremida', subjugada, reforçando a alienação, dificultando o estabelecimento do vínculo.

Quando ocorriam dificuldades no CS as enfermeiras viviam processo semelhante àqueles experimentados pelos médicos, ou seja o CS tinha de estar funcionando bem, caso contrário os usuários se punham a criticar e reclamar do serviço e das enfermeiras responsáveis, queixando-se a SS. Médicos e enfermeiras pareciam ficar muito 'mal' com as advertências advindas em consequência das 'reclamações' .

Os dados também apontam para a importância da instrumentalização dos sujeitos do vínculo, quanto à manutenção permanente do diálogo, de negociação de conflitos, de manejo de estresse, de construção de parcerias.

Também se recoloca a importância de que os usuários conheçam o que o PSF é e faz, pois os principais conflitos resultam da expectativa de que o cuidado curativo funcione, mesmo que as demandas ultrapassem as possibilidades da atenção básica de saúde, já que profissionais da atenção básica de saúde também estão respondendo pelo atendimento de usuários com demandas de alta complexidade, expulsos das instituições hospitalares pela 'condição de cronicidade e de contenção de custos'.

**CATEGORIA:** ÀS VEZES A GENTE NÃO CONSEGUE**Quadro 28: componentes** – em função de como a equipe se relaciona e se organiza

## Unidades de significado:

- 
- Os enfermeiros e médicos vêm muito desviados da universidade, sem a visão de trabalho em equipe, interdisciplinar, de respeitar a área do outro, de apoio mútuo e isso é difícil de superar
  - Uma equipe que não consegue estruturar seu trabalho coletivamente, fazer um projeto em comum, se cada um fica trabalhando na sua, fazendo ações isoladas, fragmentando o trabalho; assim não faz PSF, fica difícil fazer vínculo, como acontece aqui.
  - Quando a equipe não tem espaços de troca, reuniões, acaba se conhecendo pouco, não consegue lavar a 'roupa suja', não cultiva as relações de trabalho e pessoais. Aqui faltam estes espaços para se trabalhar o autoconhecimento, as relações interpessoais, a auto estima, a auto-valorização
  - Dificuldades de interação sempre têm e se não receberem atenção não se faz vínculo na equipe e com os pacientes
  - Quando os ACS vão pouco nas casas não há como acompanhar a saúde da população
- 

No quadro acima são ressaltados, como impeditivos ao estabelecimento de vínculos, os desdobramentos da dificuldade de se trabalhar em grupo, que é anterior ao próprio grupo, já que cada curso da área de saúde tem seu projeto próprio, sem espaços de comunicação, de troca, de criação e experimentação conjunta. Quando montam as ESF se espera, conforme apontam Campos (1997, 1998, 1999) Franco e Merhy (1999, 2003), que as pessoas automaticamente consigam trabalhar como grupo.

Reunindo pessoas que desenvolvem trabalhos justapostos, o que se pode esperar é que grande parte dos esforços se perca nos interstícios destes trabalhos. Além disso há o risco de perda do entusiasmo, da limitação da criatividade, quando os sujeitos percebem desenvolvendo algo que não se integra e se complementa no e pelo trabalho do outro, apesar de se nomearem equipe; quando não se aceitam como pessoas em suas subjetividades em função de desconhecimentos ou ainda quando competem entre si. Nesta condição não se avança no sentido da construção de uma plataforma em comum, onde os trabalhos convergem para concretizá-la; mantém-se o risco dos

trabalhos continuarem hierarquizados, justapostos, menos resolutivos e em não se fazendo PSF, as relações estabelecidas mesmo que nomeadas de vínculo não conseguem se ‘concretizar’ como PSF.

Enquanto observava os médicos e enfermeiras, considerei que vários deles tinham o chamado ‘perfil’ para o trabalho em saúde coletiva: conheciam os fundamentos do PSF e SUS, tiveram outras experiências em outras ESF, gostavam do trabalho em saúde coletiva, tinham boas relações com os usuários, demonstravam interesse genuíno pelo bem estar e recuperação da saúde das pessoas. Mas a soma destes perfis não fazia emergir a equipe, o trabalhar num coletivo, num projeto do grupo, ou não facilitava a ruptura do modelo biomédico, que se estrutura hierarquizado e justaposto. Considerei que uma mola propulsora de mudança poderia ser a definição de um *líder* escolhido pela equipe, o suporte específico da SS para a criação e funcionamento do trabalho em equipe e o aval interno e externo das pessoas e da gerência, para efetuar rupturas no modelo biomédico produtivista instituído.

## **2ª CATEGORIA: TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ATRAPALHAM**

### **Quadro 29: componentes – a política, os políticos, a Secretaria**

Unidades de significado:
<b>Versão dos médicos e enfermeiras</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O vínculo está sempre se fazendo, desfazendo e refazendo</li> <li>▪ Várias coisas vão minando, vão destruindo aquilo que tu pensou, sonhou fazer. As maiores dificuldades vêm do sistema</li> <li>▪ SS do município tenta fazer o PSF conforme a orientação do Ministério da Saúde mas sempre tem diferenças políticas, divergências, e isso atrapalha</li> <li>▪ Atrapalha a falta de compromisso do poder público, dizer que vai fazer alguma coisa e não fazer</li> <li>▪ Dificulta vínculo a insuficiência de respaldo da SS para que a equipe atue mais livremente</li> <li>▪ As supervisoras da SS, às vezes nem falam a mesma linguagem, ficam exigindo que as coisas sejam feitas assim e assado, sem saber como as coisas estão se passando aqui</li> <li>▪ Se a gente fala que faltam condições de trabalho a resposta que a gente ouve é: se vocês não querem trabalhar tem gente que quer</li> <li>▪ A gente faz as coisas, leva pra SS mas não tem um retorno. Muitas vezes as coisas ficam aqui, com a gente, sem maior apoio e sem saber se está fazendo certo.</li> </ul>

---

### **Versão dos AuxEnf e ACS**

---

- Pior coisa que tem é promessa não cumprida, é trabalhar com política
- A política está na frente de tudo, tudo tem um propósito político
- O Secretário te oferece uma gratificação pensando na próxima candidatura; não é pensando no bem estar dos trabalhadores da saúde, é o bem estar deles
- A filosofia da prefeitura é que todo o trabalho tem que ter retorno, o trabalho de ajuda não tem retorno

---

### **Versão das famílias**

---

- Eu me revolto com as promessas desses políticos. Sempre dizem que saúde, educação e segurança são prioridades mas isso são apenas promessas
  - Eles prometem que vão melhorar a saúde, cuidar dos descamisados que ficaram um ano na fila esperando uma cirurgia, exames, especialistas, remédios; melhora coisa nenhuma
  - As prioridades o governo esquece. Uma obra é mais importante. Esse ano tem eleição pra prefeito então, com certeza, vamos ter alguma melhoria no Posto
  - Na época da política divulgam tudo, depois esquecem
- 

Neste conjunto de dados pode-se verificar uma unanimidade, de que várias questões da política, dos políticos e a da secretaria não estão favorecendo o PSF e o estabelecimento de vínculo, especialmente não cumprindo o que prometem. Médicos e enfermeiras apontam para uma falta de concordância na macro esfera, entre o MS e os gestores municipais. Também se ressentem de uma forma de gerência que consideram autocrática, que submete e desvaloriza seus recursos humanos pois tem recursos humanos ‘sobrando no mercado’.

A versão dos ACS destaca como percebem e seu ressentimento sobre como se faz política, sobre a conduta dos políticos, vistos como fazedores de cena, que usam a saúde para alcançar seus propósitos eleitorais e só pontualmente estão interessados nela.

Na versão das famílias ressalta-se o que fica faltando mesmo tendo sido prometido, dito prioritário.

Para configurar a ‘verdade’ não basta considerar a posição destes envolvidos. Torna-se-ia excessivamente simplista. A saúde, a política, os políticos, estão imersos num macro contexto, histórico, social, de regulação neoliberal. Mas é absolutamente



necessário ouvir, captar as mensagens, considerar de que ‘alimentos’ estão se nutrindo a subjetividade dos sujeitos do vínculo.

Presenciei, em várias situações, expressões faciais, verbais e físicas, de decepção, raiva, de impotência dos membros das ESF frente a decisões dos gestores e gerentes do PSF do município. Neste caso percebi que a falta de diálogo, a tomada de decisões sem compartilhamento, sem construção de cumplicidade, sem resignificação do propósito de mudanças efetuadas, iam produzindo uma conformidade ‘desenergizada’, impotência, cansaço, estresse, que alimentavam fantasias/projetos de mudar de local de trabalho. Mais tarde pude perceber que este desligamento emocional se converteu em saída efetiva do profissional. Quando não havia oportunidade real de saída da instituição, os sentimentos negativos mantinham-se em progressão, favorecendo conflitos. Sobre o que foi colocado elaborei algumas notas de campo, como as apresentadas abaixo:

Os médicos estão aborrecidos por terem sido acusados de organizarem uma campanha salarial clandestina. Entendem que já fizeram vários pedidos, ouviram várias promessas e não receberam resposta. Acham que em vez de serem considerado em suas reivindicações são censurados por organizarem-se. Também colocam que se sentem desmotivados e expressam intenções de trabalhar num outro lugar. **NOTA DE CAMPO 27/11/2003**

Ocorreram mudanças no sistema de marcação de consultas que se darão conforme a demanda, reabertas a cada quinze dias. Os membros das ESF estão preocupados com a possibilidade de preenchimento das agendas por um longo tempo, o que consideram trazer mais dificuldades ao acesso dos usuários. Essas mudanças foram decididas pela gerência, sem consulta dos trabalhadores. Tais condutas desvinculam os integrantes da ESF do processo pensante/ decisório, esperando-se que continuem motivados e envolvidos no trabalho. **NOTA DE CAMPO 03/03/2004.**

Nestes termos, os personagens deste estudo colocam suas evidências de que a política, os políticos e a Secretaria de Saúde (Municipal) têm um peso decisivo na

relação positiva ou negativa que os membros das ESF tem com seu trabalho e por conseqüência nas ações destes em direção ao estabelecimento de vínculo.

**CATEGORIA:** TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ATRAPALHAM

**Quadro 30: componentes** – as condições e o processo de trabalho

---

Unidades de Significado:

---

**Versão dos médicos e enfermeiras**

---

- Várias coisas atrapalham: a falta de medicação, material, recursos. Isso estressa a gente e os pacientes se estressam
  - A pessoa fez tudo, a equipe fez tudo e a pessoa está ali, um ano e meio com o nome na lista pra fazer, por exemplo, um ultra-som, uma fisioterapia
  - Aí eles dizem: 'ah porque então,... o que adiantou esse Programa se eu estou com o nome há um ano e meio na lista, eu chego lá vocês não tem medicação, não tem a fita, o oftalmologista demora um ano?'. Isso acaba gerando conflitos
  - Quando tu falas um 'não' é diferente do que quando tu falas um 'sim' Dizendo não, tu és antipática, não queres ajudar, estás de má vontade, não quer fazer porque és funcionário público
  - O nosso trabalho é de prevenção mas não tem como esquecer os pacientes com a doença instalada e complicada que necessitam de encaminhamento
  - Deixamos de atender as pessoas, de fazer uma visita domiciliar, por falta de tempo, de carro, de material, de tudo
  - A enfermeira não tem uma sala para atender, tem de procurar um lugarzinho pra conversar com a pessoa que precisa, na maioria das vezes atende no corredor
  - Dificulta a carga horária diária desgastante. Durante 8 horas de trabalho atendemos pessoas diferentes, mas com a mesma exigência, as broncas são as mesmas e no final do dia os profissionais já estão cheios, cansados, mas ainda tem de dar o melhor possível
  - Dificulta as cobranças a que os profissionais são submetidos e que nem sempre correspondem aos objetivos do PSF
  - No esquema de produtividade falta tempo pra fazer vínculo com paciente, cria-se conflito de produtividade com qualidade
  - Fazer superprodução destrói o vínculo, acaba qualquer esquema de ser resolutivo, resta o encaminhamento
  - O médico tem de ser tudo, saber tudo, pediatra, ginecologista, saber fazer bem o pré-natal, saber muita endocrinologia, cardiologia.
  - Se o Centro de Saúde está sem chefia, tudo fica pras enfermeiras do PSF e também os médicos são muito dependentes, tudo tem de ser providenciado pela enfermagem,
  - O excesso de burocracia, ficar cobrindo funcionários do CS de férias, atrapalha a construção e manutenção do vínculo pelas enfermeiras do PSF, mal dá pra atender as pessoas
-

- 
- As enfermeiras deixam de fazer o planejado pelo compromisso com o CS, deixam por exemplo de conhecer melhor a comunidade, sair com os ACS, visitar os acamados, divulgar o Programa, organizar melhor os grupos
  - Às vezes falta resolutividade pelas restrições impostas aos enfermeiros, mesmo para resolver coisas simples o profissional e o usuário enfrentam uma maratona
  - Essa falta da política de emprego e salário no PSF gera rotatividade profissional em todo o lugar, e isto é uma das coisas que mais dificulta o vínculo
  - Se os recursos humanos forem valorizados em termos de formação e remuneração, vão estar mais satisfeito, atender melhor, prescrever menos remédio, pedir menos exames e no final das contas vão se economizar recursos públicos
  - Se pagam mal o cara ele sai daqui e vai dar plantão, vai pra aqui e vai lá, empurrando com a barriga, e a população também
  - A inexistência de vínculo com a instituição, faz o profissional investir menos porque a coisa não é dele, não tem certeza de que estará ali para tocar o trabalho e também faz ele buscar algo estável
  - A falta de educação continuada também atrapalha o vínculo, porque a gente tem que se preparar para atender os pacientes, aprender a lidar com situações estressantes e interação com a comunidade, na equipe e entre as equipes
  - Chega tanta coisa que a gente nem dá conta de ajudar, pois falta uma abordagem de família, estrutural, social. Além do mal físico eles trazem o mal emocional
  - Os cursos específicos são ótimos, tem que ter, de saúde da mulher, da criança, DST/AIDS, mas é sempre esta fragmentação na formação
- 

Destacam-se neste conjunto a similaridade das questões apresentadas com as referidas por outros autores quando enfocam o PSF (CAMPOS, 1997, 1998, 1999; MERHY, 1997, 1999; FRANCO E MERHY, 1999, 2003; BERTONCINI, 2000; PEDROSA E TELES, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b; FERTONANI, 2003; ALONSO 2003) tais como: a ‘superprodução’, o trabalho que se pauta no modelo biomédico, as questões relacionadas aos recursos humanos. A parte se reflete no todo e o todo na parte.

No complexo mosaico que conforma o estabelecimento de vínculo, aparecem as contribuições negativas decorrentes da falta de medicamentos, de problemas com exames, com especialistas, falta transporte, uma vez que geram decepção, cobrança, conflitos, rótulos, exigem explicações nem sempre aceitas. Como o que se nomeia de ‘atenção básica de saúde’ está sendo, no campo pesquisado, um trabalho profissional

dedicado ao atendimento de queixa/diagnóstico/tratamento e providencias pertinentes, sobre este trabalho estão projetados os conflitos advindos por um lado das necessidades dos usuários 'adoentados' e por outro do sistema político financeiro administrativo empenhado na contenção de gastos e no aproveitamento 'eficiente dos recursos'.

Quando se adota o modelo biomédico, produtivista, o estabelecimento do vínculo fica comprometido já que se reduzem outras atividades previstas e necessárias para que se viabilize o 'PSF mesmo' como por exemplo às atividades de planejamento e os encontros em outros espaços que com suas especificidades dão outras contribuições mais relacionadas com a promoção e prevenção, como no caso das atividades de grupo.

Consultas sucessivas dos médicos, atividades administrativas, providencias para viabilizar o que o cuidado que a doença implica (exames, consultas de especialistas,..), que compõe a agenda das enfermeiras, vão configurando um cenário restritivo em termo da contribuição na construção do vínculo de compromisso e co-responsabilidade com o usuário.

Problemas salariais, de contrato de trabalho, de vínculo institucional, aspectos determinantes do desmanche das equipes, acabam produzindo desligamento interior e da motivação dos profissionais, já que a provisoriedade é a constante, requerem sucessivos recomeços nas configurações do trabalho da equipe, levam a ruptura das relações com os usuários, repercutindo diretamente no estabelecimento do vínculo requerido.

É importante destacar que quem não está preparado para desenvolver o atendimento em saúde na sua perspectiva social, contextualizando os indivíduos na comunidade, na família, terá dificuldades para estabelecer o vínculo considerado em suas dimensionalidades pois terá dificuldade de reconhecer as necessidades em transformá-las em ações de saúde numa base compartilhada. Neste sentido também a

formação/atualização aparece ressaltada em sua essencialidade na construção do vínculo requerido pelo PSF.

**CATEGORIA:** TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ATRAPALHAM

**Quadro 31: componentes** – as condições e o processo de trabalho

---

**Versão dos AuxEnf e ACS**

---

- Dos profissionais eles não reclamam; reclamam da falta de remédio, da demora dos exames, de não conseguirem ser atendidos por especialistas, do posto ser ruim
  - Das pessoas que ficam no balcão, na parte burocrática, tem muita reclamação, de mau atendimento, de atender com a cara amarrada, aquelas coisas
  - Essa coisa de área, de micro área atrapalha, pois o paciente tem certa dificuldade de ser visto por outro médico que não seja da área dele, mas a comunidade é a mesma né?
  - Muita gente tem essa profissão, de médico, enfermeiro, técnico, assistente social, com a finalidade de ganhar dinheiro, daí ficam fazendo as coisas no sacrifício e aí as coisas não funcionam
  - Falta vaga para a assistente social, as pessoas tentam, perdem tempo, não conseguem nada, ficam frustradas e daí não voltam mais. Desde que eu estou aqui a assistente social da SS mudou umas três vezes e não se vê trabalho
  - Tem a coisa do idoso, que tem direito a medicação, a isso e aquilo, ele vai lá, luta, conversa. É muita burocracia mesmo. Pra conseguir algum benefício à pessoa tem de cumprir todas as exigências, se não perde. Com isso muitos desistem ou ficam descontentes
- 

Do quadro de respostas dos ACS pode-se ressaltar questões similares às aquelas efetuadas pelos médicos e enfermeiras como a extensão do descontentamento com a falta remédios, dificuldades com exames, etc.

Como no CS não se desenvolve acolhimento de forma sistemática a recepção é referida como fonte de interações negativas, com reflexos repassados ao todo do CS e PSF.

A questão da insatisfação dos usuários, decorrente da impossibilidade de ser atendido por outro médico que não o responsável pela ‘micro área’, salvo exceções, é projetada sobre os ACS e sobre o serviço e não diretamente sobre médicos e enfermeiros, porém não deixam de produzir alguma repercussão sobre o estabelecimento do vínculo requerido pelo PSF, conforme colocam os AuxEnf e ACS.

Questões ligadas ao ‘modo de agir’ do médico e a forma como certos profissionais desenvolvem seu trabalho, foram indicados como aspectos negativos para o estabelecimento de vínculo. Esses dados também apareceram em categorias ‘*vínculo se constrói a partir de algumas bases e às vezes a gente consegue*’. As ações dos outros profissionais de apoio, como assistentes sociais são referidas pelos ACS, já que determinam formas dos usuários se sentirem: cansam, perdem tempo, ficam frustradas ou se o atendimento de saúde não se completa, surgem dificuldades na relações com os usuários.

**CATEGORIA: TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ATRAPALHAM**

**Quadro 32: componentes – as condições, o processo de trabalho**

**Versão dos Usuários**

- 
- Tem algumas pessoas meio fechadas no atendimento do balcão, atrapalha
  - Uma vez não trouxe o cartão do SUS, fui tratada tão mal e fiquei tão chateada que fui embora. Noutra época ela ia quebrar a cara comigo porque eu ia também dar resposta e ia ser uma encrenca danada
  - Tem pessoas que a gente tem a impressão que querem marcar a consulta, responder tuas perguntas e deu. Não tem mais nada; curto e grosso
  - Tem uma que eu não gosto, não suporto, ela é da recepção. Ela olha pra gente como se a gente fosse bicho. Ela não olha normal
  - A gente espera, espera, espera e ainda tem voz alta pra cima da gente. Elas acham que sempre estão tratando com pobre, ralé, que não tem que ter auxílio de nada
  - Tem pessoas que tem mais intimidade com elas, levam um pãozinho caseiro, leva isso, leva uma bolachinha, aí se tornam amigas
  - A resposta do pessoal da recepção é horrível, principalmente quando a gente está desesperada
  - Esses dias aconteceu um problema comigo, de marcação de exame, minha filha foi lá, meteu a língua nelas e ‘endireitou’.
  - Hoje eu tive de vir no Posto pra conseguir as minhas receitas, por telefone não me colocaram na agenda mesmo que eu explicasse que tinha dificuldade de ir ali de muleta
  - Quando eu cheguei à moça disse que ia falar com a enfermeira, me mandou sentar e esperar. Esperei né, porque a gente tem de ter paciência, pra poder receber o que precisa. Se eu pegasse já a falar, já ia acontecer qualquer coisa, já não ia ser mais atendida
  - Não tem esse jogo de cintura, de ver quem precisa realmente, o que é necessidade
  - A pessoa pode entrar xingando mas dependendo como foi tratada sai pedindo desculpa. Quando a gente recebe um tratamento educado tu também queres dar aquilo de volta. Se tu recebes pedra tu também queres devolver pedra
-

- 
- Falta muito treinamento das pessoas, principalmente das que estão na linha de frente e com isso fazer deslanchar as coisas
  - Naqueles que atuam na linha de frente são descarregadas os problemas dos que estão revoltados, com problema em casa, do filho que se perdeu, de outras coisas
  - Eu escuto falar também que os ACS têm pouca noção das coisas, não entendem o que está se passando direito com as pessoas e isto eu acho ruim, são eles que mais entram em contato com elas. Noções básicas, coisinhas, né?
  - Pra mim, sem explicação boa eu não confio. Os ACS nem sabem direito os serviços do próprio Posto
  - Existe muita falta de medicação, inclusive pros programas de diabetes e hipertensão. Tem gente que briga, xinga, as enfermeiras, 'as intendentess'; a culpa não é delas e sim de quem compra o remédio
  - Tem também essa coisa dos médicos prescreverem remédios que as pessoas não podem comprar. Outro dia até disse pro médico 'tu não botou aí nem um remédio de graça; vou te pedir de joelho pois estou vendo que estás muito esganado'
  - O que eu não gosto é essa demora. Eu tenho essa consulta do ortopedista, né? Aí tu ficas esperando, sofrendo. A gente fica decepcionado, desacreditando
  - A gente não tem muito tempo na consulta, tem de falar rapidinho porque tem um monte de gente esperando. O que adianta? Então diminua a quantidade de pessoas pra atender por dia e atenda bem aqueles pacientes
  - Na medida que se atendem treze pessoas numa tarde vão ser uns cinco minutos pra cada um, não é que eles queiram assim, tem marcado aquele número de pessoas
  - Se eu for lá com uma dor de cabeça forte, ao conversar vão aparecendo coisas e em cinco minutos tu não falas essas coisas, só da dor de cabeça, então nisso daí perde
  - Na pressa não dá pra construir confiança, que é uma coisa que falta um pouquinho aqui, não sei se é porque o tempo deles é reduzido pra atender várias pessoas
- 

Na versão dos usuários há muitas respostas vinculadas a recepção, o que aponta para a sua contribuição significativa na construção de relações. Frieza, indiferença, resposta pouca solidária em situações difíceis, autoritarismo, há uma multiplicidade de aspectos negativos colocados. Numa das unidades de significado há referência de que as funcionárias da recepção, colocadas na linha de frente, são depositárias das frustrações dos usuários com o sistema, aumentando as tensões e gerando a formação de mecanismos de defesa. O que não pode ser relevado é que o CS abriga três ESF e a recepção interfere diretamente no estabelecimento do vínculo no e do PSF, enquanto produtora de insatisfação.

Verifiquei em várias ocasiões que caracterizar a recepção como pertinente ao CS, enquanto boa parte da sua ‘produção’ era efetuada pelos médicos e enfermeiras do PSF, prejudicava o atendimento da população adscrita. Sobre isto produzi notas de campo como as apresentadas abaixo:

Um usuário chega ao balcão de recepção com péssima expressão facial. Diz estar com dor intensa no peito e no braço esquerdo. A funcionária da recepção permanece impassível e orienta que o homem vá verificar pressão numa sala distante. O homem dirige-se ao local indicado encostando-se nas paredes. O médico da ‘ESF verde’ vê o usuário, imediatamente vai ao seu encontro e inicia atendimento; suspeita de enfarte que depois foi confirmado **NOTA DE CAMPO 03/11/2004.**

Uma jovem chega ao CS demonstrando nervosismo, carregando uma embalagem de medicamento de tarja preta. Diz que sua mãe tomara dois comprimidos ao invés de um prescrito e que mal conseguia acordar, desfalecendo direto. As pessoas que atendiam no balcão ouviram a história e dizem a jovem que procure direto o hospital. A jovem vai embora. Os médicos e enfermeiras não foram informados do que se passara; assim as funcionárias da recepção tomaram a decisão de encaminhamento. **NOTA DE CAMPO 16/01/2004.**

Nos depoimentos dos usuários vimos que se valem de estratégias para superar as dificuldades com a recepção: como chamar a filha para ajeitar a situação, esperar/ter paciência para não perder o direito, não reclamar, levar um ‘pãozinho’.

Se por um lado o usuário reclama por outro percebe que ‘os que estão na linha de frente’ necessitam de preparo para lidar com ‘as transferências’. Já a falta de preparo dos ACS repercute ‘na confiança’ sobre a qualidade técnica do trabalho, estando portanto ligada ao estabelecimento do vínculo.

Os usuários também referenciam, assim como os médicos, enfermeiras, AuxEnf e ACS, o espraiamento das frustrações para as relações, decorrentes de problemas com medicamentos, exames, demora para conseguir consulta de especialistas.

Se por um lado ‘a ciência do atendimento’ tem melhorado, as questões como pressa, falta de espaço para colocar outras questões que não as da doença e também aquelas que vão sendo lembradas, estão referidas e demonstram o quanto do modelo biomédico tradicional está em vigência. Certamente construir novas relações onde às



peças possam aprender mais, compreender mais, fazer mais escolhas e assumir as responsabilidades por sua saúde na situação de consulta, requerem um tempo maior. Nada de novo quanto a tais questões porém esperar que se estabeleça vínculo, sem mudar as condições e processo de trabalho é continuar a pronunciar discursos vazios.

Reduzir a produção se constitui num desafio para os gestores e gerentes; exige reconhecer, acreditar, acompanhar, garantir que se processe o trabalho vivo, imaterial, com autonomia, que ocorre na imediaticidade das relações, alimentada com/por novos objetivos (CAMPOS, 1997, 1998, 1999; MERHY, 1997, 1999, 2003; MERHY, et al, 1997; FRANCO e MERHY, 2003).

**CATEGORIA:** TEM COISAS QUE DIFICULTAM/ATRAPALHAM

**Quadro 33: componentes** – comportamentos de usuários

<b>Versão dos Usuários</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aqui deveria ter uma assistente social ou um psicólogo, pra orientar as pessoas que fazem exame e não vem buscar o resultado, fica jogado aumentando o gasto</li> <li>▪ Certas pessoas acham que 'o SUS paga' mas não pensam que de repente vai faltar pra outra pessoa, que tem uma cota e que essa cota pode se esgotar pra eles mesmos</li> <li>▪ Certas pessoas dizem que pegam remédio porque tem direito de pegar. As pessoas têm direito mas também tem obrigação</li> <li>▪ No Posto ninguém cobra se a pessoa usou o remédio que pegou</li> <li>▪ Volta e meia eu tô aqui e vejo uma pessoa pegar remédio da farmácia e dar pra outra e isso também ajuda a nunca ter remédio suficiente</li> <li>▪ Ouvi falar que às vezes as pessoas pegam o remédio que não usam, só para prevenir, pra não ficar sem, por causa destas faltas</li> <li>▪ Também, acho que atrapalha é o vício de algumas pessoas virem no Posto mesmo que tenha sido dada solução pros problemas delas</li> <li>▪ Tem pessoas que insistem com os médicos para que peçam exames, mesmo aqueles que eles fizeram há pouco tempo, com outros médicos</li> </ul>

Neste quadro os usuários apontam certas condutas de usuários que prejudicam o conjunto, numa referência de que reconhecem sua parcela de responsabilidade pelo não funcionamento do serviço a contento. Examinando-se mais de perto, percebe-se que o próprio sistema favorece as más condutas produzindo o 'medo da falta' que faz aumentar o gasto público e o gasto alimenta a 'falta'. O desperdício dos exames que são não 'pegos', dos remédios que ficam nos domicílios sem uso, o vício de consultar,

foram referências que deveriam ser consideradas no trabalho das ESF, avaliadas em sua pertinência, dado que cuidar para que o recurso público seja utilizado adequadamente é tarefa também dos profissionais da saúde. Esse cuidado por sua vez, teria relação com o estabelecimento de vínculo, pois dispor dos recursos necessários para o atendimento em saúde diminui frustração, descrédito, afastamento, a falta de cooperação.

