

**VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO COMO DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**Anne Caroline Coelho Leal Àrias Amorim<sup>a</sup>Marluce Maria Araújo Assis<sup>b</sup>Adriano Maia dos Santos<sup>c</sup>**Resumo**

Estudo objetivou a análise do vínculo-responsabilização das equipes de Saúde da Família em um cenário do recôncavo baiano, Brasil, em 2009. Técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação sistemática. Sujeitos do estudo: grupo I (18 trabalhadores de saúde), grupo II (9 usuários), grupo III (2 gestores). Os resultados revelaram que o primeiro contato do usuário com a unidade é realizado na recepção, espaço privilegiado para utilização das tecnologias leves, manifestado de forma tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir novas formas de acolher o usuário. O processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: consulta clínica, atendimento de urgência, retornos programados, educação em saúde, visitas domiciliares, reuniões de equipe e desta com a comunidade ou mediante encaminhamentos externos a outros serviços da rede. Contudo, as equipes imprimem diferentes formas de “atenção” na porta de entrada, ficando na dependência do comprometimento dos sujeitos e do desenvolvimento ou não do vínculo-responsabilização.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde.

---

<sup>a</sup>Universidade Federal do Vale de São Francisco – UNIVASF – Petrolina (PE), Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Federal da Bahia – UFBA – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Anne Caroline Coelho Leal Àrias Amorim – Campus Universitário Darcy Ribeiro, Departamento de Enfermagem Universidade de Brasília – CEP: 70910-900 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: anne.leal@univasf.edu.br

## LINK AND RESPONSIBILITY AS WAYS TO PROVIDE CARE IN FAMILY'S HEALTH STRATEGY

### **Abstract**

This paper intended to analyze the link and responsibility from family's health teams in a scenario in Bahia, Brazil in 2009. The techniques of data collection were semi-structured interviews and systematic observation. The study subjects were: group I (18 health workers), group II (9 users), group III (2 managers). The results revealed that the first contact of users with the unit is done at the reception, a privileged space for light technology use; it was manifested in a tense and conflicted way, but with potential to build new ways to welcome the user. The therapeutic process occurs in different ways: clinic appointment, urgent care, scheduled back appointments, health education, home visits, team meetings and meeting with the community or through external referrals to other health net services. However, health teams have different forms of "attention" at front door, depending on the commitment of the subjects and the development or not of link and responsibility.

**Keywords:** Family's Health Strategy, Primary Health Care, Health Services.

## BOND Y RENDICIÓN DE CUENTAS COMO DISPOSITIVOS PARA LA PRODUCCIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

### **Resumen**

El estudio pretende vincular el análisis de rendición de cuentas de equipos de salud de la familia en un escenario del Recôncavo Baiano, Brasil, en el año 2009. Técnicas de recopilación de datos: entrevista semiestructurada y la observación sistemática. Temas de estudio: grupo I (18 trabajadores de la salud), grupo II (9 usuarios), grupo III (2 administradores). Los resultados revelaron que el primer contacto con la unidad de salud de la familia se realiza en la recepción, un espacio privilegiado para el uso de tecnologías ligeras, que se manifiesta de forma tensa y conflictuosa, pero con potencial para crear nuevas formas para el usuario. El proceso terapéutico se produce de diferentes maneras: consulta clínica, atención de urgencias, visitas programadas, educación para la salud, visitas domiciliarias, reuniones de equipo y de esta con la comunidad o a través de referencias externas a otros servicios de red. Sin embargo, los equipos de salud impresión distintas formas de "atención" en la puerta de entrada, dependiendo del compromiso y la

subjetividad del sujeto implicado en la práctica y desarrollo de bond-rendición de cuentas en la coproducción de cuidado.

**Palabras clave:** Estrategia de salud de la familia. Atención primaria de la salud. Servicios de salud.

## INTRODUÇÃO

A prática em saúde requer o engendramento de processos de trabalho que primem pela criatividade na condução das distintas tecnologias, visando o desenvolvimento de vínculo e responsabilização na produção do cuidado. Para tanto, requer a centralidade do usuário nas práticas, por meio do acolhimento das demandas, buscando conformar um modelo de atenção à saúde pautado nos atributos que conformam a Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como locus de atenção a Estratégia Saúde da Família (ESF), como nível de atenção de primeira escolha e coordenador do cuidado, batizado por princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Ao problematizar o modo como opera o trabalho em saúde, Merhy<sup>1</sup> discute o “trabalho vivo”, enfatizando a preponderância, mas não exclusividade, dos elementos relacionais na construção do ato de cuidar. Assim, o autor cartografa o trabalho em saúde e destaca as diferentes tecnologias necessárias para sua efetivação: as máquinas e instrumentos, os conhecimentos/saberes e o ato relacional. O “trabalho vivo” reúne as diferentes tecnologias na medida necessária para resolver o problema de saúde, considerando as singularidades e os fluxos de afetamento que interagem entre o trabalhador de saúde e o usuário, em ato.

