

Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde

BONDING TO IMPLEMENT THE FAMILY HEALTH PROGRAM AT A BASIC HEALTH UNIT

FORMACIÓN DEL VÍNCULO EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Michele Mota Monteiro¹, Virgínia Paiva Figueiredo², Maria de Fátima Antero Sousa Machado³

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as estratégias de formação do vínculo entre usuários e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) de uma unidade básica em Fortaleza-CE. Estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado nos meses de agosto e setembro de 2007 em Fortaleza-Ceará-Brasil. Os informantes do estudo foram os 12 profissionais das equipes de saúde da família. Os dados foram coletados por meio de entrevista e organizados na forma de categorização das falas dos sujeitos, com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e analisados com a literatura. Foram respeitadas as questões éticas inerentes a estudos com seres humanos. Os profissionais compreendem vínculo como relacionamento, cumplicidade e confiança. Acreditam que organização do serviço, compromisso e respeito são indispensáveis para a consolidação deste processo, que pode ser formado com grupos, acolhimento e visita domiciliar. Ressalta-se a importância da formação do vínculo no Programa Saúde da Família como estratégia para uma melhor assistência à saúde.

DESCRIPTORIOS

Programa Saúde da Família.
Equipe de assistência ao paciente.
Serviços de saúde.
Acolhimento.

ABSTRACT

The objective of this study was to learn about strategies to develop binding between patients and Family Health Program (FHP) professionals at a basic health unit in the city of Fortaleza-CE. This descriptive and qualitative study was performed in August and September 2007 in Fortaleza, Ceará, Brazil. Study informants were the 12 professionals working in the family health program teams. Data was collected through interviews and organized in the form of subject discourse categories, based on the Collective Subject Discourse technique, and analyzed according to the literature. The study complied with inherent ethical issues regarding research involving human beings. The professionals understand bond as relationship, complicity and trust. They believe that service organization, commitment and respect are indispensable to consolidate this process, which can be established with groups, user embracement and home visits. Emphasis is given to the importance of developing bonding in the Family Health Program as a strategy to improve health care.

KEY WORDS

Family Health Program.
Patient care team.
Health services.
User embracement

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer las estrategias de formación del vínculo entre usuarios y profesionales del Programa Salud de La Familia (PSF) de una unidad básica en Fortaleza-CE. Estudio descriptivo, de naturaleza cualitativa, realizado en los meses de agosto y septiembre de 2007 en Fortaleza-Ceará-Brasil. Los informantes del estudio fueron los 12 profesionales de los equipos de salud de la familia. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista y los discursos de los sujetos fueron organizados en categorías, con base en la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo y analizados con la literatura. Fueron respetadas las cuestiones éticas inherentes a los estudios con seres humanos. Los profesionales comprenden al vínculo como siendo una relación, una complicitad y en la que debe existir confianza. Piensan que la organización del servicio, el compromiso y el respeto son indispensables para la consolidación de este proceso, que puede ser formado con grupos, acogimiento y visita domiciliar. Se destaca la importancia de la formación del vínculo en el Programa Salud de la Familia, como estrategia para obtener una mejor asistencia a la salud.

DESCRIPTORIOS

Programa de Salud Familiar.
Grupo de atención al paciente.
Servicios de salud.
Acogimiento.

¹ Graduanda em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. ² Graduanda em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. ³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza e da Universidade Regional do Cariri. Enfermeira da Escola de Saúde Pública do Ceará. Coordenadora do Grupo de Pesquisa GRUPESC da Universidade Regional do Cariri. Membro do Núcleo de Pesquisa Saúde da Criança - NUPESC. Ceará, Brasil. fatimaantero@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Formularam-se estratégias de saúde que permitissem aos países alcançar, até o ano 2000, individual e coletivamente, um nível sanitário aceitável, que fizesse parte do desenvolvimento social inspirado num espírito de justiça⁽¹⁾. Em muitos países, inclusive no Brasil, infelizmente, é sensível o fato de que, até os dias atuais, esse nível sanitário aceitável não alcançou sua plenitude.