**CATEGORIA: O VÍNCULO CONSTRUÍDO TAMBÉM SE DESCONSTRÓI**  
**Quadro 34: componentes – os constantes recomeços**

---

Unidades de significado:

---

**Versão dos médicos e enfermeiras**

---

- Quando o trabalho está começando engrenar legal sai um membro da equipe e vem outro, que é diferente e o trabalho já vai ser feito de outra maneira
- Cada profissional constrói seu sistema e não pode passar isto a quem vai ficar no lugar; tem de começar tudo de novo
- O pessoal pergunta porque que falta tanto médico assim? porque sai tanto médico? porque saiu? porque entrou? Isto é muito complicado, perde a credibilidade
- A comunidade fica naquela lamentação: ah mais eu gostava tanto daquele, esse é assim e assado, não faz isso, não sabe aquilo
- Se há rotatividade dos ACS, se várias pessoas chegam na casa das pessoas elas reclamam: “nossa! mas ontem era fulana hoje já é você”. Demora muito pra aceitar o novo; tem pessoas que se fecham
- A tarefa do enfermeiro de treinar novos ACS é uma das piores porque os agentes saem com freqüência, perdendo-se o trabalho

---

**Versão dos AuxEnf e ACS**

---

- A enfermeiras nova e a antiga são muito diferentes, não deu pra gente se acostumar direito ainda
  - A comunidade vai sentir. Eles pensavam que a enfermeira estava de férias, era uma coisa, mas sair é outra
  - A gente trabalhou um bom tempo com a enfermeira X. Ela sabia tudo da comunidade, os problemas das pessoas. A enfermeira nova ainda não foi para a comunidade e assim não podemos tratar das coisas com a mesma facilidade
  - Tem pacientes que estão sendo tratados há tempo por um médico, mas às vezes a divisão muda e ele tem que passar pra outro mesmo sem querer. Eles ficam reclamando por um bom tempo
  - Quando tem alguém novo eles têm de repetir as histórias. Eles não gostam porque às vezes tem coisas que são difíceis de dizer, tem muitos detalhes e eles não sabem ainda se podem confiar
-

---

### Versão dos usuários

---

- O meu primeiro médico no posto não era homeopata, tive de trocar, fiquei chateada com isso porque eu já me entendia com meu médico
  - Médico é que nem amigo; se a gente não confia não funciona.
  - O meu médico mudou de área e eu tive que mudar de médico também, então não é tudo como a gente precisa
  - Agora está saindo um pessoal daqui que é bem bom. A gente não podia ficar assim perdendo quem é bom
  - Quando a enfermeira foi embora eu achei ruim porque a gente já tinha aquela amizade, aquele conhecimento, a gente chega mais fácil quando está acostumada
- 

No quadro acima estão evidenciados impactos que a saída de elementos das ESF produzem na relação, no trabalho e das ESF entre si e com os usuários. Assim, o trabalho que não engrena, o jeito diferente do outro ser e fazer as coisas, as diferenças de nível de conhecimento sobre a comunidade obrigam as ESF a refazer continuamente seu processo de trabalho. As enfermeiras e os ACS também têm de lidar com reclamação, lamentação, frustração, tem de dar várias explicações. Os usuários passam a perceber que ‘nem tudo é como a gente precisa’, e também tem de recomeçar a colocar sua história, a revelar-se, até poderem, num determinado momento e mediante certos sinais, terem confiança, construir vínculo.

A quebra de vínculo acarretada pela saída dos médicos é a que mais gera protestos dos usuários, situação explicada pela centralidade de sua figura no modelo biomédico desenvolvido. Já para ACS o que causa mais impacto é a saída das enfermeiras.

A política de recursos humanos está pois implicada diretamente na constituição dos vínculos, e seus ‘problemas’ repercutem enquanto quebra explícita do mesmo quando do desmanche das ESF.

**CATEGORIA:** O VÍNCULO CONSTRUÍDO TAMBÉM SE DESCONSTRÓI

**Quadro 35: componentes** – modelo que rompe vínculo produz crise

Unidades de significado:

---

### Versão dos usuários

---

- ‘Se iam demiti-lo porque não contrataram outro logo; tem muita gente que não sabe e quem sabe está ficando bravo’
-

Os componentes desta categoria emergiram principalmente da observação da pesquisadora. Como já apresentado no item 5.3.3 do capítulo 5, de setembro de 2003 a março de 2004, todas as equipes sofreram desmonte e recomposição. A recomposição da ESF azul não foi observada por ter recaído após o período de coleta de dados.

Setembro/03 foi mês de crise gerada pela queda abrupta das consultas médicas, que se caracterizavam como atendimento em saúde predominante. O CS passou a intercalar períodos em que estava quase deserto e períodos em que estava lotado, com muitos usuários esperando longo tempo para serem atendidos. No mês de março de 2004, com a saída do médico da ESF azul, a crise se repetiu. Sobre estes eventos produzi notas de campo como as apresentadas a seguir:

No CS estavam consultando dois médicos, ao invés dos três habituais. Durante toda semana atendiam uma pessoa após a outra, sem intervalo, apressadamente. Hoje o médico da ESF azul está com expressão carregada porque ficara atendendo sozinho, já que o médico ESF verde saíra para atividades na escola. **NOTA DE CAMPO 11/09/03**

No CS coloca-se que o médico da ESF azul deixara de atender, fora embora, 'surtara' e isto já ocorrera na semana anterior. A Enfermeira ESF amarela conta que o médico fora até o corredor e avisou que não atenderia pacientes do médico da ESF amarela. Com o médico 'surtando' o clima ficara ruim. Um usuário telefonou para o SS reclamando. **NOTA DE CAMPO 16/09/03**

Enfermeira da ESF verde atende um usuário que fala alto na recepção do CS, descontente pela saída de médico da ESF amarela. 'E agora como é que fica? Médico tem que conhecer a gente. Ele explicava as coisas e quando médico explica a gente entende'. **NOTA DE CAMPO 17/09/03.**

Pergunto a enfermeira da ESF verde se enfermeiras também 'surtavam' e ela responde: os médicos se dão o direito porque falta médico para o PSF. É muito difícil quem queira trabalhar 8 horas. Já enfermeiras, auxiliares, têm sobrando e isto influencia bastante. Os médicos não se importam em agradar, em agir com moderação e há também a questão de personalidade. **NOTA DE CAMPO 17/09/03**

O agendamento de consultas médicas é suspenso por dois dias. Às vezes as pessoas parecem conformadas com a redução abrupta de consultas médicas; às vezes ocorre confusão e protesto. Uma funcionária conta: 'hoje cedo deu confusão, havia fila e uma pessoa começou a se rebelar e daí todos começaram a mostrar descontentamento. Teve gente que disse que ia chamar a RBS. A Secretaria foi acionada e respondeu que está providenciando um novo médico'. **NOTA DE CAMPO 23/09/03.**

O CS está quase vazio, poucas pessoas procuram o atendimento. A diminuição drástica do número de consultas oferecidas aos usuários faz emergir algo que fica pouco aparente no cotidiano do CS, ou demandas decorrentes de problemas emocionais e das dificuldades sociais. Toda procura recai sobre a enfermeira da ESF azul, que dá sinais de estresse. **NOTA DE CAMPO 23/10/03**

Os ACS relatam que continua havendo muitas reclamações pela falta de atendimento médico e que estão tendo que orientar as pessoas a procurarem atendimento hospitalar. **NOTA DE CAMPO 25/09/03**

Enfermeira ESF amarela coloca que atendera um telefonema da Secretaria de Saúde, após ligação do usuário, reclamando que no CS não tinha enfermeira. Coloca que a crise está afetando a todos. **NOTA DE CAMPO 25/09/03**

Enfermeira ESF azul tem expressão de intensa ansiedade no rosto e faz tudo mais rápido. Há dias demonstra sinais de exaustão. Era a única enfermeira no CS já que a enfermeira da ESF verde estava de férias e não podia contar com a enfermeira da ESF amarela às voltas com problemas de saúde. Não trabalhara no dia anterior porque passara mal e certas atividades ficaram atrasadas. Precisa terminar atas e preparar o CS para visita do novo Secretário de Saúde do município. **NOTA DE CAMPO 07/10/03**

O CS está movimentado, há um burburinho geral. O acompanhante de uma jovem mulher grávida está irritado porque dera 09:30 horas e o médico não chegara. Diz que irá telefonar para a SS e fala alto pelos corredores. Instalase um clima de desconforto no ambiente, as funcionárias demonstram inquietação. **NOTA DE CAMPO 03/03/04**

O médico da ESF azul pedira demissão. Sua saída pareceu-me ‘a crônica de uma morte anunciada’. Vinha colocando que estava próximo de seu limite de sentir-se desconsiderado, um tocador de obras, vigiado, com salário deteriorado. Tomada a decisão o profissional já não parece mais aberto ao diálogo. As contradições do sistema produziram a ruptura individual, desmontam toda a relação construída, favorecem a alienação do usuário e do médico que fica com senso de ser pouco importante, ou ser importante apenas como força do trabalho médico. Assim o ‘sistema’ deu sua contribuição na desconstrução do vínculo. **NOTA DE CAMPO 03/03/04**

Nas duas vezes que houve saída dos médicos desenvolveram-se crises. Houve maior tensão no ambiente, discussões entre membros das ESF, acirramento de julgamentos, conflitos sobre distribuição de responsabilidades. A crise se irradiou para o atendimento, ocorrendo manifestações de descontentamento dentro do CS, denúncias e queixas da clientela à SS. Por fim o ‘Posto’ invade plenamente o PSF.

Volta e meia se ouviam pessoas conversando sobre as faltas e lamentando as saídas. Apesar das mudanças, parecia haver expectativas de manter-se o mesmo nível de produção por parte da SS, de usuários e também trabalhadores do CS ou seja, o ‘CS não deveria deixar a peteca cair’. Os médicos presentes, como figuras centrais do modelo biomédico, ficaram vulneráveis as críticas ao ‘falharem’ em absorção da demanda/oferta de consultas geradas.

A solução dada para a crise, pela gerência, foi ordenar aos médicos que permaneceram ‘que redistribuíssem o trabalho’. Profissional que não aceitou aumentar a produção, que ficou estressado, foi visto como problema, gerando mais tensão, mais deterioração nas relações. Como este PSF está implantado como programa, assentado no modelo biomédico se ele entra em crise, as relações e o vínculo entram em crise, se rompem, alimentando a desconfiança sobre a seriedade do SUS, do PSF, da política, dos políticos, da SS.

A saída do médico da ESF azul, foi tema de uma reunião do CLS e do grupo de saúde. Nestes espaços os usuários esboçaram certa reação, mas a atitude principal foi de conformidade. No registro abaixo apresento eventos que se desenvolveram em parte na reunião do CLS:

o médico da ESF azul apresenta, na reunião do CLS, as razões de seu pedido de demissão. Todos os presentes se manifestam protestando sobre o ocorrido, além de emocionar-se. Dizem considerar que estavam perdendo alguém que desenvolveu um trabalho abordando tanto o lado médico como o humano, que demonstrara atenção, carinho, zelo, com os usuários. Conselheiro ‘A’ diz que está sabendo do fato no momento e se declara muito aborrecido. Gostaria que tivessem tido a possibilidade de intervir, de modificar o evento. Coloca que a rotatividade não é boa para a comunidade, que a comunidade batalhou muito para conseguir uma boa ESF e percebe que isto está sendo dilapidado, dia a dia, e que está vendo o PSF ser destruído. Conselheiro ‘B’ sugere que o grupo tome uma posição firme, o que foi ratificado por todos os presentes. Na continuidade de sua fala diz que até o momento a comunidade era referida como aquela que cujo atendimento em saúde tinha boa qualidade, tendo poucas reclamações e ocorrência de problemas. ‘Não é nosso ideal mas é o melhor CS do município, é o mais elogiado; quanto tempo se vai ainda manter isso’? **NOTA DE CAMPO 03/09/04.**

#### **4 ° CATEGORIA: O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR**

Esta categoria congrega sugestões referidas pelos médicos, enfermeiras, usuários, AuxEnf e ACS, para que se dêem as condições que promovam as relações requeridas pelo PSF, e aí se colocando com seu potencial de serem estratégicas para mudança do modelo de atenção em saúde. E/ou as sugestões apontam para uma nova forma de desenvolver o ‘PSF daqui’ e também o ‘PSF oficial’, ressaltando a outra condição, de caráter bidirecional, onde sem ‘PSF mesmo’ não estão dadas as condições para o estabelecimento de vínculo. As sugestões estão ligadas ainda ao atendimento em saúde vigente, pautado no modelo biomédico.

Refletindo sobre tais dados considereei que poderiam ser colocados após a análise dos dados até aqui apresentados, ou no final do capítulo 7, entendendo que desta forma a riqueza, pertinência e importância dos mesmos seria destacada.

## CAPÍTULO 7

### DIÁLOGO TEORIA PRÁTICA

A intencionalidade desenhada para este capítulo é efetuar um diálogo teórico com categorias que emergiram no trabalho, algumas vezes com aspectos específicos de seus componentes, buscando aplicar o referencial da dialética para desvelar uma dada totalidade, superar aparências, configurar conflitualidades, acerca do vínculo numa dada realidade de PSF.

#### 7.1 DIÁLOGO N º1: É UM POUCO INJUSTO PEDIREM ISSO DA GENTE

O primeiro diálogo enfoca aspectos que emergiram das categorias *‘é um pouco injusto pedirem isto da gente’* o *‘vínculo se constrói a partir de algumas bases’* e da categoria *‘às vezes a gente não consegue’* destacando para as duas últimas o componente *‘relacionadas aos profissionais’*.

Partindo do que coloca Pichon-Rivière (2000), este autor considera que a conduta exterior do vínculo está ligada ao aspecto interior da vivência, sendo esta historicamente construída. Interrogando-se possibilidades históricas da constituição de médicos e enfermeiras enquanto sujeitos, numa dada realidade ocidental, em tempos de modernidade, num país periférico, impõe-se questionar: estas influências que *‘instituem’* sujeitos são favorecedoras de vínculo de compromisso e coresponsabilidade?



López Gastón (1999) referindo-se às relações médico-paciente considera que não é possível concebê-las isoladas, já que ocorrem em um contexto cultural, social, psicológico, científico e técnico, que sempre estão condicionadas por variáveis locais, regionais, nacionais e ainda supranacionais, na quais a estratificação, as estruturas econômicas, as bases filosóficas, as crenças religiosas, os valores éticos e morais tem papel fundamental. Considero que esta referência possa também ser estendida às relações enfermeira-usuários. Campos (1997) posiciona-se de modo similar, já que para este autor o ‘ser’ dos profissionais está sendo produzido pelo mercado, pelas políticas governamentais, pelo saber estruturado em disciplina, pelas leis e pelos valores culturais vigentes.

Beck (1998) faz uma distinção, aqui também adotada, acerca da modernidade, dividindo-a em primeira e segunda modernidade. A primeira, a chamada modernidade industrial, evidencia-se em decorrência de inúmeros avanços científicos, revolução política e industrial; a segunda modernidade ou modernização da modernização ou modernidade reflexiva ou ainda pós-modernidade, evidencia-se pela instalação de vários processos como a globalização (econômica, cultural, política), a crise do trabalho, a individualização, a revolução dos gêneros, os riscos globais da crise ecológica e das turbulências dos mercados financeiros.

As primeiras mudanças da modernidade ocorreram a partir do século XVI e assumiram um aspecto revolucionário de ordem tal, que provocaram uma reestruturação no pensamento ocidental. O pensamento moderno desenvolveu-se com base na oposição da cultura e ideais da Idade Média (radicalmente religiosa/fé) e processo de expansão cultural, sócio-política e científica (radicalmente razão), invertendo-se os pólos de atenção que passam a ser o homem e o conhecimento.

Do século XVIII em diante, tendo a Europa como centro gerador e irradiador, os *paradigmas da modernidade* podem ser facilmente identificados em função da sua consolidação: são os paradigmas da emancipação da ignorância e da servidão pelo conhecimento e igualdade (*iluminismo*), paradigma da emancipação progressiva da razão e da liberdade (*idealismo*) paradigma da emancipação da exploração e alienação do trabalho por meio do meio da sua socialização (*marxismo*) e o paradigma da

emancipação da pobreza por meio do desenvolvimento tecno-industrial capitalista (*liberalismo*)

Para Foucault (2000) a verdadeira base da modernidade foi o ‘Iluminismo’ o qual definiu como um conjunto de acontecimentos e de processos históricos que inclui transformações sociais, de instituições políticas, formas de saber, projetos de racionalização do conhecimento e da prática, além das mutações tecnológicas. Também definiu Iluminismo como mentalidade, projeto, desejo, aposta no ser humano. Para este autor o Iluminismo adotou como ideologia o racionalismo. Assim a razão adquiriu valor transcendental (poder de discernir, distinguir, de comparar, de julgar tudo); tornou-se o único meio válido para o conhecimento humano pela aplicação do princípio de que só ‘a razão é capaz de conhecer’.

Foi a partir do século XIX, quando o modelo de racionalidade passa a ser aplicado nas ciências sociais, que se configura um modelo global de racionalidade, totalitário, pois negava o caráter racional de outras formas de conhecimento que não seguiram seus princípios epistemológicos e regras metodológicas. O conhecimento do senso comum e das humanidades (históricos, filosóficos, jurídicos, literários, teológicos), além de serem considerados intrusos, eram potencialmente perturbadores (SANTOS 1987).

A ciência moderna foi se assentando assim na confiança epistemológica e os seus protagonistas imbuídos de uma nova visão de mundo e da vida, rejeitam dogmatismos, autoridade e desconfiam sistematicamente das evidências da experiência imediata. Conhecer significava quantificar; as qualidades intrínsecas do objeto são desqualificadas. O método científico assentado na redução da complexidade, aspira à formulação de leis, trabalha com o que se reveste de previsibilidade para poder prever o comportamento futuro dos fenômenos, em detrimento do agente e da intenção ou finalidade, estas últimas valorizadas pelo senso comum. A formulação de leis assenta-se no pressuposto de estabilidade e ordem do mundo, pressupõe a repetição do passado. A idéia do mundo-máquina configura a hipótese do mecanicismo e do determinismo mecanicista ou o conhecimento utilitário e funcional.

O objetivo da razão instrumental ou/o exercício da racionalidade científica, típica do positivismo, logo se tornou claro: visou antes de tudo a dominação da natureza para fins lucrativos, colocando a ciência e a técnica à serviço do capital.

A dominação da natureza por sua vez envolve a dominação do homem e se torna interiorizada. O que a razão oferece é preservar o existente como ele é, evadindo a esperança de felicidade, aumentando intensamente as pressões. Resistência e repressão emergem desta subjugação da natureza. Para o homem ao qual interessa somente a auto conservação, tudo o que está ao seu alcance é transformado em meio para se chegar a um fim. Manifestações subjetivas e relações não pragmáticas tornam-se suspeitas de sentimentalismos ou de engodo, tais como a admiração de alguma coisa, a consideração por sentimentos ou atitudes, o amor pelo outro (HORKHEIMER, 2000).

Para Santos (1987), o conteúdo do conhecimento científico que avilta a natureza, transformada num autômato, o rigor científico assentado no rigor matemático, que quantifica e objectualiza os fenômenos (positivismo), têm produzido um conhecimento desinvestido do encantamento, que acaba por aviltar aqueles que o produzem. A quantificação, a parcelização e a especialização fizeram avançar o conhecimento, porém denunciam que o conhecimento das partes não produz o conhecimento da totalidade orgânica ou inorgânica e que os objetos têm cada vez menos fronteiras definidas, são menos reais em si mesmo que as relações existentes entre eles.

Assim em nome da modernidade, pela ênfase dada ao objeto, destruiu-se distinção entre sujeito e objeto. Tudo virou coisa ‘o eu’ e o ‘não eu’; priorizou-se a técnica e a tecnologia, a parcelização dos saberes em disciplinas, a divisão do trabalho, a padronização de condutas; fez-se a primazia do homem sobre a natureza, a justificação da onipotência e das relações de dominação. Nela, surgiram os ideais de ganho/lucro e a comercialização do valor da vida, a justificação de imposição do sofrimento, a divisão do ser humano em corpo e mente. Suspeitou-se da contribuição da experiência no processo de conhecer, se pregou que ser temido é um valor, se elegeu o racional como única e insuspeitável forma de conhecimento (SANTOS, 1987).

Produzindo desencantamento e decepção pelas promessas não concretizadas e pelas reduções que provocara, os paradigmas da modernidade passam por um processo de esgotamento, de crise, de transição. Além disso, os eventos da década de 30 do século XX evidenciaram, dentre outros, os problemas do liberalismo clássico (livre mercado, que se auto regula, intervenção mínima do Estado) qual produziu a depressão econômica (quebra da bolsa de Nova York, desemprego, inflação) e intensificação da tensão social. Com tais efeitos o liberalismo clássico é forçado a mudar na direção liberalismo social, mediado pelo Estado, que constituiu o chamado Welfare State.

Dos anos 30 a 70 predominam as idéias de John Maynard Keynes (1883-1946) que pregava a necessidade de aliar eficiência econômica à liberdade individual, com justiça social. O liberalismo social por sua vez, ameaçando a lógica de acumulação (aumento de gastos pelo Estado; aumento do papel do Estado no controle das forças econômicas e regulação das distorções) vai sendo cada vez mais criticado, com base no argumento de que aumentava o déficit público, gerava crise fiscal, inflação, e instabilidade social. A partir dos anos 70 e com mais vigor nas décadas seguintes o liberalismo social é substituído pelo modelo neoliberal que retoma os princípios do liberalismo clássico.

Para Santos (2000, p. 236)

a medida que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação veio fortalecer-se à custa do pilar da emancipação (...). O desequilíbrio do pilar da regulação consistiu globalmente no desenvolvimento hipertrofiado do mercado em detrimento do princípio do Estado e de ambos em detrimento do princípio da comunidade

Santos (2000) tratando da relação entre subjetividade, cidadania e política coloca que foi o Estado que acabou integrando os trabalhadores ao capitalismo liberal, quando por via da concessão de direitos sociais e instituições que os distribuía, modificou a obrigação horizontal existente entre cidadão e Estado, transformando-a em vertical. Os direitos sociais e as instituições estatais que os concediam

foram partes integrantes de um desenvolvimento societal que aumentou o peso burocrático e a vigilância controladora sobre os indivíduos; sujeitou estes mais que nunca às rotinas da produção e consumo; criou um espaço desagregador e atomizante, destruidor das solidariedades das redes sociais de interconhecimento e interajuda; promoveu uma cultura mediática e uma indústria de tempos livres que transformou o lazer num gozo programado, passivo, heterônomo, muito semelhante ao trabalho. Enfim um modelo de desenvolvimento que transformou a subjetividade num processo de individuação e numeração burocráticas e subordinou o ‘mundo da vida’ às exigências de uma razão tecnológica que converteu o sujeito em objeto de si próprio (SANTOS, 2000, p. 245).

A razão tecnológica que preside o desenvolvimento do capitalismo, busca a docilidade e passividade dos indivíduos, principalmente dos trabalhadores, e o faz oferecendo formas repressivas de felicidade, ou seja através do consumo. O fazem desta forma porque, tendo sacrificado a subjetividade individual, são incapazes de satisfazer as necessidades psíquicas e somáticas e de desenvolver plenamente as capacidades emocionais do indivíduo.

Por sua vez, cidadania sem subjetividade conduz a normalização, que é forma de dominação moderna, onde os sujeitos se identificam com “*os poderes-saberes que neles (mais do que sobre eles) são exercidos*” (SANTOS, 2000, p. 246).

O dogma neoliberal oficial também cria seu próprio contra paradigma – discurso altamente moral e ético, que distorce e disfarça os resultados do modelo hegemônico; não se opõe a ele, não o ameaça, têm aparência de compromisso com reformas macroeconômicas. Para manter-se hegemônico necessita/recruta o conluio com as elites políticas dos países, um aparato de segurança para conter conflitos sociais conseqüentes a processos de recessão, a aceitação/tolerância nas instituições acadêmicas, junto aos intelectuais e críticos sociais e cria os mecanismos para a produção de economistas acrílicos.

Sá (1999), estudando autores como Enriquez, Castoriades, Lévy, Dejours, define um panorama para a sociedade contemporânea ocidental, que guiada pelo racionalismo, chegou ao final do século XX demonstrando uma superioridade de forças desagregadoras do tecido social, que se manifesta numa problemática do indivíduo, da sociedade e suas organizações. São sintomas disto à intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito e da sua interioridade, o culto

ao corpo, identificado como possibilidade de sucesso, individual e utilidade social, num narcisismo que inviabiliza a ligação com o outro.

A moldura para o exercício de tal situação é dada pela perda progressiva das referências ideológicas, esvaziando as sociedades contemporâneas de sua capacidade de propor ideais elevados, pela prioridade total para o econômico, obsessão pela modernização, idealização da técnica e da tecnologia, intensificação da produção inclusive dos afetos. A sociedade ocidental é fascinada pelo que funciona, pelos instrumentos que podem responder instantaneamente e se possível, automaticamente, tudo sob o signo da urgência. Esta sociedade não dispõe de referências e identificações, conseqüentemente não dispõe de possibilidades de interdições estruturantes (internalizáveis e constitutivas de sujeitos autônomos e responsáveis). As interdições proibitivas, cada vez mais inócuas, são incapazes de impedir a violência, agressividade, às tentativas de realização dos desejos de onipotência, enfim dos desejos perversos. Nesta sociedade tem-se cada vez mais tolerância ao mal, à injustiça, aos sofrimentos infligidos a outrem. A tolerância funcionaria como defesa da consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade no agravamento da adversidade social (SÁ, 1999).

Para Muller (1999) uma das coisas que caracteriza a pós-modernidade é um estado permanente de crise na sociedade, nos laços, entre e dentro dos seus segmentos, capaz de retirar dela própria (crise) a possibilidade de aventar novas possibilidades. A pós-modernidade na realidade herdou isto da modernidade, já que mesmo tendo efetuado sua crítica não conseguiu substituí-la. Segundo esta autora, o que a pós-modernidade acrescentou foi a filosofia do 'nihilismo', do nada, do vazio, da ausência de valores e de sentido para a vida. Importante é o prazer hedonista do aqui-e-agora, tão importante para a implementação e manutenção do mercado. Muller (1999) afirma que a pós-modernidade produziu um 'sujeito narcísico' ou um sujeito sem projetos, desencantado, sem ideais a não ser o de consumir, cultuador de sua imagem, vazio, apático, indisponível para a solidariedade.

Os argumentos apresentados acima tiveram a finalidade de sustentar o que foi colocado sobre as forças que estão 'instituindo' os sujeitos das sociedades ocidentais contemporâneas. Deles se pode extrair uma síntese: os sujeitos pós-modernos não

são/estão sujeitos para o vínculo. Também é possível identificar, como muitas condutas dos profissionais no atendimento em saúde se pautam nas influências da modernidade. Urge questionar como então médicos e enfermeiras estariam se fazendo sujeitos para o vínculo, uma vez que esta condição não provém da sociedade em que se inserem? Teríamos como possibilidades de resposta a ‘preparação profissional’ e, ainda o PSF.

López Gastón (1999) coloca que os eventos da modernidade (primeira modernidade e pós-modernidade) que mudaram o mundo, a sociedade, também mudaram a relação do trabalhador de saúde, em especial dos médicos e paciente para pior: têm se tornado menos sensíveis a queixas de seu pacientes, dado menos importância a sua dor. Como contra reação os pacientes tem cada vez menos satisfação com a atenção.

Breith (1977) refere-se as enormes dificuldades e adversidades daqueles que se dedicam às causas humanitárias, por estarem inseridos num mundo devorado pela estratégia de controle global das riquezas e das consciências e pelo colossal egoísmo criado na sustentação da máquina neoliberal. A ciência hoje está escancaradamente atrelada aos centros de poder econômico, político e social, que determinam seus rumos, suas prioridades, seus produtos, e em contrapartida as financiam e legalizam.

Baseado em Fitzpatrik e Glusber, López Gastón (1999) coloca que até o início do século XX o êxito do cuidado de saúde dependia do mecanismo placebo. A abundante tecnologia científica, disponível para a medicina atual, faz os recursos de atenção emocional, de visualização holística, parecerem arcaicas e não profissionais, quando empregadas na atenção à saúde; o saber, em geral, foi deslocado pelas técnicas e a melhora da performance e da atuação passou a constituir-se num novo meta discurso.