Por esse prisma, os produtos gerados por meio do trabalho em saúde devem compor elementos de promoção, prevenção, cura e reabilitação conforme as demandas sociais, tendo como cerne a produção do cuidado. Nas práticas os trabalhadores devem, portanto, assumir o compromisso com o cuidado das pessoas, articulando o arsenal técnico (núcleo do saber), compartilhando com outros trabalhadores em equipes interdisciplinares (campo do saber), valorizando as intersubjetividades do cuidado (ética), catalisando os diferentes interesses dos sujeitos (política), tendo como norte a garantia da saúde como direito de cada cidadão.

O vínculo e a responsabilização, objetos de análise do presente artigo, considerados dimensões de análise da produção do cuidado em saúde, conforme discutem Assis et al.,<sup>2</sup> são aderentes às proposições de tecnologias relacionais que incidem sobre os processos de trabalho e sugerem novas formas de organizar o cuidado, desencadeando a criação de práticas diferenciadas na saúde, adequadas para (re)orientar processos de trabalho

em direção ao seu desenvolvimento em equipe. Portanto, compatível com a horizontalização de saberes e fazeres integrais de saúde.

O trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais, como proposto na ESF, enquanto estratégia reorientadora da APS, deve ser constituído de práticas alicerçadas na adoção de tecnologias adequadas a depender da natureza das demandas. Contudo, advogamos que a valorização das tecnologias relacionais amplia os atos terapêuticos e potencializa a autonomização dos usuários, questões imprescindíveis para a consolidação de práticas estáveis, pessoais e duradoras (longitudinalidade), fortalecendo os atributos que garantem à Saúde da Família um papel de destaque como estratégia para organização do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Nessa óptica, estabeleceu-se o seguinte objetivo: analisar o vínculo e a responsabilização, enquanto dispositivos para produção do cuidado em saúde, presentes nas práticas dos trabalhadores de saúde no contexto das equipes de Saúde da Família, em um cenário do Recôncavo Baiano.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A pesquisa foi realizada em cinco Unidades de Saúde da Família (USF), em cidade do Recôncavo Baiano, de julho a dezembro de 2009. Os sujeitos do estudo foram organizados em três grupos, compostos por 29 sujeitos, ordenados como: grupo I: 18 trabalhadores de saúde (3 médicos, 3 enfermeiros, 3 odontólogos, 6 técnicos de enfermagem e 3 agentes comunitários de saúde); grupo II: 9 usuários dos serviços ofertados pelo Programa Saúde da Família (PSF); grupo III: 2 gestores (1 coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o PACS, e 1 supervisor do PSF).

Os trabalhadores de saúde e gestores foram escolhidos de forma intencional, enquanto que os usuários foram escolhidos aleatoriamente durante a observação sistemática. Os critérios de inclusão das USF foram: (1) ter equipe completa; (2) trabalhadores de saúde com inserção mínima de seis meses na equipe; (3) concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram orientados por roteiros contendo informações pertinentes sobre os participantes do estudo em relação ao desenvolvimento de vínculo-responsabilização durante a oferta de serviços; forma de atendimento na recepção da unidade e, também, pela equipe de saúde; serviços ofertados (tipo de atendimento, número de vagas, critérios de marcação de consulta, entre outros); aspectos relacionais estabelecidos entre usuários e trabalhadores no curso do cuidado; forma de definição do projeto terapêutico e

possibilidade de participação do usuário. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As observações das práticas foram registradas em diário de campo.