No Brasil, na década de 1980, desenvolveu-se uma série de tentativas de reestruturação da saúde, tendo como inspiração o cenário mundial, em que várias discussões estavam acontecendo acerca dessa mudança de paradigma no que dizia respeito à saúde, surgindo, assim, o movimento denominado Reforma Sanitária, com medidas que apontavam para a unificação dos componentes assistencial e preventivo em comando único, organizado de forma descentralizada⁽²⁾.

A dimensão doutrinária dessa Reforma consolidou-se progressivamente, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Contando com intensa participação de representações da sociedade organizada, consolidou-se uma nova proposta para o sistema de saúde, que se constituiu mais adiante, com a Constituição de 1988, no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual incorpora os princípios básicos de universalidade, equidade, integralidade, além de regionalização e hierarquização da rede e participação social⁽²⁾. Estes princípios foram mais tarde assumidos como básicos para a operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF).

Inúmeros foram os avanços do SUS no estabelecimento dos seus propósitos, porém, ele ainda tem vários desafios importantes a superar, como o acolhimento nem sempre adequado, a pouca valorização do trabalho em saúde, a não-formação de vínculo entre usuários e equipes e a fragmentação das ações no processo de atenção⁽³⁾.

Em 1994, como nova estratégia de desenvolvimento do SUS e eixo central para promover a extensão de cobertura, foi criado o Programa Saúde da Família⁽⁴⁾. O lançamento do PSF representa a proposição do mais largo alcance na história do País, posta em prática para ordenar os recursos desse sistema, a fim de que responda de maneira apropriada às necessidades da população⁽⁵⁾.

O Programa Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a

qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários⁽⁶⁾.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade⁽⁶⁾.

O Estado do Ceará, cenário do surgimento do PSF, foi objeto de rápida expansão das suas equipes e, em 2006, a cobertura por agente comunitário de saúde (ACS) chegou a quase 100% da população, pois 99,5% do contingente demográfico foi coberto por equipes de saúde da família (ESF) e de saúde bucal (ESB), segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB). Em Fortaleza, até março de 2007, 256 ESF foram implantadas dando cobertura a 37,19% da população e 212 ESB foram estabelecidas, atendendo a 61,59% do total de 2.374.944 habitantes⁽⁷⁾. Pelos dados ora apresentados, podemos perceber que no Estado do Ceará a atenção conferida pelo PSF é muito elevada e, em Fortaleza, investimentos são buscados no sentido de aumentar a cobertura da população que necessita do SUS de maneira mais efetiva. Por meio da territorialização do Município de Fortaleza, que consistiu em uma radiografia do espaço urbano para identificar características e necessidades da população, constatou-se que, para cobrir 100% desse contingente, seria necessário o trabalho de 460 equipes do PSF, com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e odontólogos, além de 2.700 agentes comunitários de saúde.

Assim, ante a necessidade de se ampliar a cobertura do PSF, a Prefeitura de Fortaleza realizou pela primeira vez um concurso público para a contratação das necessárias 460 equipes do PSF. Os agentes serão contratados mediante seleção pública, que os vinculará a uma autarquia oficial. Com a realização do concurso em fevereiro de 2006, houve aumento de 102 para 200 equipes, inicialmente. Os profissionais estão sendo chamados gradativamente em consonância com a estruturação das unidades básicas de saúde⁽⁸⁾.

É possível evidenciar, portanto, um avanço do Programa Saúde da Família, com ênfase na expansão de cobertura. Este fato é de alçada importância para a concretização do modelo assistencial proposto. Outros aspectos, no entanto, devem ser valorizados, como, por exemplo, o vínculo da ESF e usuário dentro do Programa.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em

situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade⁽⁶⁾. Concordamos quando um autor⁽⁹⁾ reforça a noção de que o vínculo, envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde⁽¹⁰⁾.