Um outro aspecto apontado por este autor e também por Campos (1994), é o de que sendo a medicina uma prática, fundamentada na ciência, vê-se envolvida pela conjunção desta com o mercado, cujos interesses são muito específicos ou sejam o poder e lucro. Com isso o ensino, a formação, guiam-se muito mais para preencher postos de interesse do mercado do que com compromissos de guiar a sociedade para a emancipação. Dos profissionais se exige conformação de seus ideais aos ‘fins do

mercado' não bastando a obediência negativa, a submissão; requiere-se a rendição, porém enganosamente camuflada como livre escolha.

Uma das maiores carências da formação médica, segundo López Gastón (1999) está em decodificar e unir os aspectos culturais e científicos das enfermidades quando da produção do cuidado, dado que o sistema de referência dos pacientes são os 'males' e dos médicos as enfermidades. Os 'males' são experiências de mudanças debilitantes do estado do ser na função social; enfermidades são anormalidades na estrutura e função dos órgãos e sistemas do corpo.

Como prática a medicina não pode guiar-se, como no caso da ciência, por leis gerais. Enfrenta, antes de tudo, casos particulares, dos quais participam inúmeros fatores não controláveis; dispondo de informações imprecisas deve tomar decisões precisas e nesta condição a formação torna-se fundamental. A formação profissional, em função disto, deveria ser a mais ampla possível, passando pelas ciências físico-matemáticas, biológicas, psicologia, filosofia, história, além de fornecer bases para o entendimento do caráter social do trabalho médico (LÓPEZ GASTÓN, 1999).

Mas as matérias curriculares, destinadas à 'formação' do médico, são consideradas pelos alunos 'matérias a mais', dado que não são conceitualmente incorporadas aos conhecimentos técnicos. E talvez não o sejam em função de quatro fatores:

a) fatores éticos, sociais e culturais não se encontram identificados como prioridade clara dentro das matérias técnicas; b) a massificação da matrícula impede a relação pessoal educando-educador; c) em muitas áreas do conhecimento são colocados docentes sem formação docente-pedagógica (muito menos humanística); d) não existe, em muitos casos, compromisso além daquele de transmitir informações (LÓPEZ GASTÓN, 1999, p.131).

Estabelece-se o discurso entre 'dever ser' e 'poder ser' cuja resultante é um ser muito confuso. Os meios de comunicação empregados não melhoram o ensino. Transmite-se uma enorme quantidade de informações geradas por uma 'abrumadora' tecnologia, porém se fracassa no desenvolvimento de mentes formadas, pensantes, com capacidade lógica, inferência, síntese e aplicação (LÓPEZ GASTÓN, 1999, p.131).

Os médicos tornam-se bastante bem informados porém incapazes de enfrentar e resolver problemáticas mínimas, além de sentirem-se frustrados e ressentidos. A



especialização e super especialização, incorporadas a formação desde a década de 60, com a finalidade de controlar a super tecnologia em marcha e alcançar uma melhor perspectiva de trabalho, levou os profissionais ao domínio de um minúsculo campo do conhecimento que acabaram por encarecer a medicina e restringir/comprometer o diálogo com o paciente. O contra movimento visando à diminuição do incentivo da especialização não dá sinais de maior aceitação (LÓPEZ GASTÓN, 1999).

López Gastón (1999) também coloca que formação de pós-graduação é cada vez mais pobre. Nos sistemas de residência o que se observa é a falta de programação da formação, de docentes apropriados; utilizam-se os residentes como ‘mão de obra barata’. É principalmente nas residências que se apresenta a carência de elementos formadores humanísticos e sociais; neste espaço configura-se o incremento do uso da tecnologia, do pensar e agir através de técnica.

Para o autor citado o que se coloca como síntese e como desafio é que o médico, com esta formação e ‘modus operandi’, é incapaz de dar uma resposta assistencial culturalmente aceitável. Na base de sua incapacidade está também a incapacidade do Estado em dar conta das necessidades de saúde da população e também, o poder do capital que mais e mais trata a saúde como uma mercadoria.

Para as enfermeiras os problemas são em parte coincidentes aos vivenciados pelos médicos e em parte são de outra natureza. As enfermeiras se especializam muito menos em áreas restritas do conhecimento após sua graduação; se especializadas freqüentemente não atuam apenas com o enfoque restrito como ocorre com os médicos. As enfermeiras têm em seus currículos mais conteúdos ligados às ciências humanas como psicologia, sociologia, filosofia, além de disporem de maior conhecimento empírico do ambiente de trabalho, seja ele ambulatorial ou hospitalar.

Mas as enfermeiras enfrentam vários problemas decorrentes de sua formação e inserção no processo de trabalho em saúde, que interferem na sua relação com a clientela.

Em Pires (1998) encontra-se a referência de um primeiro problema: a enfermagem profissional surge da divisão do trabalho médico. Esta ligação inicial, aliada a questões como não ter produzido um corpo de conhecimentos próprios e de compartilhar o trabalho com outros agentes de enfermagem, trazem dificuldades

adicionais à concretização do processo de profissionalização. Pires (1998) e Machado (1999) abordando o tema da autonomia técnica, referem-se a sua forte dependência ao trabalho do médico, o que produz a redução da autonomia profissional. E ainda, para aquelas atividades executadas com alguma autonomia, o problema configurado é o de serem realizadas pelas várias pessoas que integram a equipe de enfermagem. Para Machado (1999, p. 393-4)

a idéia de que o trabalho do enfermeiro (diplomado) pode ser executado por ocupações da enfermagem, promove, no imaginário social, a visão de que o enfermeiro não é tão essencial à sociedade como ocorre com os médicos. A reivindicação de monopólio e exclusividade no exercício profissional acaba tornando-se um discurso ideológico de difícil convencimento.

Sobre o corpo de conhecimentos próprio desta profissão, Machado (1999, p.593) refere que o

vasto e rico campo de prática adquirido ao longo dos tempos, não resultou no monopólio do conhecimento da realidade. Em outras palavras, a enfermagem não soube resguardar nichos de saber e prática profissionais para a obtenção de prerrogativas monopolistas. (...) a profissão de enfermagem acabou tendo pouca sustentação cognitiva, ou seja, uma atividade profissional com forte conteúdo prático e pouco conteúdo teórico. O saber da enfermagem não se constitui em um saber específico, fechado em si como uma caixa preta, o que a faz muito frágil perante a concorrência no mercado de serviços de saúde, quando esta reivindica monopólio de exercício profissional.

Agudelo (1995), Gisi e Zainko (1998), referem-se ao afastamento dos enfermeiros de parte das atividades práticas, de assistência junto ao cliente, para desenvolver atividades voltadas para gerência/administração. Sobre isto Agudelo (1995, p.152) coloca que

a enfermeira, nos atuais serviços de saúde, distanciou-se das atividades que correspondem ao seu preparo técnico e tem assumido atividades dispersas em: administração de pessoal, administração de recursos materiais, alimentação de sistemas de informação, tarefas que não são realizadas por outros profissionais.

Apontam-se ainda como problemas para a enfermagem que em sua trajetória tem executado modelarmente as diretrizes de saúde do governo ou seja tem se caracterizado pela adaptação. Ao desvincular a saúde-doença do contexto social, ao não exercer um papel de transformação da realidade, acaba satisfazendo os interesses sócio políticos das classes dominantes (PIRES, 1998; NIETSCHE, 1998).

Antes de estabelecer conexões entre as questões mencionadas, sobre dificuldades no desempenho profissional das enfermeiras que repercutem no estabelecimento de relações com a clientela, e o processo de formação profissional que as engendra, embora não seja o único responsável, enumero sinteticamente o que foi mencionado: reduzida autonomia profissional; execução do trabalho das enfermeiras também por outras categorias da enfermagem; dificuldade de impor-se como profissional essencial na saúde e para a sociedade; pouca sustentação cognitiva e pouca produção teórica específica; distanciamento das atividades para as quais tem preparo técnico; envolvimento em atividades de administração de pessoal, de recursos materiais e com alimentação de sistemas de informação; exercício profissional acrítico, passivo, descompromissado com a transformação da realidade. Impõe-se nesta conjuntura uma pergunta: quais tem sido as contribuições/responsabilidades do ensino para este 'status quo'?

Para Nietzsche (1998) o ensino da enfermagem vem percorrendo uma trajetória de adoção de diferentes tipos de pedagogias ou seja do tipo tradicional, tecnicista e somente agora começa a utilizar, embora ainda de forma incipiente, uma pedagogia crítica. Como influência da pedagogia tradicional é possível encontrar ainda: os currículos de enfermagem que dão ênfase aos aspectos morais, a obediência, a concepção de que sua missão é servir; a estrutura curricular além de rígida, compõe-se de disciplinas estanques; a produção de conhecimentos científicos é deficitária; predomina o ensino de um conhecimento desvinculado da realidade social; o aluno da enfermagem não é participativo e o professor ainda mantém uma relação verticalizada mediada pela autoridade.

A pedagogia da escola tecnicista, vigente entre 64 e 78, obedecia aos requisitos do Estado Policial que se implantou no Brasil. São desta época a departamentalização, disciplinas com créditos, e a geração de um currículo com enfoque biologicista e

mecanicista do processo de saúde-doença, voltado para a assistência ao indivíduo hospitalizado (NIETSCHE, 1998). Mantêm-se como influências do modelo tecnicista, na formação e na prática da enfermagem, a determinação biologicista das doenças desconsiderando aquelas de natureza social; adoção do indivíduo como objeto de trabalho, ao invés do coletivo, este composto por partes, as quais adoecem. Como boa parte das disciplinas profissionalizantes neste modelo são desenvolvidas em hospitais, mantém-se o enfoque na doença e a meta de produzir profissionais competentes para o mercado o que também significa exercício prático vinculado ao consumo de equipamentos e materiais sofisticados (NIETSCHE, 1998).

Para Nietsche (1998) a aproximação no sentido da pedagogia da escola crítica iniciou-se na década de 80. Contemplando esta aproximação, efetuou-se uma revisão curricular da graduação em enfermagem em 1994 e em 2001; foram produzidas novas diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem, desencadeadoras de mudanças em todos os cursos do País. Pela pedagogia crítica busca-se desenvolver o ensino sob novos paradigmas como o da produção social da saúde-doença; da participação, da crítica reflexiva sobre a realidade; da responsabilidade social dos enfermeiros com as populações e com a produção da saúde, em especial no SUS, além da busca da competência técnica, científica, política.

Reibnitz (1998) analisa a situação do ensino e da prática dos enfermeiros sob a perspectiva da criatividade. Coloca que a falta de avanços em direção à mudanças na formação do enfermeiro (e seus desdobramentos para a prática) se devem ao desinteresse de algumas escolas em mudar as práticas de saúde; pela indefinição sobre o tipo de profissional que deverá ser formado; pela ausência de projetos que permitam a aprendizagem vivencial voltado para as necessidades sociais; pela acomodação das experiências curriculares à cultura vigente nas instituições; pela fragmentação curricular, através de seus desdobramentos em disciplinas, acompanhando o modelo biomédico; pela observação de modelos comportamentais conformistas dos docentes, restritos ao cumprimento de ordens médicas sem questionamentos e/ou resistências; pela ausência de trabalhos de investigação durante a formação; pela presença tímida da dimensão da interdisciplinaridade na formação do enfermeiro.

Nesta etapa, onde a intenção foi buscar o apoio dos autores para a produção da resposta frente à questão colocada *‘os médicos e enfermeiras constituem-se sujeitos para o vínculo apoiado em suas formações profissionais’?*, a resposta possível seria *‘não’*, ou *‘nem tanto’*. Então os médicos e enfermeiras constituem-se sujeito para o vínculo apoiados em sua formação no PSF?

O Ministério da Saúde, a partir de dezembro de 1996, desencadeia um processo para atender necessidades de formação requeridas pelo PSF, quando da publicação de editais para a seleção de projetos educacionais, visando a criação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. Apesar desta iniciativa governamental importante, por constituir-se num investimento visando repensar o modelo biomédico, o que se observou foi o investimento principalmente em capacitação introdutória para as equipes e em treinamentos pontuais, relacionados aos marcadores (diabetes, hipertensão, saúde da mulher); cursos de especialização e residência em saúde da família tem ocorrido em alguns centros de formação, atingindo poucos profissionais. Não estão referidas, em trabalhos sobre o PSF, treinamentos/capacitações/formação que dêem substrato para o estabelecimento de um vínculo que o PSF requer, ou bases para se fazer o *‘PSF mesmo’*

No relatório de “Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos” produzidos pelo MS menciona-se que:

o aspecto mais vulnerável da organização do trabalho de equipe é a capacitação dos profissionais que compõem a ESF multiprofissional, tanto por dificuldades do aparelho formador em adequar-se às mudanças assistenciais pretendidas, quanto pela insuficiência dos pólos estaduais em atender todas às demandas para a educação continuada dos diversos profissionais, bem como pela incipiente organização de uma estrutura de supervisão, que respalde o fortalecimento da nova divisão de trabalho e a efetivação do processo interativo dos diversos agentes em torno dos cuidados e da promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 169).

Finalizando este diálogo com as categorias *‘é um pouco injusto pedirem isto da gente’* e o *‘vínculo se constrói a partir de algumas bases’* e da categoria *‘às vezes a gente não consegue’*, como pesquisadora considero que os dados e contribuições dos autores

apontam na direção de concordarem com os médicos e enfermeiras do PSF da realidade estudada. Os profissionais apontam para causas imediatas, ‘porque a gente não teve’, ‘eles não deram’. Uma análise mais apurada, permite superar o imediato, revelar essência oculta, pelo diálogo com a multiplicidade de dimensões presentes no problema em pauta. Aí é possível desvendar-se porque o vínculo requerido não se faz, pois as condições não estão dadas, espera-se tudo dos profissionais; as causas e seus efeitos têm a aparência da simplicidade mas a sua determinação decorre da complexidade da totalidade.

## **7.2 DIÁLOGO N º2: O VÍNCULO QUE A GENTE CONSTRÓI NÃO É NUM PSF MESMO**

A intencionalidade deste segundo diálogo é dar sustentação aos dados que emergiram das categorias ‘o vínculo que a gente constrói não é num PSF mesmo’ (em seus três componentes ‘*o que o PSF é*’, ‘*o PSF daqui*’, ‘*se fosse PSF mesmo*’) e das observações de campo, fazendo-os ‘confrontar-se’ com aspectos teóricos e operacionais previstos para o PSF e com a avaliação que se faz sobre o mesmo.

### **7.2.1 O PROJETO PSF**

O PSF estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional ou equipe de saúde da família (ESF) composta por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), além de um dentista ou técnico bucal. A ESF assume a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de saúde junto a uma determinada população (600 a 1000 famílias ou no máximo 4.500 pessoas), em um território definido. Deve estar integrada a uma rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os

diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 a).

Prevê-se que com o PSF entre em vigência uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde, na relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. No atendimento à saúde deve haver superação da fragmentação dos cuidados decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde. Para o PSF define-se e prioriza-se um novo sujeito da atenção, a família e seu espaço social. Propõe-se humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade, com a qual se estabelecerão vínculos de compromisso e de responsabilidade, compartilhados entre serviço e população. No PSF se requer um olhar multiprofissional e uma prática multisetorial, a priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, representando uma mudança substantiva no sentido da vigilância à saúde. A unidade básica de saúde, sob a ótica do PSF, deve ser a ‘porta de entrada do sistema local de saúde’, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; PERES, 1999; SOUSA, 2000). São atribuições comuns a todos os profissionais que integram as ESF:

conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde; (...) fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.75).

Enfim no e através do PSF devem ser concretizados os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos do SUS (resolutividade, hierarquização, participação popular, descentralização e complementariedade)

### 7.2.2 PSF REAIS

É possível verificar num conjunto expressivo de produções *contradições, insuficiências ou 'áreas de sombra'* do PSF. Pode-se por exemplo encontrá-las em autores como Merhy (1999), Franco e Merhy (1999, 2003), Mattos (1999), Bertoncini (2000), Soares (2000), Antunes et al, (2001), Pedrosa e Teles (2001), Alonso (2003), Fertnami (2003).

Soares (2000) refere como problemas do PSF: ser financiado por capital externo; desconsiderar a enorme heterogeneidade dos municípios na oferta de serviços de saúde; não dispor de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção, limitando o atendimento a uma porta de entrada sem saída; desconsiderar a complexidade do quadro epidemiológico brasileiro; ter substituídos profissionais qualificados da Enfermagem por pessoas sem qualificação; gerar contratos precários de trabalho; apresentar limitações importantes na resolução dos problemas de saúde da população.

Mattos (1999) critica a forma de descentralização implementada no âmbito do SUS a qual gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, diferentes entre si quanto à participação no setor privado na provisão de serviços ao SUS, nas configurações de rede adotada em cada sistema, o que influi enormemente nos modelos gerenciais e na sua diversidade.

Antunes et al (2001, p . 101) ressaltam a existência da dificuldade em propor e produzir serviços de saúde de abrangência coletiva; *“falta clareza das finalidades e objetivos da assistência integral a ser desenvolvida em um novo complexo de produção dos serviços básicos de saúde”*

O processo, a organização e infra-estrutura do trabalho das ESF também estão as voltas com uma série de dificuldades. Nas condições materiais de trabalho podem ser citadas as dificuldades relacionadas, por exemplo, a heterogeneidade da estrutura física das Unidades de Saúde da Família (USF). Algumas são inadequadas e precarizadas em sua infra-estrutura (planta física limitada, insalubre, insegura) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b).



Na questão da infra-estrutura de recursos humanos o destaque pode ser feito com relação à insuficiência dos profissionais com perfil desejado, o que leva as instituições de saúde a admitirem os existentes no mercado de trabalho, na grande maioria especialistas. Os profissionais atuantes no PSF não estão preparados para desenvolver o trabalho sob enfoque da construção social da saúde; há ausência ou insuficiência de capacitações, treinamentos e formação continuada para equipe. Há também instabilidade relacionada às várias modalidades de contrato adotadas e de remuneração, gerando desmonte de equipes, dificultando os processos de integração (CAMPOS, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b).

Outros problemas apontados pelos autores para o PSF, são: sua orientação pelos princípios da epidemiologia e vigilância à saúde sem rever as dimensões do enfoque clínico e portanto impossibilitando a reconfiguração do modelo vigente; apostar que um verdadeiro trabalho em equipe ocorreria quando da alteração do 'design das equipes', sem atentar para as necessidades relacionadas aos microprocessos de trabalho em saúde e para os fazeres cotidianos de cada profissional (FRANCO E MERHY, 1999, 2003; PEDUZZI, 2001); a influência taylorista no trabalho das equipes (CAMPOS, 1997; 1999; FRANCO E MERHY, 1999, 2003), expectativas contraditórias e conflitos com o poder local (CAMPOS, 1997); a manutenção do modelo de assistência à saúde, hegemônico, médico centrado (MERHY, 1997, FRANCO e MERHY, 1999; 2003; PEDROSA e TELES, 2001; SCHIMIDT, 2002; FERTONANI, 2003; ALONSO, 2003),

Alonso (2003) aponta dificuldades ligadas ao excesso de burocratização no trabalho, à insuficiência da estrutura multidisciplinar que hoje não inclui assistente social e psicólogo e a demanda, por vezes excessiva, que dificulta sobremaneira o trabalho das equipes. A autora também reflete sobre o problema da ausência de um projeto assistencial coletivo da equipe junto às famílias. Em não se construindo uma visão conjunta do contexto da saúde da família, também não torna possível a integração, a continuidade, a definição de papéis no e do processo assistencial.

A síntese efetuada por Bertoni (2000,p. 67) é que *"as ESF transitam num ideário permeado de contradições, espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação divergem e convergem"*. Para a autora há problemas que

surtem em função das ESF atenderem uma população maior que a estipulada pelo PSF, gerando prejuízos de várias ordens no trabalho das equipes. A distribuição dos trabalhos é heterogênea sendo que para o médico predomina a atividade clínica. O enfermeiro tem trabalho melhor distribuído entre as várias funções, mas necessita ser o grande triador da demanda, ‘um bom leão de chácara’. Para a autora

tais condições de trabalho alimentam sentimentos como alienação, impotência, resignação, medo, insegurança, angústia, estresse, baixa auto-estima, conflitos, disputa por poder, instabilidade, desorientação, riscos para as atividades, dificultando as iniciativas para mudar as condições para garantir a integralidade da assistência (BERTONCINI, 2000, p.103).

### **7.2.3) O OLHAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE O PSF**

No item 3.5.6 do capítulo 3 foram apresentados alguns resultados do relatório de “*Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b) mas considero que outros pontos possam ser destacados, complementando aspectos avaliativos referidos acima.

Um tema abordado no Relatório é o *das resistências e temores produzidos pela implantação* do PSF. Segundo o relatório, os profissionais, especialmente os médicos, demonstraram resistência à nova concepção assistencial em função de requisitar atuação como generalista, privilegiando a promoção, a clínica ampliada e organização da demanda, além de exigir diversificação de atividades, atuação extra muros, carga horária elevada e sem flexibilidade. No setor privado algumas resistências apareceram quando da implantação, por ter propiciado redução de demanda por internações de pediatria e de clínica médica, com perda de lucratividade dos prestadores privados e descredenciamento de leitos do setor privado. Tendo havido entendimento que a implantação do PSF causava resistências de várias naturezas, que era preciso conquistar legitimidade, ampliar a base de apoio, alguns municípios desenvolveram várias estratégias para tal. Assim promoveram debates prévios à implantação

envolvendo a comunidade, os gerentes das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de profissionais de saúde, além de divulgarem em rádio, televisão, jornais. A participação popular foi incentivada através da execução de atividades pelas associações de moradores.

Sobre o conhecimento das famílias e sua *participação na realização de diagnóstico de saúde local* os melhores índices encontrados foram em Manaus onde as famílias sabiam que o diagnóstico tinha sido realizado. Em Camaragibe e Manaus 20% das famílias pesquisadas informaram ter participado do diagnóstico. O relatório coloca que “*observou-se o baixo uso do diagnóstico de saúde local na programação de atividades, indicando tendência de baixa adequação ao perfil local de necessidades saúde*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 211).

A identificação da implantação *como estratégia* se deu verificando a substituição das unidades básicas tradicionais pelas Unidades de Saúde da Família (USF), pela garantia de acesso e através da responsabilização das equipes/profissionais pela saúde da população das respectivas áreas adscritas ou seja, garantia do acesso à atenção integral e resolutiva nos diversos níveis de complexidade. O acolhimento foi usado como mecanismo para garantia de acesso e regulação da demanda dos usuários as USF, desenvolvido por profissionais de nível superior das equipes, geralmente as enfermeiras.

A identificação da implantação como Programa se deu verificando a centralidade da realização de atividades preconizadas pelo PSF. Nas cidades de Camaragibe, Palmas, Aracaju, o PSF foi considerado implantado como estratégia, nas cidades Campinas, Vitória da Conquista e Vitória caracterizaram-se a coexistência dos dois modelos e em São Gonçalo, Goiânia, Manaus e Brasília, refere-se que o PSF foi implantado como Programa.

Menos de 40% dos profissionais de nível superior pesquisados consideraram que a *USF permite atendimento de forma confortável para os usuários e profissionais*, faltando às vezes, espaço físico para atividades usuais, para as reuniões de grupo, ou tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde. Ou seja, o espaço físico das USF com frequência não atende ao conjunto de atribuições das ESF

nem permite o atendimento de forma confortável e adequado tecnologicamente para usuários e profissionais.

No quesito *cobertura*, em alguns municípios pesquisados como Camaragibe, Vitória da Conquista, Goiânia, foi verificada a existência mais de 1000 famílias por ESF. No relatório aparece o alerta de que a adscrição de mais de 1.000 famílias por ESF sobrecarrega os profissionais de nível superior nas atividades assistenciais, dificultando tanto a garantia da atenção da demanda programada quanto da espontânea. O Relatório explica que tal mecanismo pode ter sido gerado em função da necessidade de um grande número de ESF para se atingir coberturas populacionais nos grandes centros urbanos, que em função de sua maior densidade demográfica acabam tendo menor aporte financeiro do que os recebidos por pequenos municípios.

A *atividade de supervisão* encontrava-se pouco estruturada, ocorrendo algumas iniciativas em Manaus, Goiânia, Vitória e São Gonçalo, que pretendiam organizar equipes multiprofissionais para atuar regionalmente. Em Vitória da Conquista a supervisão era realizada semanalmente pela equipe de coordenação do PSF, com a finalidade de discutir e apoiar as equipes em questões de estrutura física, relações interpessoais, nas relações com a comunidade e no desempenho das atividades.

No quesito *acesso ao atendimento e atendimento em situação de emergências* as queixas englobaram grande tempo de espera, falta de vagas para consultas, atendimento precário, dificuldade de atendimento quando encaminhado.

Na questão *medicamentos* as queixas referiram-se à falta de medicamentos em quantidade e variedade. Baixa proporção de famílias usuárias recebia geralmente todos os medicamentos quando atendidas pela ESF, variando entre 40% em Vitória da Conquista, a melhor situação e 10% em Goiânia, onde se encontrou a mais baixa proporção.

Os dados também apontaram para dificuldades de *realizar exames* em tempo curto ou integralizar o pedido de exames solicitados nos atendimentos pelas ESF em Vitória da Conquista, Vitória, Goiânia, Aracaju e Palmas. Por exemplo, em Vitória da Conquista, 50% dos profissionais informaram o tempo máximo de espera de até 30 dias para consultas especializadas e 66% para exames.

Com relação *aos profissionais* e unidades de saúde, as famílias queixaram-se de falta de médicos especialistas, falta de profissionais no atendimento, falta dentista, dificuldades dos médicos para realizar diagnóstico, número reduzido de visitas domiciliares por ACS.

Na questão relacionada aos *especialistas*, em diversas cidades estudadas foram referenciadas dificuldades de agendamento de serviços ambulatoriais de média complexidade, sendo que o tempo médio de espera do paciente, para atendimento nesses serviços foi abaixo de 30 dias. Para as cidades de Palmas, Brasília, Camaragibe e Vitória, um terço os profissionais de nível superior informaram que o tempo médio de espera era superior a 30 dias.

Problemas na realização *da contra-referência* foram mencionados tanto por gestores como por profissionais. Cerca de 30% dos profissionais de nível superior das ESF informaram nunca receber qualquer tipo de contra-referência, em Palmas (44%), Brasília (39%) e Aracaju (32%). Coloca-se no Relatório que

um grande desafio do PSF é melhorar a comunicação entre profissionais da Atenção Básica e especialistas e também com os serviços de pronto-atendimento e emergência. São profissionais com experiências e formações distintas, exigindo-se a criação de estratégias de comunicação e ampliação de confiança também para que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de Atenção Básica. A comunicação com troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da ESF possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente, o que promove melhora da qualidade assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 127).

Nos municípios da Vitória de Conquista houve taxa significativa de queixas sobre os profissionais da saúde. Em Camaragibe, Palmas, Goiânia e Brasília as taxas mais significativas recaíam sobre o acesso. Em Vitória, Aracaju, Manaus havia queixas significativas com relação aos medicamentos

A *vinculação institucional* (modalidades de contratação) dos membros das ESF, segundo o relatório de Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos (MS, 2002), ocorria de múltiplas formas, algumas precárias, produzindo críticas e conflitos (cooperativa, por regime especial temporário

– RET, prestação de serviços, bolsa pesquisa) ou contratação CLT, modalidade que oferece menor estabilidade do que no regime estatutário. A vinculação institucional dos recursos humanos do PSF

tem constituído um problema a ser enfrentado na gestão do SUS, pois trouxe diferença salarial, de cargas horárias, de benefícios sociais e de estabilidade no emprego entre profissionais que atuam na rede e os profissionais do PSF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 152).

O *problema de remuneração* também é generalizado. A maioria dos profissionais de nível superior das ESF, não se considerou bem remunerada, exceto em Manaus, onde mais de um terço dos mesmos considerou sua remuneração compatível com as atribuições. Os mais baixos percentuais de satisfação foram referidos em Vitória e Goiânia.

O problema da *rotatividade ou não fixação dos profissionais de saúde* no programa, fator importante para sua sustentabilidade, foi encontrado em todos os locais estudados. Em Camaragibe, por exemplo, foi encontrada uma proporção de 15% de profissionais de nível superior com atuação de até 12 meses ou menor. Tal rotatividade foi confirmada pelos gestores, que explicaram a perda em função da concorrência com outros municípios do Estado que implantaram o PSF e realizaram concurso para preencher vagas, atraindo muitos profissionais. Em Brasília essa rotatividade entre os profissionais de nível superior foi de 26% e neste caso as justificativas dos gestores foi de que médicos e enfermeiras apresentam maior resistência quanto à realização das atividades singulares do PSF como visita domiciliar. Os médicos muito jovens e desempregados ou os mais velhos, aposentados, apresentavam um perfil de difícil adaptação, segundo os gestores locais.