A análise dos dados foi orientada pela técnica de análise de conteúdo temática com base em Minayo<sup>3</sup> e pelas observações da prática que permitiram análise de elementos subjetivos referentes às diversas ocasiões em que ocorreu o desenvolvimento de vínculo-responsabilização na produção do cuidado. A unidade temática central apreendida no estudo foi vínculo e responsabilização na ESF: dispositivos para produção do cuidado em saúde, desdobrada em duas subunidades. O momento da recepção: tensão e negociação; e os momentos do cuidado em saúde: a produção dos dispositivos de vínculo e responsabilização.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com protocolo de nº 170/2008 (CAAE 0170005900008).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE**

#### **O momento da recepção: tensão e negociação**

A busca do usuário pelo atendimento na ESF inicia-se na recepção, ou seja, trata-se do espaço que poderá influenciar toda a dinâmica do cuidado, bem como poderá fortalecer ou fragilizar o vínculo com o estabelecimento de saúde. Percebe-se que, ao limitar o atendimento a um número especificado previamente de atendimentos, os trabalhadores na recepção terão de negociar com usuários que procurarem o serviço estratégias reais, capazes de ofertar consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, frente às demandas apresentadas pelos usuários. Na ausência de recepcionistas, atuam na função os técnicos de enfermagem.

Essa tensão afeta os trabalhadores e os usuários e delinea o perfil do serviço de saúde. Assim, a recepção utiliza os dispositivos “vínculo” e “responsabilização” para consubstanciar a produção do cuidado quando há negociação e acolhimento, com priorização das demandas, bem como novo agendamento dos casos que podem ser atendidos em outros dias e/ou horários, ou ainda, quando existe uma preocupação em identificar pessoas e situações que são prioritárias e que, portanto, não devem ser adiadas.

Por outro lado, quando a recepção se comporta como um lugar burocrático, prescritivo, sem levar em consideração as demandas cotidianas, há uma ruptura na confiança dos usuários com o serviço, ao mesmo tempo em que reproduz a fragmentação do processo terapêutico podendo, inclusive, ser produtor de iatrogenias, de mais doenças e mortes evitáveis. Nesse caso, a “porta de entrada” não será a preferencial, não será legitimada pela população, cindindo a possibilidade de que a ESF se torne o local de primeiro contato.

A recepção pode ser organizada por critérios como o cadastramento familiar, realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ordem de chegada, programas governamentais pré-estabelecidos, atendimento preferencial para grupos específicos, pronta atenção às urgências, entre outros; em síntese, por meio do acolhimento na organização dos serviços. Até porque, muitas equipes têm um número excessivo de população adscrita, trabalham em condições precárias, não contam com uma rede de referência como pontos suficientes para cuidados complementares, atendem uma população historicamente excluída e que, por isso, acumulam demandas de toda natureza; sem esquecer dos desejos criados a partir de uma sociedade medicalizada e pouco afeita aos cuidados preventivos e promocionais.

Para Mattos,<sup>4</sup> práticas não acolhedoras e operacionalizadas apenas por normas tendem a “levar o usuário que não conseguiu lograr o acesso ao serviço que pensava necessitar a concluir que ele precisa de um plano de saúde [...]. Ou seja, [...] além de obstruir o acesso [...], corrói a legitimidade do SUS”, denominação dada ao Sistema Único de Saúde.

Por todas as questões levantadas, uma defesa ingênua de uma recepção que recebe tudo seria uma incoerência. Portanto, o vínculo possibilita a criação de laços fortes e duradouros que encontram ressonância na população que passa a ser ouvida e a ouvir os dilemas do sistema de saúde. O vínculo, produto de uma equipe responsável, possibilita a produção subjetiva do cuidado e o alastramento de boas práticas em todo o território, visto que a comunidade passa a ser cúmplice de seu cuidado, reconhece a equipe como cuidadora e viabiliza a sustentabilidade de um modelo de atenção que se propõe realizar o cuidado ao logo do tempo e permanentemente.

No município investigado, percebeu-se que os usuários, ao procurarem a recepção da unidade para suprir as suas demandas de saúde, se deparavam com divergências entre a realização ou não do acolhimento, por consequência dos limites estabelecidos às ações e serviços ofertados nas unidades de saúde. Por sua vez, quando acessavam os serviços, os procedimentos eram, preferencialmente, limitados a avaliações clínicas, com predominância de procedimentos, sem valorização das tecnologias relacionais, sobretudo

pelos médicos, com baixa responsabilização pelo processo terapêutico longitudinal, aumentando a insatisfação do usuário e contribuindo para esgarçar o vínculo com a equipe de atenção primária.

Os dados empíricos revelaram que as demandas de atendimento que chegam à recepção geralmente têm desfechos variados, dependendo da ética do sujeito que recepciona e de sua inclinação para atentar às particularidades da situação de saúde do usuário ou para orientar atos terapêuticos modulados, apenas, por normas, rotinas, fluxogramas e cronogramas previamente estabelecidos na unidade. Tudo isso desencadeia, em alguns momentos, o não acolhimento de usuários, mesmo quando se encontram com múltiplas formas de vulnerabilidade e risco de algum agravo.