Ainda segundo um estudo⁽¹⁰⁾, o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se estabelece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja⁽¹⁰⁾.

Com base nessas reflexões, o presente estudo tem como eixo investigativo a criação do vínculo entre usuários e profissionais do Programa Saúde da Família. O interesse por esta temática surgiu da vivência como acadêmicas de Enfermagem no Estágio Curricular, numa unidade básica de saúde, na qual tivemos a oportunidade de acompanhar a instalação do Programa Saúde da Família em uma comunidade no Município de Fortaleza-CE, observando a inserção dos profissionais das equipes nessa realidade, vislumbrando a formação do vínculo com a população adscrita.

Entendemos como oportuno o momento para discussão da temática no serviço, cenário do estudo, com vistas a possibilitar uma reflexão junto aos profissionais de saúde, bem como a gestão, a fim de valorizar a formação do vínculo junto à população.

OBJETIVO

Conhecer de que modo acontece a formação do vínculo entre usuários e profissionais das Equipes de Saúde da Família de uma unidade básica, em Fortaleza-CE.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio descritivo, de natureza qualitativa, realizado nos meses de agosto e setembro de 2007, em uma Unidade Básica de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza - Ceará - Brasil. A unidade-cenário do estudo se caracteriza como unidade-escola, com um projeto de parceria entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Os informantes foram os profissionais de saúde do referido serviço e que consentiram em participar do estudo. O instrumento utilizado na pesquisa foi a entrevista semi-

estruturada, a qual possibilitou obter dados referentes à caracterização dos profissionais, bem como aspectos referentes ao conhecimento deles acerca do vínculo, tendo cada entrevista uma duração média de 20 minutos.

Foram entrevistados 12 profissionais das equipes que se encontravam na unidade básica de saúde (UBASF) e que consentiram participar do experimento. Este número representou a totalidade dos profissionais lotados nas equipes. Os profissionais entrevistados foram médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de consultório dentário. Os ACS e os auxiliares de enfermagem ainda não integravam as ESF da realidade investigada, no momento da coleta de dados, como preconiza o Ministério da Saúde, motivo por que não foram incluídos no estudo.

Os dados foram organizados com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma estratégia metodológica, com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que confirma um dado imaginário. Esse discurso permite visualizar melhor a representação social, na medida em que ela aparece, não sob a forma mais viva de uma fala, mas do modo como os indivíduos pensam. Assim, os procedimentos para análise envolveram: seleção das expressões-chave de cada discurso particular, identificação da idéia central de cada uma dessas expressões-chave, que é a síntese do conteúdo dessas expressões, reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso-síntese, que é o discurso do sujeito coletivo⁽¹¹⁾. A análise dos discursos sucedeu por meio da literatura revisada para embasar teórica e empiricamente a investigação.

Para a realização do estudo, as questões éticas que tratam de pesquisas com seres humanos foram respeitadas, consoante Resolução n° 196/96, do CNS-MS do Brasil. Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sendo aprovado sob o parecer n° 132/2007, em 19/06/2007.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão apresentados sob a forma do Discurso do Sujeito Coletivo, conforme anunciado em passagem anterior deste texto. Estes foram subsidiados pelas entrevistas com os profissionais das equipes de saúde da família. A bem da organização, trazemos primeiramente a caracterização dos profissionais incluídos na pesquisa e, em seguida, os discursos dos informantes referentes à formação do vínculo.

Caracterização dos Profissionais

Os informantes do estudo foram profissionais das equipes de saúde da família de uma unidade básica de saúde, perfazendo um total de 12 profissionais. Desses, cinco eram médicos, três enfermeiras, dois dentistas e dois auxiliares de consultório dentário.