O perfil requisitado para o trabalho em saúde da família, em especial médico, segue sendo o de médico generalista, que atenda à demanda programada, tenha capacidade de estabelecer fluxos de encaminhamento resolutivos, que abra mão do lugar privilegiado na equipe de saúde, valorizando o conjunto dos agentes, interaja numa relação comunicativa horizontal, realize novos procedimentos voltados para o

atendimento de grupos ‘de risco’ e para os problemas sócios- sanitários da comunidade sob sua responsabilidade, além de aceitar a jornada de oito horas de trabalho.

A falta de médicos com este perfil constitui-se num argumento dos gestores para não propiciarem vinculações institucionais mais adequadas pela realização de concurso público e contratação estatutária, alegando que engessariam seus quadros funcionais, além de argumentarem que não consideram o PSF consolidado. O Relatório defende a criação de vínculos empregatícios: “*vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de vínculos com as comunidades*” . Além disso

(...) a criação de incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico possibilitaria maior permanência dos profissionais nessas áreas. Considerar a possibilidade de incentivos que apoiem a redução da rotatividade dos profissionais e fixem as ESF implantadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 b, p. 216).

As *atividades de promoção e prevenção*, foram avaliadas através das proporções de realização, na semana anterior, de atividades de educação e atividades de grupo, informadas por médicos e enfermeiros. E as atividades assistenciais foram avaliadas através da proporção de consultas realizadas aos indivíduos e para grupos prioritários. Uma baixa proporção de médicos havia realizado atividades de educação em saúde na semana anterior à pesquisa, variando entre 53% em Aracaju e 22% em Brasília. Para os enfermeiras e enfermeiros, a proporção foi de cerca da metade ou mais dos profissionais que realizaram atividades de educação nas cidades estudadas, exceto Manaus (38%). .

Nos vários locais estudados se *atende à demanda espontânea*, exceto Manaus que prioriza o atendimento à demanda programada, organizada pelos ACS, que inserem os usuários nas atividades prioritárias do PSF e canalizam para outros serviços de saúde os atendimentos não previstos, evitando a pressão de pacientes na unidade de saúde.

Alguns dos centros urbanos implantaram na mesma unidade de saúde um segundo nível de complexidade de Atenção Básica, constituído por especialistas nas

clínicas básicas, aumentando a resolutividade dos casos e possibilitando a interconsulta.

Foram avaliadas como *atividades extra muros* a visita domiciliar, com finalidade assistencial ou de promoção da saúde, realizada pelos profissionais de nível superior e a reunião com a comunidade, entendidas como trabalho de promoção à saúde. Os dados indicaram que maior proporção de profissionais realizaram visita domiciliar do que reunião com a comunidade, o que foi considerado no relatório um indicativo de que a visita domiciliar foi incorporada à rotina dos profissionais.

As *atividades extra-setoriais* foram consideradas indícios da execução de atividades de promoção da saúde, por se realizaram junto a outros órgãos de políticas públicas pelos profissionais integrantes das ESF; verificou-se que foram realizadas em baixa proporção.

No *quesito trabalho em equipe*, em geral as ESF efetuaram avaliações positivas quanto à organização e processo de trabalho. As ESF foram referidas como *'sensíveis e abertas a mudanças e com capacidade rever rotinas'* e tendo um *'relacionamento bom e respeitoso'* Esse dado foi de 71% em Camaragibe e 83% e Manaus. No quesito grau de participação e discussão da programação das atividades da ESF com regularidade semanal ou quinzenal a frequência encontrada foi superior a 50%.

Os profissionais de nível superior assumiram a responsabilidade pela supervisão direta das atividades de auxiliares de enfermagem e ACS. Em metade dos municípios foram os enfermeiros quem predominantemente desenvolveram esta atividade. Outras atividades não assistenciais de administração e gerência foram desenvolvidas por auxiliares de enfermagem (5%) em Vitória e nos demais locais por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros).

Quando se comparam os dados *que emergiram da realidade estudada*, constata-se uma *identificação 'visceral,'* entre a problemática evidenciada no PSF estudado com uma dada totalidade de PSFs. Poderíamos mencionar, dentre muitas identificações, algumas tais como: população adscrita maior do que a prevista, implantação como programa, adoção do modelo biomédico no atendimento em saúde, cobrança de produtividade, baixa execução das atividades assistenciais comunitárias,



na questão das visitas domiciliares, nas dificuldades com relação a medicamentos, exames, referência e contra referência, problemas na capacitação, na forma de contrato e na remuneração dos profissionais, na rotatividade dos profissionais.

A identificação também decorre no sentido inverso do desejado, decorre da dificuldade de fazer o 'PSF mesmo' onde muitas coisas seriam diferentes, como por exemplo, as ESF não se responsabilizariam por uma população além da estabelecida, o sujeito 'família seria efetivamente priorizado e se compartilhariam responsabilidades entre serviço e comunidade que participaria da elaboração do plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Se fosse 'PSF mesmo' os profissionais poderiam investir mais na integração com a rede de serviços de sua comunidade, construindo atendimentos mais abrangentes, poderiam atuar mais no sentido da referência e contra-referência nos vários níveis do sistema. O atendimento à saúde não ocorreria de forma fragmentada; seria efetuado por equipes capazes de lidar com os problemas decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde, já que atuariam de forma multiprofissional, não haveria posição hegemônica, a interação e a comunicação se fariam de forma horizontalizada e as atividades seriam redistribuídas.

Se fosse 'PSF mesmo' os profissionais formariam vínculo com a comunidade e este não seria rompido tão facilmente pois seriam prevenidas as deteriorações das condições e processo de trabalho. A agenda seria flexível para permitir diversificação de atividades, a atuação fora do CS, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, enfim mudando no modelo tradicional biomédico do atendimento em saúde. E, se o 'PSF lindo, que está no papel', não fosse tudo isso, estariam dadas as condições para uma verdadeira aproximação.

Finalizando este dialogo é imperativo colocar-se que o PSF tem catalisado sonhos, esperanças, incluído projetos politicamente comprometidos, mas estando a serviço ou envolvido com interesses político, financeiros, corporativos, institucionais, não tem conseguido ser o PSF idealizado/projetado e assim o vínculo que os profissionais definem estabelecer não ocorre 'PSF mesmo'.

### 7.3 DIÁLOGO N º3: O PROCESSO E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

A intencionalidade do terceiro diálogo é dar sustentação aos dados que emergiram das categorias *‘o vínculo se constrói a partir de algumas bases’*, *‘tem coisas que dificultam/atrapalham’*, *‘o que tem que ter/tem que mudar’* com relação ao componente presente nas três categorias *‘relacionados ao processo e condições de trabalho’*, à categoria *o ‘vínculo requerido tem vários obstáculos’* com relação ao componente *‘em função de como a equipe se relaciona e se organiza’*. Uma teorização sobre o processo de trabalho em saúde é apresentada inicialmente, e em seguida, efetua-se um diálogo com dados das categorias/componentes.

#### 7.3.1 O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS E EM SAÚDE

Braverman (1981), Mills (1979), Offe (1991) e Pires (1994; 1998; 2000) Merhy (1997, 1999, 2003) Franco e Merhy, 1999, 2003), Campos (1994, 1997, 1999) são autores selecionados para tratar deste tema, tanto em função da identificação da pesquisadora com as posições dos mesmos e como por entendê-las relacionadas ao tema do vínculo no PSF.

O trabalho em saúde tem identidade com o setor de serviços do qual faz parte mas também tem especificidades. É hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (PIRES, 1998).

O conjunto de atividades que não estão diretamente envolvidas na produção industrial e que não estão no setor primário da economia, tem crescido, progressivamente, desde a revolução industrial, tendo sido nomeado de setor de serviços. Tais atividades eram inicialmente executadas no âmbito da empresa e passaram a ser desenvolvida por serviços especializados fora dela. Também cresceram as atividades comerciais, de educação, de saúde, de segurança pública, dentre outros,

ampliando este setor. Offe (1991) refere que o aumento importante do setor de serviço nas sociedades ocidentais, a partir das últimas décadas do século XIX, levou-as a serem chamadas de sociedades de serviços.

Foi no início do século XX que os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando não só o trabalho industrial mas, também o trabalho no setor de serviços. Surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção, etc. Para aumentar a produtividade expande-se à divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (BRAVERMAN, 1981).

Com o aumento do fluxo de trabalho e a aplicação de novos métodos de gerência, o processo é dividido em operações mínimas e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho. O tempo empregado na atividade está sob constante exame e controle. O trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual (BRAVERMAN, 1981).

Braverman (1981) participando do debate sobre as características da sociedade pós-segunda guerra mundial defende a tese de que apesar do grande crescimento dos setores não envolvidos diretamente com a produção material, a tendência não é de ampliação de uma outra racionalidade diferente da encontrada no trabalho industrial. Diz que este grupo, apesar de apresentar certa diferenciação salarial que lhe permite um afastamento dos piores aspectos da situação do proletariado,

não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregado pelo capital e afiliados; não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir (BRAVERMAN, 1981, p. 341).

Sua atuação faz aumentar o capital e nesta relação, embora predomine a subordinação à autoridade e submissão à exploração, esses trabalhadores, têm tanto

prerrogativas e privilégios do capital, como comungam características da condição proletária, avançando porém, na direção do proletariado (BRAVERMAN,1981).

Para Braverman (1981) essas “camadas médias de emprego” incluem, dentre outros, trabalhadores especializados como engenheiros, enfermeiros, técnicos, empregados de vendas, da administração financeira e organizacional e assemelhados. Os trabalhadores deste extrato estão submetidos a variadas condições de trabalho e o excedente de mão de obra permite tanto diminuir os salários quanto a piora das condições de trabalho.

Mills (1979), ao estudar a realidade americana dos anos 50, diz que os profissionais liberais, foram os que mais se modificaram na passagem da antiga para a nova classe média. Muitos deixaram de exercer suas atividades de forma independente e passaram a condição de empregados. De possuidores de amplo conhecimento transformaram-se em especialistas e suas atividades fragmentaram-se passando a requerer complementaridade de atividades parcelares e rotineiras de outros grupos de trabalhadores.

No setor saúde, os médicos, majoritariamente, ocupam espaços de decisão e mantém certa independência no que diz respeito ao seu trabalho, sendo que poucos dependem unicamente do assalariamento (PIRES, 2000).

O trabalho do médico tem conservado um caráter artesanal que nem mesmo a incorporação de tecnologia ao setor conseguiu modificar. A divisão do trabalho não criou interdependência entre os vários produtores, e a especializações vieram adicionar novos procedimentos para a produção do mesmo produto qual seja, o diagnóstico e instituição da terapêutica. Com esta condição o médico tem mantido certo grau de autonomia e independência profissional, destacado dos demais e portanto melhor remunerado (CAMPOS, 1994; PIRES, 2000).

No que diz respeito aos trabalhadores de enfermagem a maioria é assalariada e apenas uma pequena parcela de enfermeiros atua de forma independente, fora do trabalho coletivo institucional (PIRES, 2000).

Offe (1991) ressalta como característica distintiva dos serviços a dificuldade de planejamento em relação ao custo/benefício uma vez que muitos serviços necessitam estar à disposição da sociedade e há incerteza de quando as necessidades serão

demandadas, como é o caso dos serviços de atenção à saúde, dos serviços de proteção e os de consumo em redes comerciais, dentre outros. Há incerteza em relação ao volume, ao tipo, ao momento, e em relação às necessidades do cliente. Isso faz com que o planejamento conte com dados menos precisos do que na produção material. Esse mesmo autor destaca, ainda que, diferentemente do setor da produção material industrial, onde produtos não rentáveis podem deixar de ser fabricados, muitos serviços não podem parar, mesmo instituições que não são rentáveis economicamente, como é o caso dos serviços de saúde.

Pires considerando a teorização de Offe (1991), aponta que nos serviços de saúde, tem sido adotada uma série de medidas de racionalização, em nome da sua viabilidade como a introdução de inovações tecnológico-organizacionais, a redução quantitativa da força de trabalho, a redução da força de trabalho qualificada, a redução de salários, a precarização das condições de trabalho, dentre outras.

Sobre o trabalho em saúde a referida autora coloca que o

trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000, p. 85).

O trabalho em saúde se origina do problema/necessidade apresentado pelo usuário ou comunidade, gerando um projeto de atendimento, pensado, a qual requer um saber tecnológico de um certo modo de saber fazer, que transformado em ação permite a sua confirmação como produto. No trabalho em saúde estão implicados: o trabalho vivo, o trabalho morto, a tecnologia, a produção, a necessidade, o consumo, a gestão (MERHY, 1997).

Merhy (1997) chama de ‘trabalho morto’ aquele existente em todos os produtos-meios produzidos num trabalho humano anterior, que de forma cristalizada é incorporado no trabalho vivo, de uma maneira distinta deste. O trabalho morto é o que

já está instituído e em boa parte comanda as atividades produtivas e criativas, que está em ação, se dando, se instituindo.

O trabalho morto pode tanto ser um saber a operar na produção de bens como se fazer presente enquanto uma ferramenta requerida no trabalho vivo. Em função desta tese Merhy (1997, p. 84) entende que trabalho em saúde cria e incorpora uma dada tecnologia que ultrapassa aquela representada pelo equipamento tecnológico qual seja: *“um certo saber fazer e a um ir fazendo que inclusive dão sentidos ao que será ou não a razão instrumental do equipamento”*, tecnologia esta que o autor denominou como tecnologia leve.

As dimensões tecnológicas que integram o trabalho morto têm uma essencialidade e em função desta condição podem capturar plenamente o trabalho vivo. *“O trabalho vivo, nesta situação, sofre uma ‘captura’ de sua autonomia por parte do que está dado, instituído”* (MERHY, 1997, p. 85). Mas o trabalhador mesmo que tenha o seu trabalho vivo capturado pelo trabalho morto, opera com um dado (..) *“autogoverno que lhe dá inclusive a possibilidade de privatizar o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando”* (MERHY, 1997, p.77).

O trabalho vivo estará sendo não só comandado por uma parte do trabalho morto, contido no seu universo tecnológico, como também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades e as maneiras sociais de satisfazê-las. Quem produz saúde o faz predominantemente para outrem, neste caso, fará isto com a finalidade de troca por algo que então poderá ser usado para seu próprio consumo, para satisfazer suas próprias necessidades, dinheiro, por exemplo. O usuário, por sua vez, vai ao serviço de saúde em busca do consumo de algo, que se dá de imediato, ou ações de saúde, cujo valor de uso fundamental e inestimável é o de permitir que sua saúde seja mantida ou restabelecida, ‘um bem’ que lhe permite manter-se vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Assim, no trabalho em saúde, põem-se em contato produtor e consumidor, um oferecendo algo como valor de troca e outro buscando algo como valor de uso, imediato, em ato, diferentemente de um outro trabalho onde o mercado poderia mediar o processo (MERHY, 1997).

E, no espaço intercessor, construído no momento da produção/consumo, entre usuário e trabalhador, ambos instituem distintos formatos de necessidades que se encontram, atuam como forças, se põem em jogo, em confronto nem sempre conflituoso, negociam, expõem processos de captura que estejam sofrendo.

O processo de trabalho, em sua micropolítica (MERHY, 1997, 2003), configura-se pois como cenário de disputas entre distintas forças instituintes, fixadas no trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo, como por exemplo, as que emergem do imaginário social. *Micropolítica no/do processo de trabalho em saúde é o que se instaura nos serviços decorrentes de alianças, acordos, disputas, entre pelo menos três grupos heterogêneos de atores centrais, no conjunto das ações de saúde, os usuários, trabalhadores e gestores, atuando ao mesmo tempo, jogando entre si, em torno de modelos de atenção. Estes processos políticos normalmente se apresentam como tecnológicos*

isto é, são questões políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir os atos de cuidar, expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena produzirem acordos e controles, nas situações em foco (MERHY, 2003, p. 18).

Os atores em jogo, frente ao que lhes é definidor no processo, negociam seus poderes, ou (...) “*potências capazes de colocarem e controlarem certos recursos essenciais que os projetos exigem*”. (MERHY, 2003, p. 24). Assim todos os atores governam, e com suas capacidades de governar e disputar seus projetos, transformam todo o cenário.

Os profissionais de saúde por exemplo, podem estar interessados em si, em ganhos financeiros e corporativos, mas tem reconhecimento, legitimidade, por se colocarem como fazedores de atos de saúde. Mas, mesmo sendo detentores de um conjunto de saberes e de modos de fazer atos em saúde, podem gerar diferentes processos, mais ou menos centrados nos usuários, e por consequência as tensões e negociações serão diferentes.

Num ambiente de fábrica a revolução tecnológica decorre tanto da entrada em cena de novas máquinas, como da busca ampla, crescente e constante da captura do trabalho vivo, requerido pelo processo produtivo capitalista, o que implica na atualização e criação constante de novos modos de gestão que possibilitem tal captura. No trabalho em saúde porém, as

questões apontadas acima se apresentam diferentes, em função da ocorrência do processo ‘quase estruturado’ que ocorre no espaço intercessor. Como a dinâmica produção/consumo/necessidade é muito particular, estando sempre em estruturação, também há certa incerteza sobre o padrão do produto final e sobre a satisfação gerada. A captura “*global do auto governo nas práticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho (...)*” independentemente se realizada pelo médico ou outro profissional da saúde (MERHY, 1997, p. 98).

Na gestão dos serviços de saúde a atenção sobre as tecnologias do trabalho vivo em saúde, constitui-se numa rica possibilidade para a gestão do processo de trabalho: encontra aí a possibilidade de abrir fissuras, desconstruir o que está instituído, de questionar as condições ético-políticas do que está cristalizado no trabalho morto. É fundamental refletir, questionar, para enfim interferir nos modos como o trabalho vivo opera uma dada produção concreta.

Na produção teórica de Campos, (1994, 1997) defender a vida é o que assegura o valor de uso do trabalho em saúde. Este autor trata de questões como autonomia/liberdade e controle, formas de gestão democrática, trabalho clínico assentado no vínculo para enfrentamento da alienação vigente nos serviços de saúde e produção efetiva de resultados em defesa da vida.

Ao tratar da autonomia e responsabilização, Campos (1997) coloca a necessidade da liberdade-responsável, que requer envolvimento dos agentes com uma dada tarefa. Este envolvimento tem estado ameaçado, às vezes impedido, ou mesmo estado ausente, por questões como as da inserção da saúde na lógica de mercado, pela forma de gestão vigente nos serviços de saúde, por um certo modo de constituição do ‘ser’ profissional decorrente da formação, a qual também nutre e se nutre daquela conjuntura. O trabalho em saúde degrada-se, perde a capacidade de produzir qualidade de vida, nas instituições públicas e privadas, quando a ênfase desloca-se do interesse da clientela para interesses financeiros, para a busca prestígio e poder ou enreda-se no excesso de burocratização, na corporatização dos profissionais da saúde.

Campos (1997) considera como uma das questões cruciais do trabalho em saúde a sua organização parcelar. O profissional executa apenas uma parte do processo terapêutico, o que acaba produzindo responsabilidades parciais, frente a um ser humano e sua problemática total. Isto impede que o profissional, o cliente, a sociedade, reconheçam o autor e o resultado do trabalho.



Schraiber et al (1999) ao tratarem da divisão do trabalho na área da saúde, colocam que esta gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. Quando a equipe é multiprofissional e os agentes possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade e a interdependência e busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais quando o requerido para a eficácia e eficiência dos serviços seria a autonomia técnica aliada à articulação de ações.

A implementação de diferentes variações do *taylorismo* constitui uma outra vertente de críticas relacionadas ao trabalho no setor saúde. Para Campos (1998), considera-se que a democracia nos serviços de saúde se instala quando se viabilizam Conselhos de Saúde e são realizadas as oficinas de planejamento. Isto mascara a condição de que no dia-a-dia os serviços de saúde são governados por lógicas tradicionais de gerência, que implementam diferentes variações do *taylorismo*. Ou pode-se encontrar

poder centralizado em chefes, controle direto da realização de procedimentos técnicos (produtividades médica, etc) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios, etc), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em regulação horizontal de poder, quanto entre distintos níveis hierárquicos (CAMPOS, 1998, p.865).

A normatização excessiva, a definição precisa das competências, impõe limites à iniciativa, a criatividade, a improvisação por parte dos profissionais “*cristaliza um padrão de produtividade e desempenho muito aquém do necessário ou do socialmente esperado*” (CAMPOS 1994, p.118). O planejamento deve ser feito pela equipe, definindo objetivos estratégicos, modos de alcançá-lo, de controlá-lo e avaliá-lo.

Campos (1997) refere-se ainda à disputa existente nos serviços de saúde entre as propostas de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. Considera que no primeiro caso há o risco da transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo, na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção, não poderia ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento. Os resultados do modelo baseado na especialidade e na diminuição crescente da

capacidade de cada profissional resolver problemas, tem sido tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes, com mais sofrimento e restrições impostas aos clientes e a uma perda da visão integral do sujeito que necessita cuidados em saúde. Os compromissos passaram a ser indiretos, com a saúde em geral, com a população, com o saber, com a coletividade, distanciando-se dos sujeitos/usuários clientes ou parcela real da população.

### **7.3.2 CONEXÕES ENTRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E OS DADOS**

Os componentes das ‘condições e processo de trabalho’ instituído ‘para’ e ‘pelas’ ESFs, estiveram de maneira recorrente, relacionadas à temática do vínculo no/do PSF. Algumas destas questões já aparecem quando se abordou o ‘PSF daqui’ e o ‘se fosse PSF mesmo’.

O modelo de atenção executado por todas as ESF foi o modelo biomédico. Embora ‘firme e forte’ em torno dele emergiam as conflitualidades, as pactuações, as alianças, envolvendo tanto os trabalhadores, quanto os usuários, os gerentes e gestores.

Franco e Merhy 2003 (p. 70), colocam que é certo que aspectos da macropolítica, sociais, econômicos e políticos, definam em grande medida a estrutura e organização dos serviços, mas *“por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde”* (FRANCO e MERHY, 2003, p. 70).

Para Merhy (1997) a criatividade do trabalhador sempre pode ser explorada para inventar novos processos de trabalho, abri-lo para possibilidades não pensadas, especialmente quando se configuram fissuras nos processos instituídos, é possível sair em busca de linhas de fuga. As fugas podem dar-se em direção a lógica que preside o processo de trabalho, ou na produção das necessidades, na configuração tecnológica do trabalho, etc.

Concordando com Merhy (1997, 2003) e Merhy et al (1997) Franco e Merhy (2003), sobre uma dada conjuntura, a configuração do trabalho decorrentes de processos que se instituíram, conseqüentes às disputas instituídas (ou não instituídas) foi favorável à implantação do modelo biomédico.

Como ponto de partida se constrói um CS adotando uma planta física tipo 'Posto' que privilegia espaços para consultórios, salas de procedimentos, de vacinas, farmácia, sala de curativos. Esta estrutura não traz outros espaços, que ajudariam a veicular a idéia de produção de novas formas de atendimento em saúde. As enfermeiras por exemplo recebiam os usuários nos consultórios médicos ou em locais vazios dos corredores, ou seja, espaços disponíveis no momento da procura do atendimento. O CS não dispõe de espaço para atendimento de grupos (para consultas coletivas, cuidados de grupos, para encontro com as famílias, grupos de saúde e outras inúmeras atividades possíveis de saúde).

Em seguida a construção, ocorreu a montagem do CS, o treinamento dos auxiliares de enfermagem e ACS membros das ESF. A SS do município contrata primeiro as enfermeiras e lhes atribui estes papéis. Quando os médicos chegaram o CS estava pronto, certas regras e funcionamento definidas. O trabalho iniciou portanto, sem o envolvimento dos médicos na estruturação inicial do serviço/atendimento. Quando o CS é inaugurado, passou a ser procurado por uma 'multidão' de usuários que estavam sem atendimento em saúde (idosos, hipertensos, diabéticos). Os médicos efetuam um mutirão de consultas, e as enfermeiras propiciam as bases para este atendimento. Conversar, pensar, conhecer a comunidade, planejar ficou para depois, quando a demanda acalmasse. Essa configuração inicial instituiu/validou o modelo biomédico. Os profissionais, os gerentes e os gestores não levaram a cabo resistências que dariam algum espaço para se fazer o 'PSF mesmo'. Fechando o circuito que possibilitou de instalação do modelo biomédico aparece à aprovação dos usuários e dos políticos. A comunidade ficara feliz (vide capítulo 5, item 5.3) pois tinha agora tinha um espaço onde podia aliviar seus 'males'. Não tinha referências para exigir outro modelo que não estivesse prioritariamente comprometido com 'as doenças'. Se a comunidade estava satisfeita também os políticos, que podiam contabilizar como saldo terem propiciado um recurso tão fundamental para a comunidade.

Observei que na chegada de novos médicos e enfermeiras, em função dos problemas de rotatividade, mesmo que o profissional tivesse o ‘perfil para atenção básica de saúde’ e a experiência do ‘PSF mesmo’, logo estavam enquadrados nesta forma de desenvolver o atendimento em saúde.

O grande guardião local do modelo biomédico de atendimento eram as funcionárias da recepção. Elas tinham poderes ilimitados para expandir as agendas de consulta médica, principalmente se percebiam alguma ‘ociosidade’ dos médicos, ou seu envolvimento com ‘atividades pouco importantes’, como reuniões.

Os médicos por sua vez, embora sendo favorecidos pela sua posição hegemônica tinham toda a obrigação de produzir consultas e se exauridos, como se apresentavam às vezes, tornavam-se mal humorados, beligerantes, impacientes, centros de conflito, ‘estragavam o clima’. Nesta condição tornavam-se mais descontentes por não estarem fazendo o ‘PSF mesmo’.

As enfermeiras em caso de ‘mal’ andamento do atendimento médico (não havia médico para atender, demorava, havia se instalado conflito impedindo o andamento) recebiam uma carga maior do descontentamento dos usuários, dos AuxEnf e ACS, além de ficarem sobrecarregadas com demandas dos usuários. Como seu trabalho diferia do trabalho médico, já que distribuía seu tempo entre a tomada de providências para viabilizar o diagnóstico e tratamento, para atendimento dos ACS e dos usuários, para as atividades burocráticas, havia conflitualidades decorrentes da ‘falta do entendimento dos médicos sobre o trabalho das enfermeiras’. Outro ponto de conflitualidade ocorria quando da ausência do médico (saía mais cedo ou estava fora) e a enfermeira não conseguia dar atendimento aos usuários (ex: não podia entregar anticoncepcional se a receita médica estivesse vencida); as enfermeiras também se ressentiam da ‘dependência’ dos médicos, já que se percebiam na condição de terem de tomar todas as providências, arrumar tudo para os médicos trabalharem.

Outro grande guardião do modelo eram os usuários que se valiam de denúncias, normalmente efetuadas por telefone, caso os médicos não estivessem atendendo, houvesse algum conflito, ou o atendimento não estivesse fluindo. A SS se valia de expedientes responder ‘as denúncias’ também por telefone, advertindo, o que gerava apreensão e desconforto dos trabalhadores.

Desta forma a micropolítica do/no processo de trabalho instituído não se constituía num ‘contorno’ ou conglomerado de situações e fatores humanos e físicos em permanente interação e exercendo influência sobre o que ocorre), favorável ao estabelecimento de vínculo (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Sendo o atendimento clínico (freqüentemente focado nas queixas/doença diagnóstico e tratamento) a atividade predominante dos médicos, seus trabalhos tinham como característica principal serem comandados pelo trabalho morto, já que operado pelo saber instituído em resposta a um problema/necessidade biológico que o usuário trazia. Assim, conseguia como produto diminuir o desconforto físico, prevenir o aparecimento de novos sintomas ou progressão das doenças. Como o que construíam eram predominantemente boas relações interpessoais (de valor incontestável) e acolhimento (dirigido às necessidades produzidas pela queixa/doença) careceram da abrangência das dimensionalidades previstas para o PSF, as quais permitiriam a emergência de um trabalho que se cria, institui em ato, cuja meta é produção do sujeito (individual e coletivo) com maior compromisso e co-responsabilidade na construção de sua saúde e do sistema de saúde (local, municipal,..).

O trabalho das enfermeiras por ter um ‘núcleo’ menos delimitado, não conseguia ser operado da mesma forma, com saberes já cristalizados, previamente dados. O trabalho em ato requereu da enfermeira algo diverso do médico, pois o que se apresentava era um volume menor de demandas ligado à queixa/doença, porém maior em relação à viabilização de recursos facilitadores do diagnóstico e as demandas provenientes dos ‘males’ (da fome em casa, negligência dos cuidado pelos parentes, do ciúme, da infidelidade, da falta de finalidades na vida, da falta de dinheiro para comprar os remédios que o ‘Posto não tinha’, da loucura do vizinho que não deixava ninguém dormir, da tentativa de suicídio pelo desemprego, do filho usando droga, do marido alcoolizado que batia). Para estas demandas não estavam disponíveis saberes instituídos, fórmulas científica de pronta aplicação.