O encontro entre trabalhador e usuário, na porta de entrada, tem capacidade para, em ato, ocorrer sem imposição de barreiras burocratizantes. Posto que o trabalhador, ao perceber a demanda do usuário e julgar pertinente o atendimento imediato, possivelmente o acolherá e encaminhará prontamente ao atendimento adequado, por um profissional ou uma equipe, na própria unidade ou em outro estabelecimento de saúde, agindo como coordenador dos cuidados. Contudo, as entrevistas e a observação da prática revelaram circunstâncias em que os usuários tiveram dificuldade em acessar o sistema de saúde mesmo quando, em situações de urgência, traziam crianças e jovens para atendimento na unidade de saúde. Esses episódios desencadeavam interferência de outros usuários, indignados com os ruídos advindos das práticas inadequadas, que lamentavam a não garantia de seus direitos de cidadania, contrariando a legislação que assegura a universalização do acesso à saúde como um direito de todos. Contudo, os enfermeiros se destacaram como profissionais que se empenham em acolher e resolver tais necessidades de saúde, servindo de elo entre usuários e médicos ou dentistas na busca por soluções.

Esse aspecto não acolhedor/restritivo foi observado nas recepções de duas unidades pesquisadas. Os problemas incidiam nos aspectos éticos, pois a técnica de enfermagem que se encontrava na recepção se portava de maneira agressiva com os usuários, criando situações de tensão; e incidiam, ainda, nos aspectos técnicos, posto que a referida trabalhadora não informava a médica quanto à presença de usuários com necessidades de atendimento preferencial naquele momento, desenvolvendo uma prática limitada, com comportamentos relacionais incompatíveis com a função; orientando-se, inclusive, por conhecimentos técnicos inadequados, implicando em aumento do risco para o usuário.

Contrapondo atitudes como essas, a tecnologia leve (acolhimento, vínculo e responsabilização), de acordo com Andrade et al.,<sup>5</sup> deve se desenvolver em espaços

da unidade de saúde como a recepção, possibilitando amenizar situações de tensão, tais como observado nas unidades relatadas. Entretanto, exige mudanças organizacionais nos processos de trabalho e, ainda, revisão de posturas dos trabalhadores, conformando sujeitos comprometidos com a saúde da população. Pois, caso contrário, como afirmam Assis et al.,<sup>6</sup> a falta de acolhimento poderá favorecer um acesso excludente, ainda que universalmente previsto em lei, o que leva ao questionamento de sua qualidade, quando ocorrem situações conflituosas e restritivas das ações efetivamente realizadas.

Os critérios relativos ao acesso nas recepções das unidades, que confirmam o vínculo e a responsabilização, desencadeavam diferentes formas de agir dos trabalhadores de saúde nas unidades pesquisadas, tendo em comum a escuta atenta, o diálogo respeitoso e a busca por mediar os limites impostos pela própria organização do serviço na rede. Por outro lado, considera-se que os informes com o quantitativo de consultas por trabalhador, a organização do atendimento por ordem de chegada, dias e turnos em que grupos específicos serão atendidos, entre outros, relacionavam-se à tentativa em responder à grande demanda espontânea e reprimida. Situação também retratada em estudos de Santos e Assis<sup>7</sup> e Rodrigues e Assis,<sup>8</sup> em um município da região Nordeste da Bahia.

Por conseguinte, a demanda reprimida e as barreiras relacionais, impostas para o atendimento na recepção, influenciam a satisfação dos usuários e, quando somadas à demora no atendimento e à organização do fluxo, centradas na atenção programática, contribuem para esmaecer o desenvolvimento do vínculo entre os membros da equipe e parte considerável dos usuários. Essa situação, evidenciada por dados empíricos, agrava-se pela demora no acesso às consultas especializadas e pelo atraso no recebimento de resultados dos exames complementares. Todavia, todos os enfermeiros não costumavam reprimir quaisquer demandas, buscando contrariamente ajustá-las aos agendamentos anteriores.

Aspectos como os empreendidos até o momento perpetuam as práticas procedimento-centradas e ratificam o descompasso causado pela Atenção Primária quando se sustenta em posturas dos trabalhadores de saúde, preferencialmente tecnicistas, inviabilizando a construção da clínica ampliada.<sup>9</sup> Concordando com o autor, afirma-se que, no cenário local, esses aspectos influenciaram as práticas dos trabalhadores, pois muitos não se responsabilizavam efetivamente pelos problemas apresentados. Nesse sentido, compromete-se o primeiro nível de atenção à saúde, favorecendo a persistência de agravos evitáveis e controláveis, além da não realização do acompanhamento dos usuários ao longo do tempo.