Quanto ao sexo, eram dez do sexo feminino e dois do masculino. A idade dos profissionais variou de 25 a 42 anos. Dos entrevistados, três estão fazendo residência em saúde da família, uma concluiu a residência nesta área, quatro têm especialização em saúde da família e um possui títulos de especialista e mestre em saúde coletiva. O tempo de graduado variou de sete meses a doze anos entre os médicos, de três anos a treze anos entre as enfermeiras, e doze anos a dezoito anos entre os dentistas. Quando abordamos sobre o tempo de trabalho no PSF, este variou de sete meses a dez anos. Já o tempo de trabalho na unidade, variou de sete meses a um ano.

Consideramos importante a capacitação dos profissionais de saúde para atuarem no Programa Saúde da Família, pois:

Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS), documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema⁽¹²⁾.

No Brasil, a implantação de cursos de especialização na área de saúde como estratégia de fortalecimento de políticas públicas, é uma prática habitualmente utilizada pelo Ministério da Saúde. Assim, os cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém egressos dos cursos de Medicina e Enfermagem, uma formação mais voltada às necessidades do PSF. Outro objetivo esperado era estimular, no interior das universidades e escolas estaduais de saúde pública, a inserção desta temática nos programas de pós-graduação lato sensu⁽¹²⁾.

O Programa Saúde da Família registra em seu trajeto transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, pois busca em seus objetivos e metas institucionais (políticas e sociais) centrar nas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família⁽¹³⁾.

Para que isso seja possível, situou-se a equipe de profissionais como importante elemento para a realização desses objetivos, para os quais foram criados mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para formar, capacitar e remunerar os integrantes da equipe⁽¹³⁾.

Com efeito, vemos a importância da capacitação dos profissionais para um trabalho de qualidade no Programa Saúde da Família, conseqüentemente, a valorização do vínculo como pertencente aos princípios do SUS, que unem profissional e usuário com vistas à humanização das práticas da saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo

A formação do vínculo entre ESF e usuário garante laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. O discurso a seguir retrata a visão dos profissionais acerca do que é vínculo.

Vínculo para mim é a relação do profissional com o usuário, a comunidade e o serviço, sustentado em cumplicidade, confiança e afinidade, o qual favorece um atendimento humanizado e resolutivo. (DSC 1 - Idéia Central 1- vínculo é relacionamento, cumplicidade, confiança e afinidade entre profissionais e usuários e serviço).

O discurso dos profissionais denota uma percepção voltada para o entendimento de vínculo como relação entre profissional e usuário, uma relação entre pessoas e, no geral, é considerado uma relação que o profissional desenvolve com a comunidade, ensejando uma confiança do usuário na pessoa do profissional.

Vínculo, conforme já amplamente discutido neste estudo, caracteriza-se como elemento importante para o trabalho desenvolvido pelos profissionais no âmbito do PSF.

A formação do vínculo entre equipe de saúde da família e usuário representa ferramenta indispensável ao Programa Saúde da Família. Este garante laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário⁽⁶⁾.

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Assim sendo, a idéia está em concordância com um dos sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e óbito do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal⁽¹¹⁾.

De acordo com tal definição, é válido dizer que as diretrizes operacionais do PSF orientam para novo tipo de cuidado e direcionam para que haja responsabilização e compromisso no ato do vínculo, e que esse desejo é compartilhado pela Sociedade Civil⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, evidenciamos o fato de que os profissionais do estudo detêm um conhecimento dos elementos indispensáveis à formação do vínculo, o que por certo é extremamente importante para a intenção de estabelecer esta relação no serviço. Acreditamos que uma compreensão por parte dos profissionais do que seja vínculo pode trazer, no âmbito do serviço, a concretização do princípio da integralidade do SUS.

As estratégias utilizadas pelos profissionais para a formação do vínculo com os usuários, estão configuradas no discurso a seguir:

Utilizo diversas estratégias para a formação e manutenção do vínculo com o usuário, desde a formação de grupos de educação em saúde; reuniões com os usuários para

esclarecimento de dúvidas, explicações acerca do que é o Programa Saúde da Família, o acolhimento desde o momento que o usuário entra na unidade até o momento que ele é atendido e ainda as visitas domiciliares. (DSC 2 - Idéia Central 2 - formação de grupos, reuniões, acolhimento, visita domiciliar, esclarecimento de dúvidas, informação sobre o que é PSF, ouvir as queixas e um bom atendimento).