A tecnologia das relações que as enfermeiras usavam para operar o trabalho vivo em ato (boas relações interpessoais, acolhimento prioritários das demandas conseqüente à atividade médica, mas também a escuta, o aconselhamento, encaminhamento dos ‘males sociais, da emoção, do espírito) também carecia de

dimensionalidades previstas no PSF (por exemplo da dimensão social da saúde, cultural, política) também deixando de cumprir sua finalidade de construção de um sujeito mais autônomo e co-responsável, de produzir atendimentos mais resolutivos.

Considero que as dificuldades das enfermeiras, em especial frente às demandas conseqüentes aos ‘males’ dos usuários, decorriam em parte, porque não os reconheciam (muito menos os médicos) como necessidades de saúde, em parte por não estarem instrumentalizadas metodologicamente para tal, mas também em decorrência de desenvolverem ‘vários processos trabalhos simultâneos’, de cuidado, de gerência e de educação (LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001) e em função dos ‘males’ não se constituírem efetivamente como foco de trabalho dos saberes e agires da ESF como um todo.

Um outro aspecto a ressaltar, relacionado ao trabalho dos médicos e enfermeiras da realidade estudada, decorria de se perceberem limitados em sua *autonomia* ou até declararem sua inexistência, o que os impedia de fazer o ‘PSF mesmo’ e em conseqüência desenvolver o vínculo requerido. Pode-se identificar esta condição em várias de suas expressões: ‘dizem o que é pra gente fazer’, ‘se a gente tivesse mais liberdade’, ‘se a gente tivesse maior respaldo’, ‘isso daqui é uma coisa fechada’, ‘tinha-se evitar a história de todo mundo se meter’, ‘tinha-se que respeitar as decisões do Conselho’, ‘a gente está submetido a cobranças que nem sempre correspondem ao PSF’, ‘são impostas restrições para a atuação das enfermeiras’.

A explicação desta percepção pode ser encontrada, em parte, nas condições reais de trabalho, mas seriam tais condições responsáveis pelo todo do perceber-se impotente, desenergizado, incapaz de se fazer algo além de obedecer? Ou também se explicaria em função do aprisionamento do ‘sujeito’ construído sócio historicamente pela modernidade, pelas forças políticas, pelas instituições organizadas sob o paradigma neoliberal, a espreita da oportunidade de seqüestrar as autonomias ainda disponíveis, aliadas ao processo de formação profissional e do próprio PSF que não deu conta de capacitar os profissionais para o exercício de rupturas conforme referem Merhy (1997, 2003) e Merhy et al (1997).

Nas colocações dos médicos e enfermeiras aparece a idealização de ver respeitadas as decisões do Conselho Local de Saúde, embora este não tenha tomado

decisões capazes de produzir as mudanças desejadas (vide itens 5.3 e 5.3.3. do capítulo 5). Como os médicos e enfermeiras não participavam das reuniões (exceto da ESF azul) intuía que o ‘Conselho’ efetuasse tal produção.

A autonomia que reivindicam era plena, o que de certa forma também refletia uma idealização, já que não tinham alcançado uma condição preliminar, qual seja, de trabalho integrado, favorecedora do exercício da autonomia. Campos (1998) considera não atingível o ideal da autogestão pelo risco de conduzir-se por interesses alheios ao projeto idealizado. Defende o sistema de co-gestão onde todos decidem, neste caso levando em conta o conjunto de interesses, recompondo desejos, em negociação permanente com outras instâncias de poder. Controle e autonomia teriam graus sempre relativos. Liberdade e autonomia existiriam em cotas, viabilizando espaços para resistência, “*para ludibriar ou até vencer imposições externas opressivas*” (CAMPOS, 1998, p. 868).

Para Campos (1997, p. 230) o trabalho em saúde possui regularidades e padrões repetidos mas também está sempre sujeito as imprevisibilidades. Lugares diferentes, culturas diferentes, clientes diferentes, exigem medidas distintas e diferentes processos de cuidar, mesmo quando se apresentam questões semelhantes. E o “*trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de um certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública*” Porém a eficácia e resolutividade também requerem algum grau de controle institucional, e neste sentido mesmo que estejam em posição antagônicas, autonomia e controle precisam compatibilizar-se para o alcance da autonomia responsável.

Campos (1997) coloca que os trabalhadores de saúde mesmo sendo produzidos pelo mercado, pelas políticas governamentais, pelo saber estruturado em disciplina, pelas leis e pelos valores culturais de cada época não se encontram inteiramente subjugados pois operam com relativa autonomia. São ‘construídos’ mas também ‘constroem’, já que também participam da construção dos saberes e disciplinas do seu campo, influenciam políticas, participam da estruturação do mercado da doença, são tradutores dos princípios políticos nos modelos de atenção, além de influenciarem a sociedade na definição de determinado valor de uso para a vida. Para este autor

(...) os trabalhadores de saúde operam com grau relativo de autonomia, apesar dos constrangimentos a que estão submetidos. Em conseqüência, o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo (missão), objeto e meios de trabalho dos sistemas de saúde pode variar conforme a conjuntura e conforme a sua própria atuação como atores sociais que são. A alienação não é um dado exclusivamente estrutural. (CAMPOS, 1997, p.242).

E também para Merhy (1997, p 100)

na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, e porque ele pode ser sempre atravessado por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar (MERHY, 1997, p. 100).

Nesta realidade porém, os trabalhadores parecem não ter identificado como poderiam exercer sua autonomia, constrangidos pela condução do trabalho no modelo do 'Posto' (de saúde). Ratificam o trabalho como 'Posto' quando só conseguem esboçar resistências ineficazes, de efeito questionável, como 'surtar', organizar e em seguida boicotar os espaços de trabalho conjunto (onde exerceriam o pensar, a crítica, a criatividade), reunir-se 'clandestinamente' para discutir salário, demitir-se. Poderíamos adicionar um questionamento ao que diz Campos (1997) que os sujeitos tanto são construídos, como constroem: poderá o 'contorno' ser imobilizador? Sendo a realidade movimento, mudança, como propõe a dialética, as relações de contrariedade, conflitualidades, de *opressão (externa, interna ou ambas)* precisarão ser reconhecidas pelos próprios agentes envolvidos e pelos gerentes e gestores, para que se dêem avanços qualitativos e não desagregação/deterioração do processo de trabalho.

Uma outra condição a destacar é a da produção da *alienação*, que inclusive está ligada à percepção de falta de autonomia e um conseqüente certo modo de 'sentir-se'. Os médicos e enfermeiras da realidade estudada não estavam imunes de sofrerem processos de alienação impulsionados também pela sua inserção num esquema de trabalho produtivista, de pronto atendimento.

Em suas proposições Campos (1994, 1997, 1998, 1999) também se refere à condição de alienação do processo de trabalho dos profissionais de saúde do setor



público. Para o autor, nos médicos isto se constata pelo desapego e não envolvimento em relação ao seu local de trabalho, descompromisso com a cura completa e com os determinantes de saúde e doença, resultando na desumanização progressiva da prática médica e redução da eficácia. Mas a situação de *alienação* também se apresenta para outros membros que compõem a equipe de saúde.

Campos (1994, p. 84) relaciona a produção da alienação à prática do pronto atendimento e a acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas. Ao referir-se ao modelo de pronto-atendimento, centrado na ‘queixa-conduta’ coloca que seu objetivo é estender o atendimento a um elevado número de pessoas de baixa renda, atendendo com baixíssimo custo, dando também legitimidade política aos governantes. Ou seja combina altíssima produtividade com baixos investimentos, produzindo

uma certa eficácia no alívio imediato do sofrimento individual (dor, febre etc.) e na resolução de um certo padrão urgências (pequenas fraturas, ferimentos, crises hipertensivas, etc.). Ou seja, é uma alternativa capaz de dar conta apenas daqueles problemas passíveis de uma identificação imediata e de um controle através de combinações tecnológicas de baixa complexidade (...) (CAMPOS, 1994, p.83).

sendo que esse modelo não consegue utilizar todo o arsenal de noções e de técnicas acumuladas pela prática clínica propriamente dita.

Já acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, que se por um lado geram controle e regulamentação, por outro, acabam por retirar responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada e se constituem como mecanismos de produção de *alienação* dos trabalhadores de saúde.

Se o indivíduo não se sente ativo, envolvido, se não é estimulado a exercer sua criatividade e tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção. Ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade (CAMPOS, 1997, p. 234).

Ainda como expressão da alienação na realidade estudada cito a vigência de constantes processos de adaptação a demandas dos usuários. Quando ocorriam fortes

demandas envolvendo aspectos sociais, emocionais, clínicos, por parte de usuários e suas famílias em situação de crise, médicos e enfermeiras mobilizavam-se intensamente, contextualizavam, discutiam, definiam ações numa perspectiva que ultrapassava o eixo queixa/tratamento/diagnóstico. Com o passar dos dias o envolvimento diminuía e voltavam-se ao trabalho executado cotidianamente. Como estes usuários e suas famílias não conseguiam ‘dar conta’ de seus problemas sem ajuda, voltavam a buscá-la no CS reiniciando o processo.

Outro aspecto importante para a realidade estudada diz respeito ao *trabalho em equipe* multiprofissional. Peduzzi (2001) ao tratar deste tema caracterizou a existência dos tipos de equipe, quais sejam equipe agrupamento e equipe integração. Como critérios de reconhecimento de um e de outro tipo, a autora coloca que na equipe agrupamento predomina comunicação do tipo pessoal, externa trabalho, não se formula um projeto assistencial comum, mantém-se as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, não há flexibilidade na divisão técnica do trabalho, há autonomia técnica plena para alguns agentes e enfraquecimento (ou ausência) de autonomia para outros.

No tipo equipe integração predomina a comunicação intrínseca ao trabalho, a existência de um projeto assistencial comum, a flexibilidade na divisão do trabalho e a autonomia técnica é interdependente. Por sua vez especificidades de trabalhos técnicos especializados e as desigualdades dos trabalhos são constantemente são argüidas.

O padrão de trabalho nas ESF se revelou do tipo agrupamento, já que predominantemente eram os indicadores deste que se evidenciavam. Várias expressões de todos os integrantes das ESF se referiam à questão como as seguintes: ‘cada um fica na sua’, ‘não se estrutura um trabalho coletivamente’, ‘aqui se fazem ações isoladas’, ‘o trabalho é fragmentado do tipo que faz e acaba’, ‘não se cultivam relações interpessoais’, faltam outros profissionais’. As ESF reconheciam o impacto destas dificuldades no estabelecimento do vínculo do/no PSF.

Campos (1994, p.117) aponta que a “*autonomia e ascendência do médico sobre os demais praticamente anula a noção de equipe de saúde ou de trabalho multiprofissional integrado. Não há integração possível a não ser a da subordinação*”.

Para Franco e Merhy (1999, 2003) as mudanças promovidas no setor saúde têm se concentrado em mudar a forma e estrutura dos serviços, através da adoção de expedientes gerenciais como a territorialização e adscrição da clientela, porém mantém o processo de trabalho médico-centrado que opera basicamente na produção de procedimentos e não no cuidado. Mesmo que adote o modo 'equipe multiprofissional centrado' como núcleo da produção de serviços, o que se apresenta é a dificuldade dos trabalhadores de construir um processo interativo, que articule um 'campo de produção do cuidado' em comum, onde se troquem conhecimentos. As equipes estão tanto guiadas por uma conjunção prescritiva, como aprisionados em seus 'núcleo específico' de saberes e práticas. Se ao contrário dispusessem de 'um campo do cuidado' em comum, se construíssem a interação, teriam possibilidades "*de usar todo o seu potencial criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado*" (FRANCO e MERHY, 2003, p.119).

Para os autores citados e com os quais concordo, embora marcadamente os médicos, todos os envolvidos na produção de serviços de saúde, precisam aprender a trabalhar dentro de dinâmicas relacionais. É preciso ir além do cognitivo; a solidariedade no interagir dos saberes e fazeres é condição necessária à constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. O que deve modificar-se são as referências epistemológicas, destruir-se o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados. Os sujeitos precisam mudar, na direção de novos valores, de uma cultura e de comportamentos baseados na solidariedade, ética, cidadania e humanização na assistência, para que possam protagonizar mudanças.

A expressão multidimensional das necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento e as intervenções sobre o complexo objeto - processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos, requer múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral. A mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição. Ações isoladas, ações justapostas, sem articulação, não permitem o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde. Para tal é necessário utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, buscar o entendimento e o reconhecimento recíproco de

autoridades e saberes e da autonomia técnica. O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam à bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar (SCHRAIBER et al, 1999. p. 233).

A solidariedade profissional deve estar (...) “*presente na boa prática do interagir fazeres e saberes e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados nos usuários*”. Assim a solidariedade interna da equipe e a sinergia das diversas competências são pré-requisitos para os desafios que as equipes terão de enfrentar (FRANCO E MERHY, 1999, p.7).

Enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado que é comum à maioria dos trabalhadores, não se pode dizer que há um trabalho em equipe (FRANCO E MERHY, 1999, p.7).

Nas questões abordadas acima vimos que é possível apontar para a sua completa implicação com a gestão. Merhy (1997) explicita que o trabalho vivo em ato tem dupla repercussão na gestão dos estabelecimentos de saúde (dobras): age tanto sobre a definição da micropolítica de trabalho (gestão organizacional do processo produtivo) como sobre a operação da produção de bens (gestão no espaço do processo de trabalho). Fazer uma intervenção institucional, na direção da mudança do processo de trabalho e dos sistemas de direção, implica numa complexidade muito maior que a implicada na implementação de uma programação. Num centro de saúde, dado a micropolítica do processo de trabalho, configura-se uma dada complexidade a qual remete a gestão a outros processos ou aqueles que impliquem em

problematizar cabeças e interesses, em um processo institucional que atue sobre a permanente dinâmica privatização/publicização dos autogovernos dos trabalhadores (...); que deverão sempre buscar interrogações, no fundo sempre ético-políticas, para poderem gerar processos de liberação, sobre o sentido da ‘captura’ do trabalho vivo em ato, pelas forças instituintes do trabalho morto, que está cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar (...) (MERHY, 1997, p. 99) .

Merhy (1997), aponta algumas possibilidades decorrentes do exame da gestão do processo de trabalho em saúde tais como: o trabalho vivo ser considerado como criador, construtor de processo tecnológicos capazes de enfrentar a temática das necessidades; o trabalho em saúde ser considerado como lócus de auto-análise do que se faz, como se faz, quem se faz, e com que finalidade; o trabalho em saúde sob a ótica do trabalho vivo poder abri-se em seus segredos em torno das tecnologias das relações, incorporando interrogadores dos espaços intercessores, em direção ao compromisso com a vida.

Campos (1994, 1998, 1999) defendendo o envolvimento dos profissionais no processo de gestão dos serviços de saúde, coloca que estes precisam, como pré-condição, ter garantia de vínculo institucional, de forma que não se sintam subjugados frente ao risco de demissão por critérios político partidários. Propõe um modelo de gestão dos serviços de saúde o qual denomina de ‘Gestão Colegiada’, centrada em equipes de saúde. Neste estilo de trabalho haveria encontros periódicos do coletivo de trabalhadores, *“onde se discutiriam necessidades de saúde, divisão de tarefas e papéis de cada um, para em seguida, elaborassem-se planos, modelos de atenção, programas e metas”* (CAMPOS, 1999, p. 866).

Neste modo de gestão buscar-se-ia tanto a identificação dos trabalhadores com sua obra, como também o compromisso com a produção de valores de uso em resposta a demandas sociais. Para o autor sempre haverá antagonismos entre a missão básica dos sistemas de saúde e os interesses corporativos das várias categorias profissionais, entre diretores, coordenadores de unidade e seus colegiados, entre médicos, enfermeiros, técnicos e usuários do sistema, em torno de modelos e programas de atenção, divisão de trabalho, atribuições e responsabilidade. Sendo impossível eliminar conflitos, contradições, polaridades, é possível criar espaços onde isto seja trabalhado, considerando tanto os vários interesses como as várias racionalidades: *“discussão, negociação, explicitação das diferenças; porém sempre seguidas de síntese operativas a serem colocadas em prática pelos trabalhadores”* (CAMPOS, 1998, p. 869)

A supervisão externa teria o papel apoiador e agenciador de mudanças, desempenhando papéis como analista do grupo, assessor de planejamento, instituindo a reflexão crítica, a participação e a educação permanente.

Merhy et al (1997) alertam que é preciso ir além na gestão, enfocando-se a forma de se operar no jogo de disputa dos distintos agentes, inclusive no modo como conformam o espaço institucional.

A gestão institucional seria toda a intervenção de governo que possibilitasse 'publicizar' os processos de disputa e revelar a 'contratualidade' que os agentes instituem entre si, definindo uma certa 'cara' instituída para o serviço (Merhy et al, 1997, p.115).

Neste caso a informação de interesse efetivo teria de revelar para além da funcionalidade ou teria de ser um a ferramenta que permitisse analisar o novo conjunto de forças, disputas, o que se produz, como se produz, tanto em termos de relação como de bens e produtos de saúde.

Os mesmos autores apontam que podem ser tentados arranjos institucionais que atendam pelo menos três critérios, importantes no enfrentamento da alienação e no alcance da missão dos serviços de saúde, combinando autonomia e responsabilidade, atribuída aos profissionais. Esses critérios podem ser às vezes antagônicos entre si, mas se constituem em aspectos gerenciais importantes. O principal critério para validar um arranjo institucional é a capacidade de 'produzir saúde' do serviço ou da equipe; um outro critério seria a viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados (dinheiro, armação político-institucional, saberes e meios); o terceiro consideraria realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde. Do ponto de vista prático seria desejável buscar-se sempre a máxima realização possível dos três critérios. "É necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho" (CAMPOS, 1997, p. 235). Isto pode ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitam o envolvimento/participação em novas formas de funcionamento institucional, na reinvenção como possibilidade cotidiana, comprometendo trabalhadores com a missão e os projetos institucionais.

Também adquire centralidade o desenvolvimento, a criação de novos indicadores, avaliadores do desempenho, como possibilidade de dimensionar a retribuição financeira dos trabalhadores de saúde. Uma fórmula com melhores resultados, para alterar positivamente a subjetividade dos trabalhadores de saúde (diminuição de conflitos, aumento do envolvimento com o projeto de saúde, sentimento de valorização por sua contribuição), seria combinar salários fixos com outras variáveis de pagamento, como gratificação pelo alcance de metas (CAMPOS, 1997).

*Concluindo* este diálogo entre dados e autores, que poderia ser ainda muito mais amplo em função da multiplicidade de nuances e da complexidade que cerca o tema do processo e condições de trabalho em saúde, é preciso mencionar que embora os componentes tenham sido mencionados separadamente, eles são interdependentes, se retro alimentam, configuram um todo num dado ‘contorno’, como no caso da gestão do estabelecimento de saúde.

#### **7.4 DIÁLOGO N º4: ÀS VEZES A GENTE CONSEGUE ESTABELEECER VÍNCULO**

A intencionalidade deste quarto diálogo foi retornar aos autores para compor a perspectiva do ‘olhar’ para o vínculo, confrontando suas posições com os dados que emergiram das ‘categoria às vezes a gente consegue’ (estabelecer vínculo). Para facilitar a tarefa elaborei um quadro síntese com tais proposições, destacando no diálogo aspectos que ainda não foram explorados ao longo do relatório.

Tanto em Pichon-Rivière (2000), como em Campos (1994, 1997, 1998, 1999), em Merhy (1997, 1999, 2003) e Merhy e Franco (1999; 2003) como no próprio PSF, foi possível identificar a presença de alguns elementos comuns que permitem caracterizar posições à cerca do vínculo tais como: um modo de conceber vínculo, a explicitação de suas finalidades, determinantes do vínculo, processo vigentes. No quadro abaixo aparecem especificados estas referências.

**QUADRO 36: SÍNTESE DE PROPOSIÇÕES DO PSF E DE AUTORES RELACIONADAS AO VÍNCULO**

CARACTERIZAÇÃO	PSF	PICHON-RIVIÈRE	CAMPOS	MERHY e FRANCO
<b>O QUE É VÍNCULO</b>	Relacionamento estreito/laços entre profissionais de saúde e população adscrita	Estrutura de relação especial  esta inclui um sujeito e um objeto (ou o outro), a relação do sujeito ante ao objeto e a relação objeto ante ao sujeito = BIDIRECIONALIDADE  forma-se a partir de um tipo particular de relações.  deve possuir uma intencionalidade clara	Ligação  deve ser estável, duradoura  recriada no cotidiano,	É tecnologia leve ou modo relacional de agir (partir de certos conhecimentos) quando da produção de atos de saúde (produção de algo)
<b>FINALIDADES</b>	Auxiliar na transformação do modelo assistencial biomédico para o de produção social da saúde  auxiliar na transformação do modelo assistencial na perspectiva do alcance da universalidade, equidade e da integralidade  construção de compromisso e coresponsabilidade entre profissionais de saúde e população  ampliar as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, e recuperação das doenças  humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação dos usuários  incrementar a resolutividade no atendimento em saúde	Estabelecer uma relação particular entre sujeito e objeto  produzir uma gestalt" e sua interpretação  produzir a transformação do objeto através da ação do sujeito	Modificar os padrões de relação dos profissionais de saúde e clientela  habilitar profissionais e usuários a lidar com constrangimentos do contexto, e mesmo com os limites impostos pela realidade para construir algo de que se orgulhem  permitir que o paciente exerça melhor seus direitos de cidadania, quando do conhecimento do nome, posto e dos responsáveis por ele  permitir ao profissional exercer seu coeficiente de autonomia em favor de um projeto capaz de produzir saúde, de defender a vida  requalificar o exercício da clínica voltada ao eixo queixa/ conduta  permitir ao profissional identificar sua 'obra'  promover desalienação  permitir acompanhamento do trabalho dos profissionais tanto da gerência como pela clientela.	Estabelecer relações próximas de modo a favorecer re-sensibilização dos trabalhadores para o sofrimento do outro (individual ou coletivo)  instituir um processo de transferência entre usuários (individuais ou coletivos) e trabalhador para construir, aumentar, recuperar graus de autonomia dos usuários para 'viver a vida'  dar sentido ao usuário, no interior do processo de trabalho  diminuir a intervenção burocratizada e impessoal



<p><b>DETERMINANTES</b></p>	<p>Formação profissional</p> <p>perfil dos profissionais</p> <p>capacidade de mudança dos profissionais</p> <p>treinamentos, capacidades e educação continuada</p>	<p>Condicionamentos, símbolos, significados, construídos historicamente os quais compõe uma pauta de conduta inconsciente condicionamentos em relação aos papéis que o sujeito desempenha</p> <p>assumir ou não o papel (is) de forma consciente e voluntária</p> <p>significação atribuída ao processo</p> <p>modo de ser do sujeito</p> <p>campo psicológico favorável (ou não)</p>	<p>Representações construídas ao longo de suas trajetórias pessoais</p> <p>formação</p> <p>referencias sociais</p> <p>pressões e constrangimentos das instituições</p>	<p>Modelo tecno assistencial adotado pelo serviço e pelos profissionais</p> <p>micropolítica do trabalho em saúde</p> <p>privatização x socialização do autogoverno</p> <p>relação trabalho vivo/ trabalho morto</p>
<p><b>PROCESSO</b></p>	<p>Cadastramento da população adscrita</p> <p>conhecimento da realidade local</p> <p>planejamento segundo realidade e com a colaboração da comunidade</p> <p>atendimento integral e resolutivo com apoio intersetorial</p>	<p>É acionada por motivações psicológicas que ora são internas ora externas</p> <p>está em contínua formação</p> <p>a conduta relacional se repete e que tende a formar um padrão</p> <p>fluxo em espiral dialética</p>	<p>Relação de transferência e contra-transferência contínua, mediado por uma representação do outro</p> <p>presença contínua do fluxo da subjetividade pelo contato com as dimensões físicas e emocionais do outro</p> <p>requer que a relação se dê entre 'sujeitos'</p> <p>responsabilização do profissional por determinado número de casos</p> <p>requer autonomia para criar e desencadear mecanismos de cuidados necessários</p> <p>requer apoio dos outros membros da equipe ou de outros serviços de saúde</p>	<p>Os usuários são referenciados a uma dada equipe de trabalhadores</p> <p>instala-se o espaço relacional onde ocorre fala, escuta, interpretação aceitação (ou não) do 'problema de saúde/necessidade' confirmação ou negação da assistência</p> <p>confirmação (ou não) da expectativa assistencial do usuário</p>
<p><b>O QUE ATRAPALHA</b></p>	<p>A formação profissional voltada para atendimento da doença</p> <p>falta de perfil de alguns profissionais</p> <p>resistências dos profissionais e de alguns gestores</p>	<p>Quando um papel não é assumido conscientemente</p> <p>quando o papel não é resignificado</p> <p>quando um dos dois não acusa o impacto do outro</p>	<p>Hiper valorização das técnicas de objetivação das subjetividades dos clientes</p> <p>degradação dos usuários à condição de objeto</p> <p>descompromisso do profissional com a finalidade resultados de seu trabalho qual seja à produção do cuidado em saúde (individual e coletiva), da cura, da defesa da vida</p>	<p>Desacordos, conflitos, disputas permanentes em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde pelos sujeitos que se colocam como instituintes nos processos instaurados</p>

Ao longo da apresentação e análise dos dados procurei traduzir e caracterizar o alcance, as dificuldades, os impedimentos para o estabelecimento do ‘vínculo’ no/do PSF. Frente ao conceito adotado as atitudes/comportamentos dos profissionais não conseguiram evidenciar, quanti-qualitativamente, as dimensionalidades das relações previstas para o PSF ou as dimensionalidades de *humanização da atenção, técnica/relacional, sócio-cultural, ecológica e política*. Também não se produziram como vínculo do/no PSF, já que não cumpriram as finalidades estratégicas previstas, no sentido da mudança para o modelo de produção social da saúde.

Não estabelecer o vínculo do/no PSF foi decorrência de múltiplos fatores dentre os quais: a não produção de sujeitos profissionais para o estabelecimento do vínculo, tanto em consequência de sua imersão, como sujeitos sociais, no paradigma neoliberal vigente, como em função da insuficiência desta constituição, de ‘sujeitos do vínculo’, em sua formação e posteriormente no PSF; por estarem inseridos num processo e condições de trabalho que não os ‘permitia’ fazer o ‘PSF mesmo’; por não conseguirem romper com o modelo de atendimento biomédico; por não terem conseguido exercer sua autonomia e produzir rupturas no instituído.

Mas o olhar do pesquisador tem limitações e neste sentido busco ultrapassá-las pela instrumentalização em outros olhares, embora ainda se apresente a limitação de que é a pesquisadora que os interpreta .

Se a avaliação da realidade estudada pautar-se na leitura do que está ‘exposto’, do que ‘aparece’ poder-se-ia concordar que médicos e enfermeiras estivessem estabelecendo vínculo, já que implementavam uma tecnologia de relações (vide quadros de componentes ‘pode-se estabelecer vínculo de várias maneiras mas não há receita’; ‘o que pode indicar a construção de vínculos’; ‘os médicos na construção do vínculo’; ‘as enfermeiras na construção do vínculo’; ‘os melhores espaços para construir vínculo’, no capítulo 6). Quando porém se examina esse vínculo, a partir da perspectiva dos autores, aspectos não aparentes evidenciam-se.

Pela ótica de Pichon-Rivière (2000), por exemplo, a finalidade do vínculo é a estruturação de uma relação especial que permita a elaboração de uma ‘gestalt’ a qual deve passar por uma interpretação. E, neste sentido o problema que se configurou é o de que as relações estabelecidas não conseguiram ter este alcance, ou seja os sujeitos

em uma relação especial teriam de construir um todo (gestalt) voltado para o que estivesse ocorrendo em termos da saúde do usuário (individual/coletivo) e este passaria por um processo interpretativo frente a uma intencionalidade claramente definida. Como na realidade estudada predominava o modelo biomédico, do tipo ‘pronto atendimento’, aliado ao princípio taylorista da produção e a conseqüente organização parcelar do trabalho em torno da atividade médica, o que se apresentava no espaço relacional já estava demarcado, isolado, capturado pelos saberes instituídos (mais para os médicos e menos para as enfermeiras) e nestes termos de longe escapava a finalidade do vínculo prevista por Pichon-Riviére (2000).

Tampouco o vínculo que os médicos e enfermeiras entendiam estar conseguindo estabelecer alcançou as finalidades referidas por Campos (1997, 1998, 1999), Merhy (1997, 2003) e Franco e Merhy (2003).