Essa distorção que orienta as práticas de alguns trabalhadores da saúde compromete a produção do cuidado e é, indubitavelmente, responsável pela persistência



de um modelo de atenção pouco resolutivo e, frequentemente, criticado pela população, formuladores de políticas e pelos próprios trabalhadores.

### **Os momentos do cuidado em saúde: a produção dos dispositivos de vínculo e responsabilização**

A prática da equipe se estabelece a partir de um cardápio variado de ações dadas *a priori* e definidas pela equipe de Saúde da Família (EqSF), orientados pelos problemas de saúde mais corriqueiros na comunidade ou que atendam ao perfil dos trabalhadores (competências). Nesse sentido, as principais práticas desenvolvidas são as avaliações clínicas com foco nas queixas dos usuários, atenção realizada em nível domiciliar, ações coletivas (educação em saúde), reuniões de equipe e reuniões com a comunidade.

As atividades realizadas pelos trabalhadores nas equipes contavam ainda com a adesão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em uma USF, e com o apoio de estudantes e de uma professora da Universidade Estadual de Feira de Santana, em outra. Além disso, as provocações de uma trabalhadora de saúde que, em virtude de inquietações provenientes do curso da pós-graduação em Linhas do Cuidado, que frequentava, fazia pulsar a “produção local de saúde”, em outra unidade sob investigação. Essas parcerias configuravam aspectos relevantes para o (re)dimensionamento das práticas de saúde nas referidas unidades, fortalecendo a construção de uma clínica ampliada.<sup>9</sup>

Em todas as unidades pesquisadas percebeu-se que a prática permanece concentrada na queixa-conduta, com pouco espaço para as tecnologias que potencializem o vínculo. Nesse sentido, os trabalhadores pesquisados realizam outras ações para além das programáticas; ainda que estas configurem parte expressiva de suas atividades cotidianas, o que caracteriza a predominância de atividades clínicas individuais em detrimento das ações coletivas, limitando-se a uma reestruturação produtiva ao invés de construir uma transição tecnológica.<sup>1</sup>

Parte dessa constatação se deve, segundo os entrevistados, à demanda historicamente reprimida, à dificuldade de mudar as práticas diante da pressão por atendimento e da própria matriz de formação dos trabalhadores. Implica, portanto, na reformulação ampla de aspectos ligados à formação nas universidades; na condução de processos de educação permanente; na construção de uma política de gestão do trabalho; na organização de uma rede de cuidados; no apoio matricial; e na ênfase em políticas intersetoriais, para que os eventos ligados ao processo saúde-doença sejam reconhecidos como resultados de todas as políticas municipais e regionais. Ou seja, não é uma

responsabilidade restrita ao setor saúde, muito menos a um grupo de trabalhadores. Dessa forma, ainda que se aposte na micropolítica como desencadeadora de processos potentes na transformação das práticas cotidianas, percebe-se um limite que constringe tentativas de recondução dos modelos de atenção a partir, somente, de outros núcleos tecnológicos.

Ainda segundo os dados coletados, o quantitativo de consultas é insuficiente, sob a ótica dos usuários, para a maioria dos procedimentos realizados pelos diferentes trabalhadores. Entretanto, esse critério quantitativo pareceu mais adequado para os gestores e trabalhadores, que tentam programar as atividades segundo critérios técnicos (turno/dia de atendimento), nem sempre em consonância com as demandas reais. Ainda que isso possa ser previamente negociado, esses quantitativos de procedimentos costumam extrapolar os tênues limites “tecnicamente” estabelecidos, acarretando em incontestáveis manifestações de ansiedade/insatisfação da população que busca a unidade de saúde.

Outras ações de saúde realizadas pelos trabalhadores inseridos no PSF evidenciam as discussões apresentadas. As reuniões de equipe ocorrem geralmente para planejar ações na área de atuação; algumas vezes incluem as demandas apreendidas na comunidade, em outras ocorrem em função da tentativa de desenvolver alguma ação programática, inclusive a tentativa de implantação de conselhos locais de saúde. Ações como salas de espera, oficinas, feiras de saúde e outras costumam ser realizadas a partir de programações prévias, estabelecidas em equipe ou fruto de rotina traçada verticalmente pelos gestores municipais, estaduais e/ou federais.