Os profissionais utilizam-se de estratégias, como a formação de grupos para Educação em Saúde, reuniões com a população, esclarecimentos acerca do que é o PSF para os usuários, e, além disso, utilizam-se do acolhimento, que é o momento de aproximação com o usuário.

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca assegurar acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos⁽¹⁰⁾.

Os grupos como estratégia do processo educativo, constituem importante ferramenta para a formação do vínculo. Grupo é uma estratégia educativa que tende a facilitar a participação, comunicação de experiências e dúvidas, além de favorecer a tomada de decisões para o autocuidado dos sujeitos⁽¹⁴⁾.

Saber ouvir e escutar as queixas faz com que haja um sentimento, por parte do usuário, de que ele é importante, aumentando a confiança no profissional e, conseqüentemente, facilita a formação do vínculo. O atendimento de qualidade, também, faz com que o usuário sinta que seus direitos de cidadão estão sendo garantidos e respeitados.

Alguns problemas, como a falta de profissionais nas equipes, foram referidos pelos informantes do estudo como fatores que dificultam a formação do vínculo, pois, na unidade, o PSF está em decurso de implantação, uma vez que ainda não haviam chegado os agentes comunitários de saúde concursados, nem os auxiliares de enfermagem e as enfermeiras, os quais estavam iniciando sua inserção na unidade e na comunidade.

O ACS deve trabalhar fora da unidade de saúde, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde⁽¹⁵⁾. Esse elo ocorre principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem a população, percebidos ou explicitados pelas pessoas, comunicar à equipe a sua percepção e retornar à comunidade com encaminhamentos, juntamente com os demais profissionais da equipe⁽¹⁶⁾. Desta maneira, se faz um articulador do trabalho da equipe, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer muito bem a comunidade onde vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios; daí a importância desse profissional na equipe e na formação do vínculo profissional - usuário.

Quanto aos elementos que denotam a formação do vínculo, o discurso dos profissionais demonstra que já se configura a formação do vínculo dentro do serviço investigado.

O pessoal da minha área já me conhece, as pessoas já têm a liberdade de chegar para mim, eu já conheço as pessoas pelo nome, já conheço a família, quantos filhos eles têm e com quem é casado. Acho que já tem uma confiança porque às vezes eles me procuram só para conversar. Sinto que eles confiam que nós podemos resolver o problema deles. (DSC 3 - Idéia Central 3 - profissionais e usuários se conhecem).

A formação do vínculo na unidade investigada fica evidenciada quando os profissionais destacam que já são conhecidos pela população apesar do pouco tempo de inserção do PSF na área. Por outro lado, os profissionais já conhecem a população da área adstrita pelo nome, identificam a pessoa e a que família pertence. Isso faz com que a população fique à vontade e confie no profissional, facilitando o encaminhamento de seus problemas de saúde a fim de serem resolvidos.

A formação do vínculo é uma proposta do Ministério da Saúde para o PSF, para o qual eleger como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isto, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o paciente a tê-lo como referência, fazendo até confidências depois de compreender o seu trabalho⁽¹⁷⁾.

Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento da assistência e, agindo de acordo com seu nível de competência específico, formem um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado, investigando a formação do vínculo dentro do PSF em um município do Estado do Ceará, evidenciou que a idéia ainda está fragilizada, em decorrência da própria estruturação do PSF. Um dos elementos identificados para essa fragilidade é a rotatividade dos profissionais nas equipes ou até mesmo nos municípios, onde os usuários relataram que não identificam os profissionais⁽⁹⁾.