Em Campos (1997, 1998, 1999) aparecem finalidades a serem alcançadas pelo vínculo relacionadas aos usuários, aos profissionais, implicando ainda o serviço de saúde. Para os primeiros haveria possibilidades de ganhos seja na questão cidadania, terem outra forma de clínica, ampliada, humanizada, realizada por profissionais comprometidos com o cuidado, com promoção da sua saúde, com sua vida. Para os profissionais as finalidades do vínculo referem-se a novas formas de condução das atividades profissionais, com responsabilizações claras na produção da saúde, ‘re-encantada’, desalienada. Em Campos (1997, 1998, 1999) as condições para que as finalidades do vínculo possam concretizar-se não estão dadas, já que se produzem ‘com/a partir de’ uma forma de co-gestão que tanto possibilite participação, quanto a autonomia e controle do atendimento em saúde.

Considero que a *relação vínculo x gestão* não tem recebido tratamento especial nas formulações do MS sobre o PSF, o qual dá demasiada ênfase/peso ao papel dos profissionais no estabelecimento de vínculo. Na realidade estudada talvez esta tenha sido uma questão chave, definidora da forma como se construiu uma dada tecnologia das relações. Ou superando certos constrangimentos oriundos da gerência/gestão, do processo de trabalho (tais como discurso do modelo de atendimento ampliado x requerimento de produtividade de consultas médicas e procedimentos, mudanças introduzidas de forma vertical sem envolvimento dos profissionais), e porque em

geral os médicos e enfermeiras tinham ‘perfil’ para o trabalho em atenção básica, desenvolveram uma tecnologia de relações mais identificada com boas relações interpessoais e acolhimento, configurando melhorias incrementais de atendimento no modelo biomédico.

Em Merhy (1997, 1999, 2003), Merhy et al (1997) e Franco e Merhy (2003) o vínculo também tem finalidades junto aos usuários, aos profissionais e serviços de saúde. Estes autores referem-se à possibilidade de leitura do modelo de atendimento que os serviços adotam, via interrogação das relações estabelecidas, pois estas revelam aquele. Pode-se interrogar a capacidade de atender a demanda, a consideração pelas necessidades de saúde, a eficácia e eficiência. Tais proposições permitem caracterizar uma dada tecnologia de relações que se faça sem atingir as finalidades desejadas, que não consegue ser o que o vínculo é, e outra tecnologia de relações que viabiliza as finalidades esperadas, caracterizando-se assim, de fato, como vínculo.

A partir do que foi colocado, considero que os dados obtidos indicam a impossibilidade da tecnologia de relações, adotada pelos médicos e enfermeiros da realidade estudada, de poderem se caracterizar como vínculo, na perspectiva de autores referidos, basicamente em função da ‘incompletude’ das ações indicadas. Ou os profissionais efetuaram acolhimento, estabeleceram relações que se prolongaram ao longo do tempo, demonstraram interesse pelo bem estar de sua clientela, empenharam-se na resolução de questões trazidas pelos usuários. Mas esta tecnologia não consegue ser vínculo de compromisso e co-responsabilidade já que não atinge parte das finalidades suas finalidades, embora se pareça com vínculo. Então, não sendo este PSF o ‘PSF mesmo’, ‘o vínculo que a gente consegue’ não é ‘vínculo mesmo’, pois não tem potência para realizar a(s) finalidades (s) que se atribuem a ele nem na perspectiva do PSF, nem na perspectiva dos outros autores envolvidos com esta temática.

Em defesa do que dizem os profissionais, ‘que às vezes conseguem estabelecer vínculo’, Pichon-Rivière (2000) coloca que os sujeitos estabelecem, simultaneamente, relações vinculares diversas. Assim, em meio a um conjunto predominante de relações que não expressam elementos para serem consideradas ‘especiais’/diferenciadas, foram estabelecidas outras que permitiram aos usuários tornarem-se mais conscientes,

mais autônomos, mais participativos, mudarem, e em função disso estavam ‘caminhando, perdendo peso, estavam entendendo porque não precisavam se manter dependentes de antidepressivos, estavam se organizando e se divertindo nos grupos para minimizar a solidão que leva as pessoas à ‘inventarem’ doenças.

Há coincidência na posição dos médicos e enfermeiras e Schimith (2002), Schimidt e Lima (2004) quando colocam que acolhimento e vínculo no PSF demonstraram tanto realidade quanto desejo, quanto às vezes não ocorre (vide item 3.5.5 do capítulo 3).

Tendo claro que as realidades estudadas foram diferentes, considero que a tecnologia de relações adotada pelos médicos e enfermeiras da realidade estudada além de não alcançar certas finalidades do vínculo, apresentava uma carência de outra ordem, agora de natureza quantitativa, pois aquele ‘vínculo’ (das finalidades atingidas) ocorria com ‘poucos’, reduzindo desta forma, a chance ‘deste vínculo’ impor-se como totalidade significativa.

Assim minha posição frente a esta realidade, difere da Schimith (2002) Schimidt e Lima (2004) porque o que inferi dos dados produzidos foi a predominância da parcialidade e por conseqüência a falta de potência da tecnologia das relações estabelecidas cumprirem as finalidades que o PSF indica para o vínculo.

Considero um erro do MS ao apontar a vigência do vínculo em realidades do PSF, conforme verificado no *Relatório de Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*, já mencionado no item 3.5.6 do capítulo 3, ao fornecer dados que permitem apenas reconhecer uma tecnologia de boas relações interpessoais. É preciso também considerar que houve um incremento acentuado no número de ESF em vários municípios de País, resultando num maior número de interações entre usuários e profissionais da ESF. Neste sentido pode-se esperar uma maior produção de relações. Na realidade estudada o atendimento em saúde chegou com as ESF e portanto uma gama de relações novas foi aí constituída.

Retornando ao quadro apresentado, considero ainda importante destacar certas questões mencionadas, ‘as determinações’, e ‘processo de estabelecimento do vínculo’. Nos diálogos anteriores já foram abordados a influência do social e da

formação profissional sobre o modo dos médicos e enfermeiras constituírem-se, que aparece no quadro, apontadas por Pichon-Rivière (2000), Campos (1994, 1997, 1998, 1999) Merhy (1997, 1999, 2003) e Franco e Merhy (2003).

Aspectos referidos por Pichon-Rivière (2000) como determinantes no estabelecimento do vínculo são a motivação, o papel e status. Pichon-Rivière (2000) refere que o vínculo é acionado por motivações psicológicas, que adotam um fluxo em espiral dialética ora interno ora externo, que se alternam em suas posições. No PSF estudado vimos que o ‘idealismo’, ‘saber o que o PSF quer’, ‘gostar do que se faz’, ‘acreditar que o PSF é lindo’ e ‘tem de ser feito lindo’ constituíram-se aspectos motivacionais para o vínculo, referidos pelos médicos e enfermeiras. Quando se confrontaram com as decepções advindas do PSF real passaram a experimentar também desmotivação, ‘deserregização’; desejo de fuga (expresso na intencionalidade de deixar esse trabalho desgastante); construíam respostas adaptativas frente ‘às crises’ vivenciadas pelos usuários, tornavam-se mais ‘beligerantes’. As decepções provenientes de eventos externos se internalizavam e as internalizações se externalizavam. Pichon-Rivière (2000) coloca ainda a possibilidade de se instalar uma conduta relacional mais ou menos fixa, com o outro sujeito da relação (usuário), em função dos fluxos motivacionais vigentes.

Campos (1997) também trabalha com este obstáculo que ronda o vínculo, do fluxo motivacional interiorizado/exteriorizado, enfocando o que se produz em função das representações dos usuários e das motivações decorrentes dos condicionamentos históricos dos profissionais, dos constrangimentos provenientes das instituições e em função da centralização da gestão. Por certo que a realidade sempre impõe desafios, reduz as fantasias e certo grau de insatisfação sempre estará presente, mas a realidade também deve produzir/alimentar a motivação. O que colocam Pichon-Rivière (2000) e Campos (1999) permitem que se ressalte a importância do papel das instituições na composição das condições de motivação para se estabelecer vínculo.

Papel e ‘status’ também são determinantes do vínculo segundo Pichon-Rivière (2000). No PSF os médicos e enfermeiras das ESF devem instrumentalizar o usuário para o compromisso e co-responsabilidade, reduzindo em função desta nova condição a assimetria das posições. Mantendo-se desempenhando os papéis tradicionais as

relações perseguiram finalidades restritas do modelo biomédico; não se abriram perspectivas para novos objetivos do atendimento em saúde construídos em parceria por vários atores. Os papéis mantidos não alteraram o ‘status’, do poder da cura e tratamento do médico; ou o modelo biomédico manteve-se intocado.

Se usuário por sua vez continua a ‘receber’, ‘ser conduzido’, ‘ser informado’, ‘orientado a proceder da forma definida’ pelo profissional, a relação de transferência e contra transferência não se dá entre um sujeito profissional e um sujeito usuário (individual e coletivo) já que este último mantém-se na posição de objeto (Campos, 1997). Pichon-Rivière (2000) ressalta que o que aparece no ‘outro’ elemento da relação (que ele nomeia de objeto mas com sentido diferentes de Campos), depende em boa parte da atitude do sujeito. Também sobre este aspecto Campos (1997) alerta que quase nunca se inclui a produção de sujeitos sociais como um dos objetivos da administração ou do planejamento.

E ainda, retomando Pichon-Rivière (2000), este autor aponta a influência do campo psicológico ou contexto no qual se dão as interações. O contexto da realidade estudada tanto demonstrou conformar ‘algo que se consegue estabelecer’, como o ‘o estabelecido’ conformou um dado contexto. Assim, relações que se estabeleceram ocorreram num contexto tempo/espaço/conteúdo estruturados e ‘quase totalmente capturados’ na montagem das agendas, pela recepção, pela gerência/gestão, pelos usuários. Por sua vez, tal captura produziu certa deterioração nos micro processos de trabalho, denunciado crises, pelo desencantamento, pelo desmanche das equipes. Esse contexto também compôs o mosaico das condições para que o ‘vínculo estabelecido’ não seja o ‘vínculo mesmo’.

Nestes termos *concluo* este dialogo efetuando ainda uma síntese do que foi desenvolvido, onde refutei que médicos e enfermeiras ‘consigam estabelecer vínculo’, do PSF ou implementar atendimento em saúde no sentido da mudança do modelo assistencial. Frente à realidade estudada os médicos e enfermeiras não conseguiram produzir em atitudes/comportamentos as dimensionalidades previstas pelo PSF, e conseqüentemente não atingirem finalidades que o vínculo deveria alcançar. Os usuários recebiam atendimentos dentro de enfoques delimitados, uma vez que não podiam se apresentar com uma dada totalidade de seus ‘males’ (ou se podiam estes

não eram reconhecidos como objetos de intervenção ou a intervenção não era metodologicamente conduzida para ser resolutive). Assim os usuários foram inseridos num espaço ‘parcialmente’ intercessor, conduzido por uma tecnologia de relações que processava ‘parte’ das necessidades apresentadas. Desta forma o que podiam construir eram compromissos e co-responsabilidades ‘parciais’, alcançar graus de autonomia ‘parciais’. Assim, na perspectiva da dialética, *as insuficiências* não permitiram que se produzissem as progressões qualitativas demandadas ou as suficiências se mostraram insuficientes (admitindo-se que insuficiências sempre se apresentarão).

## **7. 5 DE VOLTA AOS DADOS: O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR**

Conforme já colocado nos itens 4.2 e 4.3 do capítulo 4 deste relatório, a dialética, como método, tem a finalidade de examinar uma dada totalidade social, buscando captar seus movimentos, as implicações entre seus componentes, preparando quadros explicativos que revelem as complexidades, a sinuosidades, conflitualidades, envolvidas nesta totalidade. Mas tem também, como consequência da revelação da concreticidade do real (nunca perfeitamente efetuada) e da construção de novas (e intermináveis) sínteses, contribuir para aperfeiçoamento da práxis e da construção histórica daquela realidade humano-social.

Muitas vezes não é preciso inventar formas/fórmulas/processos para este aperfeiçoamento de uma dada realidade humano-social. Não é preciso porque elas já têm existência, só que estão vagando, soltas, desabrigadas. É que elas não encontraram escuta, atenção, receptividade, processamento e assim sendo, não conseguiram constituir-se como possibilidades para o enfrentamento de que já se configura como superado, para a ascensão a níveis crescentes de qualidade.

Um diagnóstico sobre o que é necessário mudar no CS, no processo e condições de trabalho, na política, nos políticos e SS, no sentido de favorecer o estabelecimento do vínculo no PSF ou fazer o ‘PSF mesmo’ já tinha existência e em



função disso se expressou nos depoimentos dos atores do vínculo quando se pronunciaram sobre o que tem que ter/tem que mudar.

## **II TEMA - 4ª CATEGORIA: O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR**

### **Quadro 37: componentes – na política, nos políticos, na Secretaria**

---

#### **Unidades de significado:**

---

##### **Versão dos médicos e enfermeiras**

---

- Transformava o programa daqui em estratégia. Se está implantado o PSF, se tem toda aquela teoria, então vamos fazer bem feito
- Secretário de Saúde, não deveria ser cargo político porque às vezes ele não tem a mínima noção de saúde. Deveria ser alguém da saúde. Isso evitaria que se façam coisas que não tem nada a haver com teu trabalho e que te estressam
- Colocava as autoridades para aumentar a conscientização da população sobre o programa
- Apoiaria todas as formas de controle comunitário. Fortificava as redes, o poder comunitário, as escolas, as igrejas
- Fortaleceria a participação do Conselho Local e Municipal de Saúde nas decisões de aplicação do orçamento do PSF e fiscalizava a utilização
- Um ponto fundamental para o PSF acontecer melhor é a supervisão da Secretaria. Deveria estar mais perto, dividir mais, ouvir as dificuldades, levar nossas coisas, analisar, trazer de volta, dar uma resposta. Lógico que eles não vão ter solução pra tudo mas ao menos a gente saberia que eles estão se empenhando, tentando ajudar
- Isso também é uma maneira da gente se sentir mais valorizada, pensar: puxa o pessoal está preocupado com a gente, senão a gente fica jogada aqui e pronto, cada um faz como quer, se não quiser não faz
- Reduziria o número de famílias por ACS. Duzentas e cinqüenta, trezentas famílias estão muito além da conta. Com número menor de famílias seria melhor para estabelecerem vínculos
- O PSF é um programa bastante complexo e poderia ter outros profissionais como o assistente social e psicologia, pra dar uma atenção básica, ajudar a ESF
- A Secretaria de Saúde do Município teria que apoiar mais a autonomia das equipes

---

##### **Versão dos AuxEnf e ACS**

---

- Tem também está coisa de salário. Se o PSF é um só e vem lá de Brasília porque esta diferenciação de salário entre os municípios? Isso não dá pra entender
  - E outra coisa é essa de vir aqui e falar que a gente não fez o serviço e que será conferido. A gente quer isso mesmo. Eles acham que nós ficamos dentro de casa, fazendo produções enganosas, que nós não fizemos nada
  - A comunidade considera a gente igual a eles. Agora aqui o negócio muda, aqui é da Secretaria
  - Eles cobram cadastramento mas faltam fichas; depois a gente tem de fazer o trabalho acelerado, se a gente não está em dia não é por nossa culpa
-

- 
- Não são feitas as coisas que precisam. É tudo política. Correm pra arrumar tudo bonitinho, pra não ter rolo, pra chegar na hora ganhar um votinho. Essa que é a proposta
  - Privatizava tudo, o trabalho ia funcionar melhor, remunerava melhor, teriam de dar conta, se serviço não fosse bem feito, no final do mês o dinheiro não vinha

---

### **Versão dos usuários**

---

- Mudaria na Secretaria da Saúde, tirando um pouco o pessoal que trabalha lá dentro, que é bastante, principalmente enfermeira padrão
  - As enfermeiras na Secretaria estão trabalhando em burocracia e não na linha de frente. As comunidades estão precisando desse pessoal. É um exagero, muito oficial e pouco soldado
  - Aumentaria o diálogo da Secretaria com o CS. O médico da ESF amarela saiu por falta disto, era uma boa pessoa, mas era nervosinho
  - Na Secretaria a gente fez reclamações, pegaram os nossos nomes, não deram o retorno que prometeram, então isso aí é o que está falho
  - Mudaria os políticos, a Secretaria, pra cumprirem suas promessas, serem verdadeiros, priorizarem a saúde
- 

Destaco que neste conjunto de dados as sugestões de mudança não se produziram estritamente enfocando aspectos relacionados aos médicos enfermeiras e usuários. Os AuxEnf e ACS referiram o que tem de ter e mudar também com relação a eles e sendo membros das ESF são co-construtores de vínculo.

O conjunto aponta que tanto médicos, enfermeiras, AuxEnf e ACS e usuários, consideram que as mudanças devem ocorrer no macro, no meso e no micro contexto para que se possa estabelecer e manter o vínculo requerido pelo PSF. Ou vínculo de compromisso e co-responsabilidade só sendo “PSF mesmo”. Para os médicos, enfermeiras, AuxEnf e ACS, a mudança básica é que o PSF funcione como estratégia, saindo da forma engessada, decorrente da implantação como programa.

Alguns obstáculos teriam de ser removidos como falta de condições técnicas específicas das pessoas que ocupam o cargo de Secretário da Saúde, para que não prometa o que não possa viabilizar, e não peça coisas ‘nada a ver’.

Outro obstáculo que teria de ser removido seria o ‘não saber’ o que o PSF é, enquanto condição dos usuários, facilitando a aceitação de uma nova forma de trabalho em saúde que não siga predominantemente a linha curativa, conhecida,

valorizada, reivindicada, pelos mesmos. Que se abram novas possibilidades para também produzir a saúde.

O desmonte do modelo biomédico produtivista teria de ser feito do topo a base. Ainda o controle social teria que ser forte, interferindo na gestão financeira, apoiando o trabalho local das equipes.

A supervisão que está junto, ensinando, apoiando, valorizando o trabalho das ESF e também garantindo que se faça 'o certo', são pontos destacados pelos médicos e enfermeiras, no que tem que ter/tem que mudar.

Ultrapassar a capacidade dos ACS de cumprir sua agenda de visitas/controles/acompanhamentos, pelo número excessivo de famílias pelos quais é responsável, não favorece vínculos e tem de ser corrigido.

Os ACS enfatizaram mudanças que necessitam serem produzidas nas relações com a SS, hoje negativamente avaliadas por eles. Se de um lado se sentem valorizados pela comunidade, de outro lado se sentem sob suspeita e ameaça pela SS. Considero que seja urgente a instauração do diálogo desta díade, pressupondo que os ACS tem coisas pertinentes a colocar sobre suas dificuldades de trabalho, como de cadastramento, excesso de famílias por ACS, insuficiência de apoio das enfermeiras dado seu envolvimento com as funções gerenciais do CS. A SS além prevenir a deterioração da relação, poderá avançar no sentido de apoiar o trabalho destes elementos tão fundamentais no estabelecimento de vínculos no PSF.

Nas indicações dos usuários as mudanças priorizadas foram à necessidade de uma política que assuma compromissos de fato e não de fachada, dando o afetivo apoio à saúde. Novamente a SS entra em cena mais desta feita porque 'parece burocrata', retêm mão de obra qualificada que falta na 'linha de frente', principalmente enfermeiras.

Os usuários também indicam que a SS aumente o diálogo com os profissionais e consigo. Vimos que 'tem que ter diálogo' (ou a falta de diálogo que tem que mudar) esteve bastante indicado, mas suas nuances tem especificidades, dependendo de quem efetuou a indicação.

**CATEGORIA: O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR****Quadro 38: componentes – na questão dos recursos humanos****Unidades de significado:****Versão dos médicos e enfermeiras**

- Investiria pesado num Pólo de Capacitação
- Os profissionais têm de estudar mais, talvez adotar grupos de estudo, de discussão, resolvendo conjuntamente os problemas da comunidade, ao invés de particularizar as coisas
- Deveria ter mais treinamento principalmente pro enfermeiro, pois com bom treinamento ele prepara os agentes
- Tem de dar abordagem de família porque é Programa de Saúde da Família, sem essa fragmentação, pois a família chega aqui com suas demandas como um todo
- Em política pública poderia ser abordado a social da saúde, o controle social da saúde, sobre Conselho Local de Saúde
- Via a questão salarial. Não é que a gente só pense nisso. É que de repente a gente vê que poderia ser melhor, pra poder viver com dignidade, não só comer e pagar contas obrigatórias
- Tem também a contratação. Trabalhar no PSF não é ruim mas também não tem muita garantia, até quando tu vais ficar, tu não sabes o que pensar, daí muda a chefia, mudam os políticos, então é isso, incerteza
- Uma carga horária menor seria melhor para o vínculo com a comunidade

**Versão dos AuxEnf e ACS**

- O ACS não tem tempo pra desenvolver a parte educativa com o enfermeiro em função do problema do PSF segurar o Posto
- Quando comecei a trabalhar aqui ouvi dizer que o ACS ia ter apoio psicológico, pela carga que recebe, que na maioria das vezes é negativa. E esse lado psicológico até hoje não vi nem comentar
- O Secretário, o médico, o enfermeiro, ficam esperando os ACS levarem e trazerem muita coisa, mas eles não recebem tanta coisa negativa como nós
- Mudaria o relacionamento do enfermeiro e ACS pois quando ele está com 'aquele humor' descarrega tudo em cima da gente. Isso dá aquela injeção de desânimo na gente, aquela vontade de pedir as contas
- Precisava mais paciência: se a gente não está à altura daquilo que a enfermeira acha que o ACS tem que ter, deveria ter mais consciência de falar com jeito com a pessoa, não ser explosivo, não usar termo muito agressivo
- A agente em si já se acha a classe mais inferior de todas, em relação ao médico e enfermeiro, então eu pediria assim, que fossemos tratados com mais respeito, às vezes. E o trabalho deveria ser um pouco mais valorizado

**Versão dos usuários**

- Deveria ter concurso, ajudaria, ligava mais a pessoa no serviço, ela teria mais aquela responsabilidade, pois sabe que ficaria trabalhando ali
- Teria que ter mais uma motivação, está faltando, está esquecida por parte do poder público
- Hoje por exemplo uma enfermeira é jogada num lugar e ali não tem um ambiente, algo de melhor

A formação junto com a atualização e capacitação continuada, reaparece nos dados agora como o que tem que ter, tem de mudar, considerando-se que foram referidas como bases para o estabelecimento do vínculo requerido.

Neste conjunto há investimento a ser feito voltado para o ‘constituir-se como sujeito’, ‘constituir-se em e na equipe’ pois ‘ser grupo’ não é um produto espontâneo de convivência e, um investimento no modo de relação com os usuários (individual e coletivo), enfatizando-se o preparo para as demandas da família que se apresentam como um todo, e também em política pública. Considerar que no trabalho em atenção básica se produz estresse, principalmente para os ACS, que convivem com as mazelas advindas dos problemas dos usuários e das suas condições de vida, que também recebem a carga negativa do estresse da enfermeira e, propiciar as condições para reduzi-lo.

Tem que ter salário compatível com o trabalho desenvolvido e para se conseguir pagar as contas da família e dos filhos, segurança no vínculo institucional, pois deixar isto em aberto, desmotiva, gera sentimentos de ser provisório naquele local de trabalho, de ficar a descoberta no futuro, quando se envelhecer.

A carga horária do trabalho teria de ser revista pois tem relação com a forma como se comportam os profissionais quando estão muito cansados, repercutindo no vínculo.

Os profissionais não podem ser jogados no serviço, sem nenhum conforto, sem algo melhor.

***CATEGORIA: O QUE TEM QUE TER/O QUE TEM DE MUDAR***

**Quadro 39: componentes – nas condições e processo de trabalho**

<b>Unidades de significado:</b>
<b>Versão dos médicos e enfermeiras</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatizava o Centro de Saúde, tanto pra acesso das pessoas à tecnologia, como para ajudar o PSF disponibilizando informações para a referência e contra referência</li> <li>▪ Procuraria não deixar faltar material, pois a gente se estressa com isso, pacientes se estressam</li> <li>▪ Construiria uma sala pra enfermeira dar atendimento..., pra reunião</li> <li>▪ Outra coisa questão é a relação entre hospital e Posto, pra não ficar mandando carta e não receber resposta do que está acontecendo com o paciente. O interesse é mais deles do que</li> </ul>

---

da gente porque se eles fizerem isto vai descarregar o sistema

- Colocaria mais especialidades médicas, aquelas menos complexas, dariam mais resolutividade, evitaria a espera de meses nas filas
- Colocava no CS alguém pra ajudar na administração
- Não colocaria coordenação e supervisão como papel do enfermeiro, descentralizaria um pouco a função talvez com o médico. Aqui o médico ajuda bastante, nos grupos, mas não na supervisão e coordenação
- É preciso programar coisas e fazer não é? Dar continuidade, não agir dentro dum faz e acaba, faz e acaba, como descarga, tal qual feito pelo Ministério
- Há coisas que estão começando que tem de continuar, tipo a possibilidade de construir algo em comum. Agora a gente está tendo reunião das três equipes, discutindo um plano em comum, isso é super importante, até pra acabar com os atritos internos, lavar a roupa suja, criar propostas
- Tem de se construir uma forma de avaliar junto com comunidade o resultado do nosso trabalho

---

#### **Versão dos AuxEnf e ACS**

---

- Tem que ter mais PSF e não ficar segurando o Posto. A gente não tem tempo pra debater um caso, fechar a produção; a prioridade fica pras coisas do Posto
  - Sendo PSF teria que ter mais prevenção. A gente teria de olhar mais o saneamento básico, os drogados, os desempregados, se a bebida dos pais está gerando violência, pois às vezes é isso que causa a doença
  - Eu acredito que na saúde a gente tem que ter essa preocupação com as coisas da comunidade, crianças na rua, meninas grávidas
  - Mudaria também o horário de trabalho da equipe do PSF. Eu colocaria dois turnos, pra ter um médico das sete e trinta da manhã até as sete horas da noite. Depois das quatro horas é difícil ter médico e se alguém vem buscar atendimento, nós não podemos fazer nada, a pessoa sai achando que negaram o atendimento
  - Uma coisa que eu acho importante, pra melhorar, é que a enfermeira não tivesse que dar conta do trabalho administrativo do CS e só cuidasse do PSF. Desta forma fica uma coisa não muito dedicada ao PSF, pode ser porque ela não tem muito tempo
  - Há coisas que realmente faltam como a fisioterapia e a assistência para o paciente verdadeiramente acamado
  - Eu mudaria mesmo é a incapacidade da assistente social de resolver as coisas. Todos da equipe querem resolver as coisas mas dependem da assistente social
  - Investigava os casos, via as famílias mais necessitadas ou mais carentes e dava prioridade
  - Devia funcionar assim, pra consulta de especialidade, tinha de investigar cada caso, os mais urgentes, aí botava aquela pessoa na frente
  - Seria necessário rever a farmácia básica do PSF. O essencial devia ter sempre
- 

No quadro acima podemos encontrar vários pontos comuns nas indicações do que tem que tem de mudar/tem de ter para se possa estabelecer vínculos na perspectiva do PSF, que na realidade traduzem o desejo de que seja o PSF seja 'PSF mesmo'.

Fazem-se referências aos medicamentos, especialistas e inclusão de novos membros nas ESF.

Nas indicações dos médicos e enfermeiros destacam-se necessidade do trabalho conjunto, da continuidade do trabalho, de apoio ao problema da referência e contra referência e da necessidade de disporem de instrumentos para avaliação de seu trabalho. As enfermeiras, que se ressentem com a falta de espaço físico para desenvolver o atendimento em saúde, pelas responsabilidades burocráticas/administrativas e com a responsabilidade da supervisão da ESF, indicam mudanças nesta direção, sendo que os AuxEnf e ACS também ratificam esta indicação.

Se dados anteriores referiram a falta de preparo dos agentes ‘em coisas básicas’ ‘pra que se possa realmente confiar’ aqui se aponta que a enfermeira não está conseguindo dedicar-se ao PSF, não está podendo trabalhar muito com os ACS e seu preparo, já que está cuidando mais do Posto.

Os AuxEnf e ACS destacam as mudanças que tem de ser feitas para resolver o problema do ‘Posto tomar o PSF’. Esta condição causa prejuízos ao desenvolvimento do cuidado em saúde já que não se está respondendo as necessidades globais da comunidade ou impedindo que se faça ‘PSF mesmo’. A ampliação de horário de funcionamento do CS, vinculada a presença do médico, seria necessária para evitar a queixa de que está se ‘negando atendimento’; médico tem de estar presente para atender. Se por um lado, no discurso, se reivindica atenção para ações na perspectiva social da saúde, de fazer um PSF diferente, em oposição, para prática, ratifica-se manutenção hegemônica do modelo biomédico.