As ações coletivas são realizadas pela maioria dos trabalhadores de saúde, tanto na unidade quanto nos diferentes equipamentos sociais dispostos na área de abrangência. Tais ações são direcionadas comumente a grupos específicos por meio de atividades informativas (palestras), compatíveis com problemas ou necessidades de saúde destes; que são detectadas durante as consultas clínicas dos trabalhadores de nível superior, por demandas trazidas pelos ACS, sugeridas pela coordenação das equipes ou, ainda, orientadas pelo diagnóstico situacional do território, frequentemente realizado durante a implantação da estratégia.

A interação da equipe de saúde com o NASE, estudantes e professores da Universidade Estadual de Feira de Santana e a inserção de trabalhadores das equipes em pós-graduação em Saúde Coletiva (Linhas do Cuidado) revelaram possibilidades de qualificação das práticas e ampliação da clínica. Tais intercâmbios permitiram ampliar a satisfação de usuários ao perceberem o desenvolvimento da prática pautada na integralidade da atenção e no incremento do vínculo-responsabilização, uma vez que a interdisciplinaridade favoreceu o desenvolvimento do acolhimento e (re)ordenamento de

posturas e atitudes dos sujeitos. Todavia, esses avanços costumam ser contrapostos pelos atravessamentos de alguns trabalhadores que, por não se adequarem ao perfil necessário para o desenvolvimento do trabalho, na referida estratégia, permanecem resilientes a toda tentativa de mudança.

Uma ação potente para o desenvolvimento do vínculo e consequente responsabilização da saúde familiar se impõe por meio da realização de atenção domiciliária, caracterizando o domicílio como espaço privilegiado para o estreitamento de relações e, destarte, a percepção de fatores de risco e vulnerabilidades, favorecendo a melhor compreensão do processo saúde-doença da família e da comunidade.

Em uma das unidades investigadas, observou-se a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de um idoso com escara em membro inferior. O trabalhador que o atendeu no domicílio referiu tê-lo assistido em outro momento, por ocasião de evento semelhante, e informou o sucesso da condução terapêutica realizada anteriormente por meio de internação hospitalar, por necessidade de antibioticoterapia e debridamento da escara. Na ocasião, percebeu-se que essas condutas seriam novamente necessárias para a melhoria de saúde do usuário, em virtude de que o ambiente domiciliar estava interferindo negativamente na evolução do quadro clínico. No entanto, os atos da equipe foram discutidos com a família e acordados de forma acolhedora, por estabelecer-se em meio ao desenvolvimento de vínculo entre os sujeitos e a responsabilização da equipe para a melhoria do caso. Esse exemplo explicita a potência das tecnologias, quando adequadamente utilizadas, posto haver a necessidade de instrumentos e medicamentos (tecnologia dura), conhecimento técnico qualificado (leve-dura) e conteúdo relacional (tecnologia leve), numa articulação interdisciplinar, na qual o trabalho vivo, em ato, operou para a produção do cuidado. Além disso, a ESF trabalhou como coordenadora do cuidado, qualificando a porta de entrada.

O exposto acima evidencia, processualmente, ações integradas entre os membros da equipe, em defesa da vida do usuário, porém, essa forma de trabalho não se configura como a prática da maioria das EqSF que compõem as unidades investigadas, mesmo que ocorra certo movimento na direção dessa construção em seus processos de trabalho. Percebe-se em uma das unidades de saúde, no entanto, que o vínculo estabelecido entre os membros da equipe e entre eles e a comunidade se desenvolve de forma diferenciada em virtude do tempo que estão atuando no mesmo território (pelo menos cinco anos).

Ao analisar algumas falas, constata-se que trabalhadores corresponsabilizavam usuários por seus tratamentos, revelando, nesses casos, a possibilidade de construção terapêutica compartilhada, e não apenas fragmentada no saber específico do trabalhador.

A divisão de responsabilidades aqui analisada, entre trabalhador e usuário, sinaliza uma tendência à lógica usuário-centrada, pautada no desenvolvimento da autonomia crescente destes, compatível com discussões teóricas realizadas em diferentes regiões brasileiras.<sup>10-12</sup>

Constataram-se também, em três unidades observadas, momentos de tensão na produção da prática de saúde. Todavia, quando o acolhimento transversalizava a atenção, por evidenciar as subjetividades dos usuários e direcionar as atitudes dos trabalhadores, tais ocasiões eram amenizadas e mesmo que o “problema de saúde” não fosse resolvido naquele momento, o usuário se sentia satisfeito em esperar a sua posterior resolução.

Nesse contexto, Rodrigues e Assis<sup>8</sup> apontam que “a tecnologia leve, ou seja, de relação, é secundária ao trabalho estruturado”. Por conseguinte, o trabalho em saúde requer dos trabalhadores a postura de interrogar os usos que se faz do seu “saber fazer”.<sup>13,14</sup>

O trabalho vivo, para Merhy,<sup>1,15</sup> é produzido “em ato”, no momento do encontro das subjetividades dos sujeitos-usuários do sistema, e dos sujeitos-cuidadores, das equipes, em todos os espaços em que os atos terapêuticos são realizados. Tal questão demanda por desenvolvimento das tecnologias de relação para qualificar a atenção à saúde no SUS, sem abandono de nenhuma outra tecnologia, apenas utilizando-as de acordo com cada caso, numa perspectiva de transição tecnológica, procurando sempre resolver os problemas manifestados.

O vínculo entre trabalhador e comunidade opera em direção à integralidade da prática, uma vez que os trabalhadores se abrem às novas possibilidades cuidadoras e pautam seu saber-fazer, também, em tecnologias leves.<sup>7</sup> Ainda assim, os trabalhadores atuam, frequentemente, sob lógicas polarizadas, deixando-se cercear por atuações desconectadas e particularizadas em núcleos de saberes específicos,<sup>16</sup> predominantemente orientados por saberes técnicos operativos,<sup>17</sup> nem sempre capazes de, isolados, responder às expectativas da população.<sup>8</sup>

Outro aspecto reafirma os desafios das práticas desenvolvidas pela equipe, por exemplo, o questionamento de determinados usuários em relação ao saber técnico de alguns trabalhadores. A advertência dessa situação esteve presente em todas as unidades e em distintas circunstâncias, revelando diferentes questões. Por um lado, pelo insuficiente traquejo do trabalhador, por não dominar as ferramentas necessárias para uma prática adequada à estratégia (as relacionais) e reações isoladas de incompreensão do saber técnico do trabalhador, pelo usuário (enfermeiro). Questões como essas são maximizadas pelo medo de não ser atendido ou de sê-lo sem a devida qualidade esperada. É relevante considerar que essas afirmações não são extrapoláveis para todos os trabalhadores e sim, como componente da subjetividade de alguns deles, em cenários específicos.

Para Cunha,<sup>9</sup> a prática de parte expressiva de trabalhadores da área médica centra-se em condutas orientadas, predominantemente, pelas tecnologias duras, uma vez que não se dispõem a realizar o desdobramento imaterial compatível com o vínculo e a responsabilização, os quais interferem consideravelmente na resolução de muitos problemas típicos da atenção básica. Entretanto, essa predisposição que demanda um maior envolvimento do trabalhador o capacita a perceber aspectos singulares das necessidades de saúde dos usuários, certamente relevantes para assegurar não apenas o acesso aos serviços, mas sua qualidade de vida.

Em todas as unidades investigadas, alguns aspectos, referentes à prática médica, foram destacados pela maioria dos sujeitos entrevistados, entre eles: a alta rotatividade e o pouco envolvimento com atividades de cunho preventivo e de promoção à saúde. Em uma unidade, em particular, a não responsabilização do trabalhador com a saúde comunitária foi, também, constatada na observação de sua prática, confirmada pela postura pouco comprometida com a resolução das demandas de saúde da população local.

Sobre esse aspecto da prática corrobora-se com Cunha<sup>9</sup> ao referir que o saber técnico é essencial na prática da equipe de saúde, mas este não impede os trabalhadores de valorizarem as tecnologias relacionais na produção do cuidado, apontadas por usuários e trabalhadores como relevantes para a realização da boa prática de saúde. Por esse prisma, acredita-se que o uso de recursos relacionais é apropriado aos espaços em que se desenvolvem as práticas de saúde, por favorecer vínculos, conseqüentemente, responsabilizações, entre usuários e equipes de saúde. O domicílio, nesse sentido, configura-se como significativo espaço social de apropriação de habilidades relacionais, compatíveis com um maior grau de interseção entre sujeitos sob cuidados e sujeitos-cuidadores, aptos à apreensão de particularidades e intersubjetividades.