Pelas críticas que os ACS fazem à Assistente Social de que o trabalho ‘empaca’, não é resolutivo, é feito no sacrifício, não é feito com base nas prioridades, se pode perceber que os ACS ‘sofrem’ com a premência surgida na interface do social dos usuários com a saúde. Considero que aqui também valeria um esforço no sentido de integração, de conhecimento mútuo e negociação com o serviço social do município, já que é possível supor que usuários e ACS compartilhem as decepções pela ausência das respostas desejadas de assistência social. Percebe-se pela posição

dos ACS que a assistente social está sendo depositária da expectativa de resolução dos problemas estruturais e conjunturais da população.

***CATEGORIA: O QUE TEM QUE TER/ O QUE TEM DE MUDAR***

**Quadro 40: componentes – nas condições e processo de trabalho**

**Unidades de significado:**

**Versão dos usuários**

- Não mudava nada. Não tenho nada a reclamar, pra mim tá bom assim, porque todas as vezes que eu vou lá elas me atendem bem
- Aqui no Postinho sempre tem uns que reclamam mas, pra mim, pro meu marido, sempre tem consulta, curativo, atendimento
- Pode mudar,.. por exemplo, o humano.
- Olha, pensando bem, o que eu queria era mais atenção, sou bem atendida, mas às vezes, podia ser mais um 'cadinho'
- Pra ficar mais especial o atendimento, as pessoas deveriam atender com mais entusiasmo, mais harmonia, com atenção verdadeira, com bom humor.
- Eu mudaria a recepção, faria um trabalho com as funcionárias pra elas aprenderem a trabalhar com as pessoas, começando pelas mais pobres
- Mesmo no SUS o médico deveria usar um pouquinho de psicologia com aqueles cuja doença é mais psicológica do que clínica
- Eu não quero um médico só pra passar receita, quando eu converso estou botando pra fora o que eu sinto e eles vão entender melhor o que eu tenho
- Quando eu vou ao médico eu gosto que me escute, olhe pra mim, eu sou assim
- Recomendaria que os médicos tivessem uma postura mais cautelosa de não julgarem sem realmente ver o que se passa
- Também tem a questão de privacidade, da porta ser fechada na consulta. As pessoas que passam pelo corredor podem ouvir e isto é uma exposição. A hora da consulta é um momento de intimidade, e eu não quero que os meus vizinhos saibam o que se passa comigo
- Eu acho que deveria continuar marcando consulta no dia ou de um dia pro outro. Não achei boa esta mudança de liberar a marcação. A gente chegava cedinho, marcava até oito horas se tinha ficha, se não conseguia voltava no outro dia; tava bom antes
- Queria que tivesse ficha quando a gente fosse lá. A gente tem muita dificuldade de chegar no Posto, o ônibus demora e quando chega não tem mais fichas para consulta
- Eu acho que também deveria ser feita uma pré-seleção dos clientes, pelo enfermeiro, vendo o que a pessoa está sentindo, dói o quê, o que tu acha disso ou acha daquilo
- Muitas vezes a pessoa está com uma vida muito acomodada, parada, principalmente os idosos, mas não só eles, aí começam a inventar problemas de saúde
- Ajudaria mais ter mais enfermeiras para fazerem esta intermediação, assim não teria essas coisas de se chegar no médico sem ter nada. Às vezes os médicos podem até tratar mal porque atendem pessoas que não tem nada, falam nada, se queixam de nada, pedem remédios que nem tomam pois aquilo nem é verdadeiro



- 
- A atenção poderia ser diferente: se a pessoa não está com novos problemas seria importante atender, pra saber o que a pessoa vai querer, às vezes com uma conversinha resolve
  - Acharia bom o posto aberto 24 horas, pois quando o posto está fechado acaba indo muita coisa pra o hospital que não é de emergência
  - O Posto podia ter alguns serviços como rehidratação, aplicar medicação, lavagem gástrica, observação. Não tem estrutura agora, mas quem sabe um dia
  - Deveriam diminuir o número de consultas por médico para que eles ficassem mais tempo com os pacientes, conhecendo mais, já que é o médico da família, porque às vezes parece médico da doença.
  - Se o médico tivesse mais tempo pra trabalhar com cada paciente eu acho que ele teria um resultado bem melhor no final. Tem muitas pessoas que desistem por isso
  - Acho que a gente deveria poder escolher o médico e não se pode; sou atendida por médica mulher mais confio mais em médico homem
  - Se eu pudesse escolher, não ofendendo os outros, eu queria a médica, ela é muito boa, eu gosto mais dela, consultei com ela duas vezes
  - Eles tinham de cadastrar tudo certinho e botar os remédios pros três meses, pra cada paciente; do jeito que está vem um pega, outro pega e daí acabam
  - Mudava a farmácia também porquê o problema não é que não tem remédio, eu vejo que tem na caixinha, mas elas não querem dar mesmo
  - Centralizar o local de exames evitaria que a gente ficasse indo e vindo pra dar conta do que foi pedido. Às vezes a gente está sem dinheiro pro ônibus e também perde tempo
  - E mais especialistas, porque demora demais
  - Uma vez fui fazer um exame e todos passaram na minha frente porque o meu exame era do SUS, então isso é uma falta de respeito ao paciente do SUS; tinha de mudar isso
  - Os ACS poderiam encaminhar mais as coisas pra quem comanda, já que eles ouvem as necessidades das pessoas e sabem das deficiências do Posto
  - Aqui o pessoal não faz tratamento direito, mesmo os hipertensos, os diabéticos e o trabalho de orientação precisa ser muito bem feito
  - Acho que também tá tendo pouco trabalho na comunidade, deveria ter mais, de todos os profissionais, principalmente do tipo orientação
  - No Posto devia ter também esta parte, da juventude. O psicólogo, o enfermeiro e o médico, podem trabalhar em cima disto
  - Eu fiquei sabendo que aqui no Posto existe o Conselho Local de Saúde e eu gostaria de participar, mas as reuniões são pouco divulgadas, tu não vê um cartaz avisando
  - Uma coisa que deveria ser mais divulgada são os horários das palestras, de encontros, de coisas assim, que está tendo
  - Eu até não sabia que tinha um grupo de depressão. A ACS falou sobre isso e vai me encaixar nele. Eu suspendi o Triptanol e preciso fazer alguma coisa pois já me conheço e sei que logo a depressão vai chegar, me abala muito
  - A pessoa tem de ir atrás, sofrer, descobrir, até chegar onde as coisas estão acontecendo e não precisava ser assim.
  - Já participei de reuniões; aquelas palestras delas eram uma beleza, eu não perdia uma. Hoje tão paradas, tinha de voltar
-

Algumas respostas de usuários referem satisfação. Como as respostas foram condensadas havia várias outras na mesma direção: de sentirem-se bem atendidos e encontrarem o que precisavam.

A maioria das indicações de mudança dos usuários recaem sobre a forma como se processam as relações, que se fossem estruturadas de um certo modo, favoreceriam o vínculo na perspectiva do modelo biomédico. Esta opção pode ser facilmente entendida porque os clientes deste PSF são os que tem queixas, os que têm doenças e neste modelo encontram respostas às suas necessidades mesmo que não seja da maneira como gostariam.

Existe uma relação que é ‘quase boa’ mas onde ‘ainda falta um cadinho’ falta ser especial, ter mais psicologia, dispor de espaço pra colocar as outras coisas que incomodam, que tem de ser ditas pra se entender o que se tem, onde não se façam julgamentos, se aceite também os pobres e se feche à porta pros vizinhos não saberem o que se passa com a pessoa.

Na mudança indicada os médicos não iriam mais parecer médicos da doença e sim da família. As pessoas poderiam escolher o médico, ‘sem ofender os outros é claro’. O médico teria menos consultas pra poder dar tempo pras pessoas e não pra sair pra outro trabalho.

A enfermeira também deveria consultar, ver o que se passa, às vezes são problemas de solidão, de não ter o que fazer, da vida estar vazia, aquilo de sempre, mas que continua incomodando. Mesmo assim essa pessoa seria valorizada e este atendimento seria tão importante como o da doença. Nesta relação todos os ‘olhares seriam normais’, não haveria ‘fala pra cima de ninguém’, não seria necessário ‘botar a boca’, ou ter de ficar quieto pra poder ser atendido, nem seduzir ninguém com pão caseiro.

A pessoa com uma dificuldade séria para vir ao posto poderia marcar consulta por telefone e o nome dela seria colocado na lista, pois afinal, nesta mudança do relacionamento para melhor, as pessoas e seus problemas seriam conhecidos, confiariam umas nas outras. Teria ficha, teria remédios, os exames e os especialistas não demorariam tanto. As pessoas seriam orientadas e acompanhadas pra fazer o tratamento certo, pegariam só os remédios que iriam usar, pra não faltar pros outros.

Todos poderiam aproveitar as coisas boas do posto, pois tudo seria bem divulgado, como os grupos que não podem acabar. A juventude também não seria esquecida. Os ACS teriam noção das coisas e quem atende no balcão estaria preparado para atender bem os revoltados, dariam atenção especial aos que chegassem com problemas sérios. Assim, neste sentido as mudanças seriam feitas pra ‘ser como as pessoas precisam’.

Ao concluir a apresentação do segundo tema ‘*o vínculo que se requer tem vários obstáculos*’, considero que muitas questões do primeiro tema foram recolocadas, numa outra roupagem, agora se referindo as dificuldades, os obstáculos e as soluções para se estabelecer o vínculo requerido pelo PSF.

A construção do vínculo de compromisso e co-responsabilidade, transcende as boas relações, inclui aquelas do ‘dever’ que advém do projeto que se assume, as quais precisam ser resignificadas e somente nesta condição podem retro-alimentar as subjetividades, reverter à alienação, despertar a paixão dos envolvidos.

O vínculo de compromisso e co-responsabilidade precisa de sustentabilidade advindas do macro, do meso e do micro contexto. Os profissionais estabelecem o vínculo mas não são os únicos responsáveis, como disserem os entrevistados: ‘tem a parte do governo, dos políticos, da Secretaria e da população’. Evidencia-se como fundamental a perspectiva da bidirecionalidade.

As opções sobre o que tem que ter/tem mudar, apontam caminhos mas é preciso identificar se realmente o ‘novo’ que substituiu o ‘velho’, novo já permeado por ‘insuficiências, falseamentos, conflitualidades’, dispõe-se na perspectiva da ascensão para um nível qualitativo ascendente ou ainda, se continuará aprisionado, imobilizado, pelas forças que também o ‘pariram’ e não tem interesse que ele seja o que se dizem que ele é.

## **CAPÍTULO 8**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Meu objetivo neste espaço será o de ressaltar ainda algumas nuances de certos aspectos relacionados ao tema do vínculo e sobre o trabalho da pesquisadora em si, tentando evitar incorrer na repetição do que já consta do relatório. Estas últimas colocações não esgotarão o que se poderia produzir sobre o tema, já que é interminável o processo de desconstruir o que está posto, reconstruí-lo enquanto síntese, inseri-lo na realidade visando transformá-la.

Alguns conceitos como os de Pichon-Rivière (2000) sobre vínculo ser uma relação especial com uma estrutura conseqüente, da tecnologia leve e sua possibilidade de interrogação de Merhy (1997, 1999, 2003), Merhy et al (1997) e Franco e Merhy (2003), de autonomia de Campos (1997, 1998, 1999) foram decisivos para a configuração de uma dada totalidade.

Nesta totalidade explicitaram-se condições/bases interdependentes, inter atuantes, perpassadas de contraditoriedades, de conflitualidades para/no estabelecimento do vínculo entre médicos, enfermeiras e usuários.

Configurou-se que a tecnologia de relações precisava ser perpassada pelo que o ‘PSF é’, para também poder ‘ser o que deveria ser’ ou seja: um conceito que se concretizasse estratégico, produzindo nesta condição mudanças na forma como se oferecia o atendimento em saúde.

Configurou-se que o ‘PSF seria ele mesmo’ se o processo e as condições de trabalho se dessem de forma a viabilizar o novo modelo de cuidado, ou modelo social de atenção à saúde. Evidenciou-se que a gerência e a gestão, como integrantes da

‘situação’, favorecem o vínculo quando se colocam ao lado, como parceiras, apoiando e valorizando os recursos humanos do PSF.

A formação profissional e aquela procedida no PSF se revelam implicadas em suas insuficiências, tanto na construção dos ‘sujeitos’ como dos ‘técnicos’, já que os médicos e enfermeiras mantinham suas condutas aprisionadas/imobilizadas tanto pelo trabalho morto como por um trabalho que não consegue se expressar em sua magnitude como trabalho vivo, pela sua parcialidade em relação às finalidades do vínculo.

A política, os políticos, o Ministério (da Saúde) e comunidade complementam o contorno do/no estabelecimento do vínculo dos médicos e enfermeiras com usuários.

Médicos e enfermeiras devem estabelecer o vínculo requerido pelo PSF mas não são, como eles próprios mencionam, os únicos responsáveis para que ele se estabeleça. Não podem porém se eximir de sua responsabilidade porque mesmo em situações ‘hostis’ dispõem de um certo autogoverno no seu processo de trabalho, conforme apontado por Campos (1997).

Enquanto a queixa/doença for o ‘carro chefe’ do atendimento da ABS, a posição do médico se manterá hegemônica, o trabalho continuará sendo executado de forma parcelar, médicos e enfermeiros, Aux Enf, ACS e outros elementos de apoio do CS se manterão atuando como equipe agrupamento, desenvolvendo mais procedimentos que construindo resultados, como referem Franco e Merhy (1999, 2003).

O que pareceu ser vitória para a ABS, posicionando-se enfim na condição de desbancar o hospital (atenção secundária e terciária) do papel de responsável principal pelo atendimento em saúde, parece não se confirmar quando se observa a realidade. O modelo biomédico desenvolvido no hospital, mudou de endereço, instalou-se no CS, na ABS. Tendo sido obrigado a uma certa adaptação para sobreviver, adota uma versão ‘light’, possível em função da evolução da ciência, da indústria dos medicamentos e equipamentos e do modo de saber/fazer dos profissionais; neste caso paradoxalmente imobilizados dentro de antigos modelos de prestar atendimento em saúde.

A ABS não conseguindo dar outra direcionalidade ao atendimento em saúde mantendo-se aprisionada ao modelo biomédico. Ao mesmo tempo em que responde aos interesses neoliberais, possui um discurso que justifica a versão do que consegue ser: está efetuando vastas coberturas populacionais, está espalhado por todos os municípios do país, diminuiu a internação hospitalar, reduziu a mortalidade infantil. Mas em suas entranhas estão as contrariedades, as conflitualidades, as negações, os interesses em jogo, sua incapacidade de dar-se como modelo de produção social da saúde.

Para justificar o que foi dito considero que se deva voltar ao cotidiano. O modelo biomédico parece ter êxito quando, por exemplo, os diabéticos, os hipertensos, as gestantes, as crianças, passaram a ser acompanhadas, as complicações prevenidas, as seqüelas adiadas, a internação evitada. Mas este brilho se ofusca, quando se observa que aqueles usuários portadores de diabetes, de hipertensão, por exemplo, vão se tornar consumidores permanentes de medicamentos por 20, 30, 40 anos. Às vezes, em função do uso de múltiplos medicamentos, o usuário recebe *tratamento* do ‘tratamento’. Compareci a visitas domiciliares nas quais os usuários consumiam 10, 15, 18 comprimidos *por dia*.

A idéia de que o PSF seja um programa/estratégia para pobres, pode se agregar uma outra, a de que o modelo biomédico seja o modelo de atendimento dos que ‘não podem’ (por falta de condições econômicas, de formação ou de outro poder), das massas, validados pelas várias instâncias do poder público cooptadas/subjugadas pelos interesses das corporações regidas pelo interesses capitalistas, as quais buscam sustentabilidade e lucros vitalícios no setor público.

Sim, porque mais e mais a saúde está sendo construída/alcançada sob novas formas, respondendo ao desafio produzido em função das ‘morbidades’ do terceiro milênio. Hoje a saúde está sendo construída nas academias de ginástica, nos SPAs, através da terapia ortomolecular, na aplicação da ciência da nutrição, no consumo de alimentos sem agrotóxicos, no usufruto do belo e harmônico que vem da arte, dos cheiros, das cores, na harmonização conseguida através do budismo, do yoga, no consumo da estética, na construção de auto-estima, no desenvolvimento da inteligência

emocional. A saúde está sendo produzida e consumida pelos que ‘podem’. A obesidade é para as massas empobrecidas e trabalhadores que comem apressadamente sanduíches nas lanchonetes; Aids é para pobres; pobres tem filhos na adolescência e continuam a tê-los na vida adulta (os que ‘podem’, quando houver gravidez na adolescência, será só na adolescência); os que ‘podem’ também tem stress mas tem também recursos para gerenciá-lo. Os que não podem ‘estragam’ e vão para o ‘conserto’, sempre parcial, para toda a vida, já que eles também estão vivendo mais, em parte como decorrência do arsenal terapêutico aplicado às doenças agudas. Os que ‘podem’ também ‘estragam’ mas estão em vias de alcançar ‘o conserto’ efetivo, através da aplicação de tecnologias diferenciadas.

Nesta realidade de PSF (seria em outras também?) os médicos e as enfermeiras, as funcionárias de recepção, os gerentes, os gestores, não validam o *atendimento voltado à saúde* e em função disto confirmam a aceitação da missão dada pelo capital, de oferecer predominantemente o modelo biomédico no atendimento aos que ‘não podem’. O SUS tem a missão de proporcionar o atendimento segundo certos princípios, dentre os quais o da integralidade, mas ao não dar conta de construir saúde, revela-se sua pseudo-concreticidade.

López Gastón (1999) referiu que a tecnologia usada no atendimento em saúde faz o emprego dos recursos emocionais parecerem arcaicos. Transpondo o que disse o autor para a realidade investigada, o esforço do médico da ‘ESF verde’ em diminuir a dependência da população no uso dos antidepressivos e a iniciativa da enfermeira da ‘ESF azul’, em criar um grupo de sofrimento psíquico, pareciam ‘arcaicos’ frente ao imaginário de solução do tratamento, dos exames, dos encaminhamentos para os especialistas e, frente à atitude dos outros colegas médicos imersos na tendência de também ‘medicalizar a vida social’. O que vem a ser isto? Briceño-Leon (2003) coloca que esta é uma tendência da sociedade contemporânea, de medicalizar toda a vida social, já que interpreta e trata de atos da cotidianidade com se fossem enfermidades (por exemplo à tristeza da perda de um familiar, o sofrimento pela situação de desemprego, para agüentar a tensão em casa).

Assim, acredito que só o *cuidado da saúde* pode reduzir a hegemonia do modelo biomédico. Num modelo de cuidado em saúde não estaria dada de antemão a preponderância do médico no atendimento em saúde. Todos os saberes e agires possíveis, disponíveis no grupo ou trasladado de outros setores, teriam de convergir para a causa 'saúde'. Se o problema a ser cuidado visasse, por exemplo, à prevenção da depressão e/ou das recaídas (problema expressivo na comunidade) ao médico não caberia apenas prescrever, ao enfermeiro encaminhar para os exames solicitados, ouvir e aconselhar, ao psicólogo buscar e tratar das causas emocionais. Todos os saberes e agires estariam convocados e o cuidado se daria através de atividade física, da mudança alimentar, através da criação de novos 'insights' acerca do processo vivido, com cuidados relacionados ao sono, através de atividades de lazer e autovalorização e se necessário, também teriam medicamentos. Tendo medicamentos nunca se chegaria à condição que o modelo biomédico propicia hoje ou a facilitação da dependência química nesta área. O trabalho, além de um atendimento individualizado priorizaria também o trabalho de grupo e a produção seria igual para cada profissional, ou sejam 20, 30, 40 atendimentos em saúde. Não seria como efetuado na realidade estudada: enquanto o grupo se desenvolvia sob coordenação de poucos profissionais, os demais se dedicavam a tocar o trabalho do 'Posto'. Este trabalho seria prioritário, contaria como produção (se isto é a forma para se obter recursos); neste espaço não haveria só autonomia mas também controle/responsabilização.

O que fazer com os que estão doentes? Não seriam atendidos? Esta resposta teria de ser construída. Por certo ter-se-ia que levar em conta que o modelo biomédico 'nesses tempos de doenças crônicas' não reduz clientela (ao invés, agrega); não favorece novas formas de atendimento em saúde, não se mostra tão econômico quanto alardeado e ainda alimenta a alienação dos profissionais, o antivínculo. Levando em conta a realidade atual das vidas mais longas, este modelo também tende a inviabilizar-se social e economicamente. Além da 'clientela permanente', agregam-se novos usuários e então, maior necessidade de remédios, exames, médicos, médicos especialistas, enfermeiras, burocracia, para fazer o sistema funcionar, sem que isto



resulte em incremento da saúde, em mais eficiência no atendimento, mais satisfação dos usuários ou dos profissionais. Ou seja, percorrer um caminho já conhecido.

Entendo ainda que dois outros aspectos devam ser ressaltados, já que poderiam ter impacto imediato nos micro processos de trabalho: são o trabalho em equipe e a resignificação do vínculo. Médicos e enfermeiras chegam ao PSF sem terem aprendido sobre trabalho em equipe do ponto de vista teórico, metodológico e prático. Porém eles certamente aprenderam sobre tuberculose, hipertensão, saúde da criança e da mulher e assim por diante. Então porque nas capacitações, nos treinamentos, se prioriza enfocar o que já aprenderam (e por ter percorrido este caminho tem maiores condições de continuarem a aprender por si). Trabalho de/em equipe é uma aprendizagem complexa e se tem esperado de forma *muito, muito simplista*, que ocorra espontaneamente; isto também acontece com relação ao vínculo. Considero que investir neste preparo teria potencial transformador considerável no cotidiano do trabalho em saúde.

Procurei traduzir que os médicos e enfermeiras, tanto em função das influências societárias, quando de sua constituição como ‘sujeitos’, quanto de suas formações acadêmicas, não estão ‘prontos’, salvo exceções (preparo autodidata, forma de ser, processos vividos), para estabelecer vínculo. Neste caso para que o vínculo do/no PSF se estabeleça tem de introjetar-se/projetar-se de/como PSF, e esta condição precisa ser criada tanto nos espaços de formação profissional, como no de atuação profissional. Para se impor como ‘conceito estratégico’ requer tempo/espaço/condição, permitindo aproximação, resignificação e apropriação pelos profissionais, envolvendo também outros agentes que compõem o ‘contorno e a situação’ do estabelecimento do vínculo.

A preparação dos recursos humanos, coloca-se vigorosamente como prioritária e neste sentido o trabalho do MS, fortalecendo os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada, é essencial e contra-hegemônico. Os profissionais se tornam sujeitos do vínculo, do atendimento em saúde, da instrumentalização dos usuários para a autonomização, compromissados com a vida, quando estão se construindo como tal e não por determinações e expectativas, as quais são frustradas em função de seus ‘alicerces’ terem outras conformações.

Tendo os dados apontado para a essencialidade, para o imbricamento da gerência e gestão no estabelecimento dos vínculos entre ESF e usuários (individual e coletivo) é importante destacar que estas também estão produzidas na lógica vigente nos serviços de saúde, que também sofrem a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, quando se adotam condutas pautadas em modelos superados de condução dos recursos humanos; também sofrem processo de alienação. Neste sentido necessitam também exercer sua autonomia, interrogar as tecnologias de relação que adotam, abrir fissuras, desconstruir o que está instituído, dar novas conformações éticas-políticas ao trabalho de gerência e gestão, dado sua responsabilidade frente aos recursos humanos do SUS. Gerentes e gestores não somente ‘dirigem’; são também co-responsáveis pela conduta, pela ‘nutrição’ da subjetividade e pela formação dos trabalhadores de saúde.

Ferreira e Mishima (2004, p. 213) referem-se à

necessidade de considerar os trabalhadores como sujeitos/objetos do processo de constituição do SUS, ou seja, agentes que podem construir uma outra conformação do sistema de saúde brasileiro ou (...) os recursos humanos em saúde têm função primordial nas transformações possíveis, por serem os mobilizadores das políticas e projetos institucionais.

As mesmas autoras (p. 219) dizem ainda que

para ocorrerem grandes (e possíveis) transformações é necessário envolver dois fatores: o desejo, a vontade impregnada de “pulsão”, energia subjetiva e, também, de um propósito construído conscientemente, domínio vinculado à razão – a ciência.(...) não basta só a capacitação técnica. Necessário se faz identificar, na gestão dos serviços, espaços mobilizadores para transformação e estímulo, o imperativo, mas flexível/moldável às características do ser humano

Quando os profissionais se sentem sem importância, trabalhando em coisas que não tem ‘nada a haver’ com o PSF, pressionados pela demanda, guiados por normas que não ajudaram a construir, estas percepções devem ser consideradas. Minha posição neste sentido não é a de julgar ‘a verdade’ da realidade, mas apontar para a

existência destas percepções, pela magnitude de sua interferência negativa no estabelecimento do vínculo do/no PSF.

Efetuo também algumas considerações acerca de como se deu o trabalho da pesquisadora. O referencial teórico metodológico da dialética constituiu-se numa referência constante, tanto para ‘olhar’ a realidade como para me conduzir na elaboração deste relatório. As possíveis incorreções na sua aplicação serão certamente explicadas por insuficiências que possa não ter superado; em nenhum momento decorrente da não identificação com este referencial.

Como colocado acima, os autores Pichon-Riviére (2000), Campos (1994, 1997, 1998,1999) e Merhy (1997, 2003) Merhy et al (1997) Franco e Merhy (1999, 2003) foram decisivamente importantes. Mas também em outros autores, que desenvolveram trabalhos sobre vínculo, pude encontrar apoios importantes, como nos trabalhos de Araújo (2001) Bettinelli (2002) tão explícitos na apresentação de uma tecnologia de relações favorecedoras do vínculo. Nos trabalhos de Matsumoto (1999), Schimith (2002), Fertonani (2003), Alonso (2003) e no relatório de “Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos do MS”, encontrei possibilidades de efetuar ‘insights’, de ampliar a compreensão do tema pelo contato com o que já ‘havam dado conta’ de identificar a vigência do vínculo (ou não).

Minha maior dificuldade decorreu da configuração das dimensionalidades; li inúmeras vezes publicações sobre o PSF e questionava sempre se o produto alcançado traduzia efetivamente os requerimentos do mesmo.

Uma outra dificuldade que poderia apontar, foi o tempo de espera para conseguir autorização da Secretária de Saúde do Município de São José para desenvolver o trabalho, quase dois meses, sendo a agenda lotada a razão apresentada. Foram enfermeiras, ex-alunas da Graduação em Enfermagem que me auxiliaram no acesso à autorização.

No campo, a presença de duas enfermeiras, também ex-alunas e o acolhimento sensível do médico da ESF azul, auxiliaram muito na diminuição do meu

estranhamento e dos trabalhadores e até dos usuários acerca da minha presença, no entendimento da dinâmica do CS e por abrirem-se à investigação.

A negação do médico da ESF verde, de observação das consultas médicas me deixou desconfortável parte do tempo. Pela convivência e aumento da interação considerei que esta situação foi superada. De certo modo os dados das suas consultas apareceram nos depoimentos dos usuários: adotava uma tecnologia de relações muito valorizada pelos mesmos, ia ‘além da doença’. Foi esta sua justificativa para não autorizar a observação referida: ‘trato de muitas coisas pessoais com os usuários e quero garantir sua privacidade’. Os médicos da ESF azul e amarela demonstraram tranquilidade quanto a esta situação pois a observação só ocorria após autorização dos usuários.

Os ACS e de certa forma os AuxEnf, deram contribuições não esperadas, não planejada. Eles foram me ajudando a descobrir facetas não visualizadas, além dos seus comportamentos me repassarem a percepção de estar incluída, de ser aceita.

Apesar de ter focado a investigação nos médicos e enfermeiras e isto se constituir numa limitação do estudo pois o PSF trabalha com equipes, não considero que os dados se configurariam diferentes, já que a equipe atuava como ‘equipe agrupamento’, sendo possível de antemão visualizar a impossibilidade de vigência estabelecimento de vínculo pelo conjunto.

Por fim, sendo este um estudo de caso, não poderia generalizar resultados. Mas, em função de leituras efetuadas sobre PSF, de eventos científicos assistidos, do próprio referencial da dialética (o todo está representado na parte e a parte tem de identificar o todo) considerei que este PSF tem uma identificação importante com outros PSFs brasileiros. Porém assumir esta posição não quer dizer que entendo que a realidade do vínculo se configure de forma similar. Creio que o quanto se faça de ‘PSF mesmo’, nuances do processo de trabalho, nuances das tecnologias de relações adotadas, nuances na condução da gerência e gestão são o que revelam realmente as conformações vigentes. Em conseqüência impõem-se para investigação novas questões, tais como as que dizem respeito às realidades onde o PSF se estabelece como estratégia. Neste caso como se caracterizaria o ‘ser relação especial do vínculo’? Quais as rupturas que tendo sido instituídas permitiram que o vínculo fosse

estabelecido?. Em que medida uma configuração teórica diferente da adotada neste trabalho possibilitaria resultados diferentes?. Então, a investigação aqui relatada está inserida numa, dentre inúmeras possibilidades.

Como parágrafos finais do trabalho, reservo um espaço para destacar o que colocam Franco e Merhy (2003, p. 83), com os quais concordo

Os trabalhadores de saúde, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais, mas para tal é necessário construir uma nova ética baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização dos serviços. Portanto, para constituir um novo modelo, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde. (...) ou acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização.

E ainda destaco, que é fundamental que se coloque que o vínculo não deve ser visto à parte, em separado; constituir-se foco de um estudo não tem a intencionalidade de considerá-lo independente ou de isolá-lo. O vínculo está incluído no conceito de integralidade, sendo este mais abrangente, um princípio maior, um pilar de sustentação do SUS, adotado na Constituição de 88, cuja perspectiva é a qualidade de atenção à saúde.

A integralidade, segundo Campos (2003), requer abrangência de pelo menos três níveis: de estruturação dos distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde; da garantia do acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção, primário secundário e terciário (níveis de complexidade) e do modelo assistencial adotado, propriamente dito.

A garantia do princípio de integralidade, em suma, implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional da saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividade devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano (CAMPOS, 2003).

## REFERÊNCIAS

AGUDELO, Ma. C. C. Trabajo en enfermería. In: MACHADO, Ma. H. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 149-162.

ALONSO, Ilca Keller. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar**. 2003. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 8, n.1/2, p. 84-92, july./aug., 2000.

ANTUNES, Maria José Moraes; EGRY, Emiko Yoshikawa. O Programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n.1, p. 98-107, jan./mar., 2001.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1993. 395 p.

ARAÚJO, Eliane Cardoso de. **O processo terapêutico da medicina homeopática: o papel estratégico da relação médico paciente**. 2001. 181f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2002.

BECK, Ulrich (entrevista com ZOLO, Danilo). **A sociedade global do risco**. Disponível em: <<http://igserver.uniba.it> >. Acesso em: 20 jan. 1998.

BERENSTEIN, Isidoro. O vínculo e o outro. **Rev. Bras. Psicanál.**, v. 35, n.2, p. 243-52, 2001.

BERTONCINI, Judite Hennemann. **Da intenção ao gesto - uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BETTINELLI, Luiz Antônio. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida.** Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 204. p. (Série Teses Enfermagem)

BOWLBY, John. **Apego: a natureza do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 249-358.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Las ciencias sociales y la salud: um diverso y mutante campo teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p. 33-45, 2003.

BREILTH, Jaime. Globalizacion y las condiciones de vida y salud en America Latina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48º, 1997, Salvador. **Anais do Congresso**, Salvador, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Saúde pública e a defesa da vida.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosane (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, p. 569-564, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CATTANI, Antonio David. Taylorismo. In: CATTANI, Antonio David (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico.** 2ª ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1999, p. 247-249.

CHOSSODOVSKY, M.A. **A globalização da pobreza.** São Paulo: Moderna, 1999. p. 26-37.

COELHO, Heidi Miriam Bertolucci. **O vínculo no tratamento psíquico: descoberta, construção e desenvolvimento.** 2002. 334 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP-Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2002.

COSTA NETO, Milton Menezes da. **A implantação de uma unidade de saúde da família.** Brasília, Ministério de Saúde, 2000.

COSTA NETO, Milton Menezes da et al. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob o olhar da Estratégia de Saúde da Família.** Brasília, Ministério de Saúde, 2001. 95 p.

DA ROS, Marco Aurélio. **Um drama estratégico – o Movimento Sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina.** 1991. 343 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

**DIÁRIO CATARINENSE.** As transformações espaciais da grande Florianópolis: o caso do Município de São José. Florianópolis, 08 out. 2003.

FARIAS, Francisco de. **São José 250 anos: natureza, história e cultura.** São José: Ed. do autor, 2001. 312 p.

FERREIRA, Juliana Moretti; MISHIMA, Silvana Martins. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n. 2. p. 212-220, mar./abr., 2004.

FERTONANI, Hosana Patrig. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá.** 2003. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das ciências e da história dos sistemas de pensamento.** Rio de Janeiro: Forense, 2000. p. 334-351.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições e novos desafios.** Disponível em <: <http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em 15 out. 1999.

\_\_\_\_\_. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al . **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

GARELLI, Juan C.; MONTURI, E. Vinculo afectivo materno-filial en la primera infância y teoria do apego. **Arch. Argent. Pediatr**, v. 95, n.2, p. 122-125, 1997.



GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GISI, Maria de Lourdes; ZAINKO, Maria Amélia Sabbag. Universidade e construção do projeto político-pedagógico dos cursos. In: SAUPE, Rosita (Org): **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Ed. da USFC, 1998.

GURVITCH, Georges. **Dialética e Sociologia**. São Paulo: Vértice, 1987.

HEGEL, Georg W. Friedrich. **Ciencia de la Lógica**. Buenos Aires: Solar/Hachette, 1968.

HORKHEIMER, Max. **Eclipse da razão**. São Paulo: Centauro, 2000. p. 97-131.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Informações sobre o município de São Jose**. Disponível em <[http:// www.ibge.gov.br/cidadesat/](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/)>. Acesso em: 27 nov. 2004.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed UEP, 1994.

KATZ, Gildo. A natureza do vínculo e a arte de clinicar. **Rev. Bras. Psicoterapia**, v.1, n.2, p.33-43, 1999.

KLAUS, H. Marshall; KENNEL, John H.; KLAUS, Phyllis H. **Vínculo: construindo bases para um apego seguro e independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v.8, n. 1, Rio de Janeiro, mar./jun., 2001.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 2. ed. São Paulo: Brasilense, 1981.

KOPNIN, P.V. **Fundamentos lógicos da ciência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal, lógica dialética**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBECKE, Francine Lima; RAMOS, Flavia Regina. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan./abr., 2001.

LÓPEZ GASTÓN, Alberto R. La relación médico-paciente em postmodernismo. **Acta Gastroent. Latinoamer.**, v.29, n.3, p:125-133, julio,1999.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUKÁCS, Georg. **Ontologia do ser social**: a falsa e a verdadeira ontologia de Hegel. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campos, 1988.

MACHADO, Maria Helena. A profissão enfermagem no século XXI. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n.4, p. 589-595, out./dez.,1999.

MAGALHÃES, Rosana. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre políticas sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 569-579, mai./jun., 2001.

MARX, Karl. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. In: **Coleção os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MATSUMOTO, Norma Fumie. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades em saúde**. 1999. 200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTOS, Ruben Araújo de. Em busca de novos projetos coletivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 250-252, 1999.

MAZZOTTI-ALVES, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org) et al. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia de um serviço de saúde, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosane (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosane (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 305-329, 1999.

\_\_\_\_\_. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003

MILS, Wright. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília, 1997. 33 p.

\_\_\_\_\_. **Relatório I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**, Brasília, 1999. 78 p.

\_\_\_\_\_. **Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família de 26 a 28 de Maio de 1999**, Brasília, 2000 a. 84 p.

\_\_\_\_\_. **A implantação da unidade de saúde da família: Cadernos de Atenção Básica/PSF**, Brasília, 2000 b. 1v.

\_\_\_\_\_. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **O Programa de Saúde da Família e a atenção básica no Brasil**, Brasília, 2002 a. Disponível em: < <http://www.saúde.gov.br/psf/>>. Acesso 10 nov. 2002.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**, Brasília, 2002 b. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/publicações/avaliação-implementação.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2004).

\_\_\_\_\_. **PSF quantos somos.** Disponível em: <[http:// portal saude. gov.br/ saude/arquivos/psf/planilhpsf\\_janeiro\\_2004\\_pdf#search](http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/psf/planilhpsf_janeiro_2004_pdf#search)>. Acesso em: março de 2005.

MULLER, Beth. O amor contemporâneo: indiferença e solidariedade. **Psychê**, ano 3, n.3, 1999.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. As teorias da educação e o ensino da Enfermagem no Brasil. In: SAUPE, Rosita (Org): **Educação em enfermagem**. Florianópolis: Ed. USFC,1998.

OFFE, Clauss. Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. In: **Trabalho e sociedade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991

OLIVEIRA, A. Jaime. Reforma e reformismo: para uma teoria política da reforma sanitária. In: COSTA, N. et al. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35. n. 3, p. 3003-11, 2001.

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

PERES, Ellen Márcia. **Saúde da família - conceitos, diretrizes e metodologia**: treinamento introdutório em gestão. Rio de Janeiro: UERJ/Centro Biomédico, 1999. 60 p.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do vínculo**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIRES, Denise Pires de. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. São Paulo, 1994. Mimio. 45.p

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. Novas formas de organização do trabalho em saúde e Enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out., 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. **Informações sobre o município**. Disponível em < <http://www.pmsj.sc.gov.br/secretarias>>. Acesso em: 09 set. 2004.

REIBNITZ, Kenya Schmidt. Enfermagem: espaço curricular e processo criativo. In: SAUPE, Rosita (Org): **Educação em enfermagem**. Florianópolis: Editora da USFC, 1998.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Materialismo Dialético**. In: **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Maria Catarina da. **Programa de Saúde da Família** – uma nova estratégia voltada para a família, sob a ótica dos usuários. 2001.129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994.

SÁ, Marilene Castilho. O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 255-258, 1999.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Articulação ensino-serviço na área da saúde**. Disponível em < [http:// www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/artic\\_ens\\_area\\_saude.htm](http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/artic_ens_area_saude.htm)>. Acesso em: 22 abril 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 9. ed. Porto: Afrontamento, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós- modernidade**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, Creuza dos. **A proximidade no atendimento em saúde: um estudo a partir de experiências de trabalho de uma equipe de saúde da família**. 2001.130p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Curso de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

SANTOS, Pio Pereira dos. **Programa de Saúde da Família: estudo sobre a confiabilidade das informações do cadastro familiar**. 2002. 212f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SAUPE, Rosita; NAKAMAE, Djair Daniel. A dialética materialista na concepção progressista da realidade. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.30-44, 1994.

SCHIMITH, Maria Denise. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo**. 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez., 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 221-242, 1999.

SIOPS.DATASUS. **Dados sobre a Secretaria Municipal de Saúde de São José**. Disponível em: <[http://www.siops.datasus.gov.br/Rel\\_Perc\\_Apl\\_Saude\\_EC29\\_2003.asp](http://www.siops.datasus.gov.br/Rel_Perc_Apl_Saude_EC29_2003.asp)>. Acesso em: 09 set. 2004.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000 (Coleção da Nossa Época, v. 78).

\_\_\_\_\_. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p.17- 24, 2000.

SOUSA, Maria de Fátima. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n. especial, p. 25-30, dez., 2000.

SOUZA, Heloisa Machado de. Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 7-16, 2000. Entrevista concedida a Denise Elvira Pires de Pires.

SUCUPIRA FILHO, Eduardo. **Introdução ao pensamento dialético**. São Paulo: Alfa Ômega, 1984.

TAYLOR e o movimento da administração científica. Disponível em <<http://www.novaadministracao.kit.net/002.htm>> . Acesso em: 10 maio 2005.

TAMBOSI, Orlando. **O declínio do marxismo e a herança hegeliana**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa**. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC/ Ministério da Saúde, 1999.

VIANA, Ana Luiza D' Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.12-48, 1998.

ZIMERMANN, David E. Vínculo de reconhecimento. **Rev. Bras. Psicanal.**, v.30, n. 3, p. 705-23, 1996.

**ANEXO A: AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDER A  
INVESTIGAÇÃO- SECRETARIA DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ / SC**  
**Secretaria Municipal da Saúde**

São José, 07 de agosto de 2003.

**Ofício nº 341/03**

Ilma Sra.  
**Profª EDILSA MARIA RIBEIRO**  
DD Doutoranda –Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC  
Fpolis – SC

Prezada Senhora,

Em atenção ao ofício encaminhado por Vossa Senhoria a esta secretaria, informamos que a sua solicitação, para execução do projeto de tese do curso de Doutorado em Enfermagem - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, foi deferido. Podendo proceder ao processo investigativo em uma Unidade de Saúde deste município, haja vista que em todas as unidades estão implantadas o PSF.

Sendo o que se apresenta para o momento, aproveitamos da oportunidade para reiterar protestos de estima e apreço.

Atenciosamente,

  
**ADELIANA DAL PONT**  
**Secretária Municipal da Saúde**



## ANEXO B: AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDER A INVESTIGAÇÃO-COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**  
Parecer Consubstanciado Projeto nº 168/2003

### I- Identificação

Título do Projeto: Concretude e Possibilidades do Vínculo, Estabelecido entre Profissionais da Saúde (Médicos e Enfermeiros) e Família, na Estratégia da Saúde da Família.

Pesquisador Responsável: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Guimarães Blank

Pesquisador Principal: Edilza Maria Ribeiro

Instituição onde se realizará: Secretaria de Saúde de São José

Data de entrada no CEP: 15/08/2003

### II- Objetivos

Geral: Conhecer a realidade do vínculo estabelecido entre profissionais da saúde (médico e enfermeiro) e família, no Programa de Saúde da Família, produzido/resultante de determinantes macro sociais, em sua concretude e possibilidades.

### III- Sumário do Projeto

A presente pesquisa constituir-se-á em tese de doutorado na Enfermagem, e sua proposta segue uma abordagem qualitativa, adotando como método, o referencial do materialismo dialético. O estudo será desenvolvido em um Centro de Saúde do município de São José, que disponha de no mínimo três equipes de saúde da família, e em locais onde sejam desenvolvidas atividades do PSF, como os domicílios, por exemplo. Farão parte como sujeitos do estudo, seis profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), atuante no PSF, bem como, 24 famílias ou um membro representante, maior de 18 anos, que serão entrevistados e observados, seguindo-se um roteiro com os eixos de observação. As entrevistas serão gravadas e seguirão um roteiro semi-estruturado, elaborado ao longo do processo investigativo, sendo tomados os cuidados necessários para preservar a identidade dos participantes.

### IV- Comentários

O projeto encontra-se bem redigido, adequado ao nível do curso a que se destina, apresentando toda a documentação necessária e as pesquisadoras, pela análise dos currículos, estão qualificadas para o seu desenvolvimento. No entanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), encontra-se adequado unicamente aos profissionais da área da saúde, apresentando uma linguagem muito elevada, que escapa à compreensão de pessoas leigas. Solicita-se, portanto, a adequação do TCLE ao nível de entendimento da população a que se destina.

Parecer Final: Tendo em vista o atendimento das pendências apontadas, recomenda-se a aprovação do presente projeto de pesquisa.

### V- Parecer do CEP

- Aprovado  
 Aprovado "ad referendum"  
 Aprovado e encaminhado ao CONEP  
 Com pendências  
 Não Aprovado

Justificativa: Projeto, documentação e TCLE adequados.

Florianópolis, 3 de novembro de 2003.

*Vera Lúcia Branco*



## APÊNDICE A : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MÉDICOS E ENFERMEIRAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br

Ao assinar este documento estou consentido em ser entrevistado (a) e observado (a) pela pesquisadora Edilza Maria Ribeiro, que está realizando a pesquisa “*Concretude e possibilidades do vínculo, estabelecido entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e família, no Programa de Saúde da Família (PSF)*”.

Esta pesquisa pretende contribuir dando maior visibilidade às relações que se expressam no contexto de vínculo estabelecido entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e usuários (individual e coletivo), em realidades do PSF e também, ampliar o instrumental teórico metodológico sobre tema em contextos de saúde.

Declaro na oportunidade que a pesquisadora prestou-me as seguintes informações:

- 1) Minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e em caso de desistência poderei retirar este consentimento em qualquer fase da mesma. Neste caso a pesquisadora compromete-se a destruir os dados referentes a minha participação
- 2) Em caso de dúvidas sobre o trabalho, a pesquisadora fará, de pronto, os esclarecimentos necessários
- 3) Participarei do estudo sem obter benefícios ou ônus financeiros advindos do mesmo
- 4) Os desconfortos associados com a minha participação serão os relacionados da presença da pesquisadora nos espaços de interação
- 5) O uso do gravador em situações de entrevistas e observação, necessárias para que não haja perda de informação, será realizado após meu consentimento, omitindo minha identificação nominal
- 6) O material transcrito pela pesquisadora poderá fazer da parte do conteúdo da pesquisa
- 7) Os dados obtidos pela pesquisadora ficarão à minha disposição para exame e revisão durante todo o processo de coleta de dados e elaboração do relatório de pesquisa
- 8) Se desejar interromper minha participação neste estudo poderei telefonar para Vera Lúcia G. Blank, fone 233 10 58/ 3319388 e ou Edilza Maria Ribeiro, fone 2 34 24 54 / 3 31 94 80, ou contatar pelo e-mail edilzamr@linhalivre.net.

Assino este consentimento livre e esclarecido, do mesmo modo que fazem a pesquisadora e sua orientadora, pois nos comprometemos, igualmente, a atender as disposições acima descritas.

Florianópolis, ...../...../.....

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-USUÁRIOS

Sou Edilza Maria Ribeiro, enfermeira, professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Concretude e possibilidades do vínculo, estabelecido entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e família, no Programa de Saúde da Família”.

Esta pesquisa pretende contribuir dando maior visibilidade às relações que se expressam no contexto de vínculo estabelecido entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e usuários (individual e coletivo), em realidades do PSF e também, ampliar o instrumental teórico metodológico sobre tema em contextos de saúde.

Para conhecer esta realidade necessito observar e entrevistar pessoas que são atendidas no Centro de Saúde do Roçado. Estou convidando você (s) para participar (em) deste estudo. Caso aceite(m) meu convite, necessito que faça(m) sua(s) autorização por escrito, assinando este documento.

Assumo com você (s) alguns compromissos quais sejam:

- 1) Respeitarei a liberdade de aceitar(em) ou não o convite para participar da pesquisa. Caso mude(m) de idéia e quiser (em) desistir, durante o andamento da pesquisa, os dados relacionados a tal participação serão destruídos.
- 2) Estarei, durante toda pesquisa, à disposição para responder suas perguntas e esclarecer sua dúvidas.
- 3) Consultarei você(s) sobre o uso do gravador antes de utilizá-lo. Fitas gravadas e anotações serão destruídas tão logo os dados sejam colocados como parte da pesquisa.
- 4) A pesquisa não trará risco para vocês (s), embora minha a presença durante o(s) seu(s) encontros com o médico e com o enfermeiro possam causar algum incômodo.
- 5) Os dados referentes a(s) sua(s) participação(coes) serão publicados mas seu(s) nome (s) ou dados que possam identificá-lo (s) não constarão da pesquisa.
- 6) Sua (s) participação(ções) será(serão) voluntária(s), não havendo assim, pagamento para a mesma.
- 7) Solicitarei a você(s) que confira(m) e corrija(m) se julgar(rem) necessário, o que for escrito ou gravado referente a(s) sua(s) participação(ções).
- 8) Você(s) poderão fazer contato, para tratar das questões mencionadas acima, por telefone e e-mail: ou seja com Edilza Maria Ribeiro no telefone 2 34 24 54 /3 31 94 80; e-mail [edilzamr@linhalivre.net](mailto:edilzamr@linhalivre.net) e com a orientadora da pesquisa professora Vera Lúcia G. Blank, no fone 2 33 10 58 /3 31 93 88 e-mail [blank@nfr.ufsc.br](mailto:blank@nfr.ufsc.br).

Confirmando que recebi (recebemos )os esclarecimentos acima mencionados e aceito(aceitamos) participar desta pesquisa assino(assinamos) este consentimento juntamente com a pesquisadora e sua orientadora.

Florianópolis...../...../.....

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO -  
AUXILIARES DE ENFERMAGEM E ACS**

Ao assinar este documento estou consentido participar de uma entrevista em grupo, efetuada pela pesquisadora Edilza Maria Ribeiro, que está realizando a pesquisa “*Concretude e possibilidades do vínculo, estabelecido entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e família, no Programa de Saúde da Família (PSF)*”.

Esta pesquisa pretende contribuir dando maior visibilidade às relações que se expressam no contexto de vínculo estabelecido entre profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e usuários (individual e coletivo), em realidades do PSF e também, ampliar o instrumental teórico metodológico sobre tema em contextos de saúde.

Declaro na oportunidade que a pesquisadora prestou-me as seguintes informações:

- 1) Minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e em caso de desistência poderei retirar este consentimento em qualquer fase da mesma. Neste caso a pesquisadora compromete-se a destruir os dados referentes a minha participação
- 2) Em caso de dúvidas sobre o trabalho, a pesquisadora fará, de pronto, os esclarecimentos necessários
- 3) Participarei do estudo sem obter benefícios ou ônus financeiros advindos do mesmo
- 5) O uso do gravador, necessário que não haja perda de informação, será utilizado após meu consentimento, omitindo minha identificação nominal
- 6) O material transcrito pela pesquisadora poderá fazer da parte do conteúdo da pesquisa
- 7) Os dados transcritos pela pesquisadora serão revisados por mim.
- 8) Se desejar interromper minha participação, no estudo, avisarei a pesquisadora Edilza Maria Ribeiro, pelo fone 2 34 24 54 / 3 31 94 80, até o último dia útil de fevereiro de 2004.

Assino este consentimento livre e esclarecido, do mesmo modo como o faz a pesquisadora, pois nos comprometemos, igualmente, a atender as disposições acima descritas

Florianópolis, ...../...../.....

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS**

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1. Nome:
- 1.2 Faixa etária:
- 1.3 Categoria profissional:
- 1.4 Tempo de trabalho no CS do Bairro 'Marrom':

### **2. QUESTÕES**

1. Poderia falar um pouco sobre sua trajetória (pessoal/profissional) até chegar ao PSF do 'Marrom'?
2. Qual é sua avaliação do PSF enquanto concepção?
3. Qual é sua avaliação em termos da operacionalização do PSF no 'Marrom'?
4. Qual foi o seu preparo para atuar no PSF?
5. No PSF está indicado às equipes que desenvolvam vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população. O que seria isto para você?
6. Como os profissionais médicos e enfermeiras estabelecem vínculo no PSF?
7. Você consegue agir de acordo com aquilo que considera necessário para o estabelecimento do vínculo? Poderia justificar sua resposta?
8. O que você citaria como dificuldades e como facilidades para estabelecer o vínculo requerido pelo/no PSF?
9. Pertencendo a um CS que possui três equipes de PSF considera que estão construindo um projeto comum de atendimento e vínculo?
10. Se você pudesse modificar alguma coisa no PSF ou nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, no Ministério da Saúde, para facilitar o estabelecimento de vínculo com os usuários (indivíduos, famílias e comunidade) o que modificaria e porque?
11. Gostaria de acrescentar algo sobre o tema abordado?

## APÊNDICE E: ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE USUÁRIOS

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome:
- 1.2 ESF adscrita:
- 1.3 Tempo de moradia na comunidade do Marrom:
- 1.4 Tempo de utilização do CS:

### 2. QUESTÕES

- 2.1 Poderia falar um pouco sobre o bairro do 'Marrom'?
- 2.2 Em sua opinião, como evoluiu o atendimento em saúde no 'Marrom', especialmente com a instalação do CS ?
- 2.3 O que é para você Programa de Saúde da Família (PSF)?
- 2.4 Quais são as necessidades e/ou problemas de saúde que as pessoas/famílias/comunidade do 'Marrom' têm?
- 2.5 Considera que estas necessidades e/ou problemas que você, sua família e a comunidade apresentam, estão sendo atendidas no PSF, no que se refere ao atendimento dos médicos e enfermeiras do PSF? Poderia explicar a resposta?
- 2.6 Como você descreveria o seu relacionamento (e de sua família, da comunidade) com o médico e com a enfermeira da sua ESF?
- 2.7 Hoje se espera que num atendimento em saúde as pessoas possam falar, perguntar, pensar junto, tomar decisões em conjunto com os profissionais de saúde sobre aquilo que está relacionado a sua saúde/doença, além de incluir questões ligadas à família e participar das decisões sobre o serviço. Você considera que isto acontece quando está sendo atendido pelo .....(médico ou enfermeira)?. Poderia explicar sua resposta?
- 2.8 Na sua avaliação, existem diferenças na forma como médicos e enfermeiras atendem e relacionam com as pessoas/famílias que utilizam o CS? Quais seriam?
- 2.9 O que ajuda e o que atrapalha o atendimento e o relacionamento entre médicos e enfermeiras que atuam no PSF, com você, com outras pessoas/famílias?
- 2.10 O que vocês mudariam no trabalho dos médicos e enfermeiros no PSF do Marrom ou no Sistema de Saúde para facilitar o atendimento e relacionamento das pessoas/famílias ?
- 2.11 Gostaria de acrescentar algo sobre o assunto da nossa conversa?

## **APÊNDICE F: ROTEIRO PARA ENTREVISTA (COLETIVA) DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1. Nome dos participantes:
- 1.2 Categoria profissional:
- 1.3 Tempo de trabalho no CS do Bairro 'Marrom':






### **2. QUESTÕES**

- 2.1 O médico e enfermeira de sua área são conhecidos pelas pessoas/famílias da sua área?  
Como este conhecimento acontece?
- 2.2 Quais são as necessidades e/ou problemas de saúde que as pessoas/famílias/comunidade do 'Marrom' têm?
- 2.3 Consideram que estas necessidades e/ou problemas que os usuários apresentam (indivíduos, famílias, comunidade) estão sendo atendidas no PSF no que se refere ao atendimento dos médicos e enfermeiras do PSF? Poderiam explicar a resposta?
- 2.4 Como vocês descreveriam as relações do médico e da enfermeira do PSF com os usuários (indivíduos, famílias, comunidade) de sua área ?
- 2.5 Em que diferem e em que se assemelham as relações estabelecidas entre as pessoas/famílias/comunidade sendo o profissional médico ou enfermeira?
- 2.6 O que dizem de positivo sobre eles?
- 2.7 O que dizem de negativo?
- 2.8 Vocês recebem sugestões ou pedidos sobre outros serviços que o PSF/CS poderia oferecer e não o está fazendo?
- 2.9 O que vocês mudariam no trabalho dos médicos e enfermeiros do PSF do Marrom ou no Sistema de Saúde do município, do Estado ou no próprio PSF para facilitar o atendimento e relacionamento com as pessoas/famílias?
- 2.10 Gostariam de acrescentar algo mais sobre os temas da nossa conversa?


## APENDICE G: EIXOS ORIENTADORES DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

**Observar** dimensões do vínculo do PSF materializadas quando da interação entre médicos e enfermeiras e usuários ou seja:

### Por parte dos profissionais:

-  **expressões da dimensão humanística** (escuta/atenção ampliada; aceitação e valorização do problema/necessidade trazida pelo usuário (individual e coletivo); disponibilização de tempo para expressão do usuário; possibilidade do usuário identificar a(s) pessoa(s) que prestam assistência (nomes em crachás por exemplo); ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome; possibilidade de ser conhecido; inclusão dos saberes do usuário no processo decisório sobre seus cuidados).
-  **expressões da dimensão técnica (relacional):** investigação ampliada; troca de informações; comunicação dos insights, das inter-relações e interpretações emergentes da comunicação; proposição e participação na construção de planos terapêuticos que inclua novas pautas de conduta para atender/apoiar o usuário em suas interfaces com o processo de saúde vigente; responsabilização/respostas às necessidades apresentadas, continuidade/ manutenção da atenção, resolutividade no atendimento.
-  **expressões da dimensão sócio-cultural** incluindo contextualização das necessidades de saúde do usuário nas perspectivas familiar, social e econômica; resposta às necessidades dos usuários incluindo a perspectiva social e o compromisso com mudança da realidade; reconhecimento do profissional acerca de suas posições, crenças e atitudes frente ao universo cultural do usuário; abertura para os universos culturais dos usuários; consideração da pluralidade de concepções sobre o processo de saúde-doença; posicionamento profissional de negociação entre saberes e práticas culturais.
-  **expressões da dimensão ecológica** incluindo a atenção às condições do ambiente físico/social/emocional, em que vivem os usuários, identificação de conhecimentos e comportamentos dos usuários que melhorem ou degradem este ambiente, das relações entre ambiente e processo de saúde-doença e, acerca das possibilidades de mudança que podem ser produzidas neste ambiente.
-  **expressões da dimensão técnica política** incluindo o reconhecimento de direitos e deveres dos usuários; colaboração para que o usuário alcance níveis crescentes de compreensão sobre a inter-relação das condições de vida e saúde; incluindo ações destinadas a promoção da cidadania do usuário e do seu compromisso com o serviço de saúde (aumento da conscientização, da participação, do controle social).

### Por parte do usuário:

-  colocação de suas dificuldades, necessidades, experiências, emergentes do processo de saúde-doença, em interface com dimensões emocionais, sociais e culturais da família; participação na análise da sua situação e da construção do seu plano terapêutico; envolvimento no processo interacional; apropriação de direito de participação e controle social.