Por esse motivo, vínculo e responsabilização são ingredientes da integralidade que se firmam, a partir de atitudes menos racionalizadoras e mais éticas, certamente compartilhadas entre os usuários e as equipes que os assistem. Contudo, essas formas de agir são compatíveis com a postura do profissional disposto a trabalhar em equipe e não somente em uma equipe em que os sujeitos se sujeitam uns aos outros a saberes desconectados, submergindo a chance de constituírem uma prática interdisciplinar.<sup>9,11,18</sup>

A responsabilização, assim como o vínculo e o acolhimento, emerge na produção do cuidado e na adoção desses dispositivos, como defendido por Merhy,<sup>15</sup> concebe a produção da prática em outras bases paradigmáticas (humanização do atendimento e defesa da vida).

Por fim, as condutas dos trabalhadores de saúde em uma visão ampliada do cuidado requerem uma revisão das práticas realizadas cotidianamente no SUS. Desse modo, uma atuação democrática, comprometida e eficiente necessita dos dispositivos relacionais vínculo e responsabilização, engendrados nos atos de cuidado das pessoas, abrindo-se para além da programação em saúde, construindo projetos terapêuticos que captem as singularidades e, ao mesmo tempo, respondam às demandas mais comuns do território. Subjacente à ideia de vínculo e responsabilização existe uma prerrogativa: as pessoas devem ser cuidadas em sua integralidade, devendo-se respeitar suas diferenças, numa incessante luta pela defesa da vida.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise do vínculo e da responsabilização na ESF revelou as dificuldades enfrentadas pela população na busca pelo atendimento aos serviços de saúde, o qual apresenta relações tensas na “porta de entrada”, exigindo negociações entre trabalhadores e usuários para que seja efetuado o cuidado em saúde. Também mostra o processo de cuidar que é operado em ato e como os dispositivos de vínculo e responsabilização transversalizam a produção das ações.

A partir deste estudo, coloca-se a possibilidade de repensar o processo de trabalho da EqSF, buscando uma atenção centrada no usuário, com corresponsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários. De forma a contribuir nas possibilidades de intervenção ressaltamos que no grupo I, os médicos refletem uma prática predominantemente fragmentada e pouco orientada pelos dispositivos, os enfermeiros têm vínculo e se responsabilizam em resolver as demandas do grupo II em relação aos demais profissionais e que a maioria dos técnicos de enfermagem, junto com os agentes comunitários de saúde, os apoia na resolução dessas necessidades, enquanto que os dentistas avançam no cuidado integrado em saúde. Tais percepções compõem a compreensão do grupo III frente ao comportamento dos demais em relação a ambos dispositivos, em que o vínculo precede e influi na responsabilização de qualquer dos sujeitos do cuidado em saúde.

A pesquisa suscita, da mesma forma, a compreensão acadêmica dos aspectos que caracterizam o enfermeiro como trabalhador que se destaca como potencial acolhedor e gestor da resolubilidade de ações da referida estratégia, como na investigação de aspectos formativos que qualifiquem/restringam os atos terapêuticos dos membros da equipe de saúde.

O desenvolvimento do vínculo-responsabilização inicia-se com ações dialógicas presentes “em ato” nos encontros entre trabalhadores e comunidade, por meio do trabalho

em equipe, configurando-se numa verdadeira teia relacional entre todos os sujeitos envolvidos no processo. Por conseguinte, cada encontro tem potencialidade para tensionar ou acolher as demandas da equipe e da comunidade, que poderá (ou não) produzir a boa prática de saúde. Finalmente, a realização de encontros cercados de compromissos acordados e honrados possibilita que o resultado do cuidado seja a garantia do acesso pautado na integralidade da atenção à saúde.

### **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto, cujo este trabalho faz parte: Produção das Práticas em Saúde e a Construção da Integralidade no Programa Saúde da Família em dois cenários da Bahia, coordenado pela autora Marluce M. A. Assis, sob nº 033/2008 (CAAE: 0033.0.059.000-08).

### **REFERÊNCIAS**

1. Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB (orgs.). Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo; 2008.
4. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco; 2009. p. 370-83.
5. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 783-836.
6. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(3):815-23.
7. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):53-61.
8. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: UESB; 2009.

9. Cunha GT. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
10. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas - BA. Rev Baiana Saúde Pública. 2005;29(2):273-85.
11. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):723-33.
12. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE (org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
13. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
14. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.
15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (orgs.). Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p.187-204.
16. Assis MMA, Sampaio HC, Santos AM, Nascimento MAA, Oliveira TS. Oferta de serviços na atenção primária à saúde em um município da Bahia. Rev APS. 2008;11(2):152-62.
17. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, mendes-Gonçalves RB (orgs.). Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 9-22.
18. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.

Recebido em 11.01.2013 e aprovado em 22.09.2014.