De acordo com o relato dos profissionais do estudo, pudemos perceber que eles já têm uma aproximação com o usuário, de forma que os usuários já os procuram para esclarecer dúvidas, solicitar visita domiciliar a um parente acamado ou com dificuldade de locomoção, por exemplo. No momento da triagem, como foi relatado por alguns informantes, os usuários já identificam os profissionais e a equipe a qual estão inseridos.

No discurso a seguir, os profissionais anunciam os elementos indispensáveis à formação do vínculo:

Para se dar à formação do vínculo, entendendo ser necessária a organização das Equipes Saúde da Família e do serviço, bem como da qualificação dos profissionais para trabalhar no Programa Saúde da Família, buscando uma aproximação com o usuário de modo que ele se sinta acolhido, gerando confiança, respeito, empatia para que haja a participação da comunidade. (DSC 4 - Idéia Central 4 - organização do serviço, compromisso, confiança, respeito, empatia e participação da comunidade).

Como elementos indispensáveis à formação do vínculo apontados pelos profissionais, foram mencionados a organização das equipes e a qualificação dos profissionais. Desta forma, o usuário aproxima-se mais do serviço, sentindo-se acolhido, respeitado e com possibilidade de participar mais das ações em sua comunidade.

O respeito, o compromisso do profissional para com a comunidade, bem como a realização de concurso que contribui para a permanência da ESF na área adscrita, evitando a rotatividade dos profissionais, são também elementos indicados pelos informantes do estudo como sendo importantes para a formação de vínculo.

A população sente-se mais bem cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da comunidade, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando a população pelo seu bem-estar. Os usuários se comprometem com as atividades propostas e permitem que o vínculo seja estabelecido quando se sentem satisfeitos com os serviços de saúde, elevando, assim, a qualidade de vida e promovendo a disseminação do Programa pelo País⁽¹⁷⁾.

O vínculo é conseqüência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde, o que facilita a adesão popular ao serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui apresentados indicam que o vínculo é um processo em formação na unidade do estudo. De acordo com os discursos dos profissionais, pudemos ver que eles compreendem de que se trata e qual a importância que o vínculo encerra para a melhoria da assistência à saúde.

Foi evidenciado que a formação do vínculo acontece de forma lenta e gradual, mas que muitos usuários já conhecem os profissionais de sua área, sabendo a quem se dirigir no momento de esclarecer suas dúvidas. Ainda faltam elementos importantes para que o elo entre equipe e usuários ocorra de maneira mais rápida e consistente, como, por exemplo, a presença dos agentes comunitários de saúde. Ficou claro o fato de que os profissionais compreendem a importância do vínculo para o trabalho da equipe e da necessidade de que isto ocorra em seu âmbito de funcional.

No que expuseram os informantes, verificou-se que a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço são elementos indispensáveis para que haja a formação do vínculo, pois possibilitam maior conhecimento da comunidade a quem prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população.

Os profissionais buscam diversas estratégias para que esse vínculo seja formado, já que o PSF está sendo implantado na unidade e as equipes ainda estão em fase de organização, sendo necessário que os profissionais que as compõem façam o possível para conhecer os usuários.

Entendemos que a responsabilidade social dos profissionais com determinada população é fundamental para o êxito do PSF. A falta de estabilidade dos profissionais, quer esta seja nas equipes ou mesmo nos municípios, produz uma instabilidade no trabalho idealizado para o SUS, mas, principalmente, o envolvimento da ESF com o usuário, na busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia deste quanto a sua saúde. Somente por meio da formação do vínculo dos profissionais com os usuários, será possível um trabalho focado nas necessidades da população.

Dessa forma, acreditamos que o vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados, e permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos.

REFERÊNCIAS

1. Rouquayrol MZ. Epidemiologia saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1988. p. 439-47.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2005. p.12-29.
3. Brasil. Ministério da Saúde. A inseparabilidade entre a atenção e a gestão nos processos de produção de saúde. Brasília; 2006.
4. Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005. p. 69-75.

5. Therrien SMN, Almeida MI. Temas em saúde da família: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa. Fortaleza: Ed. UECE; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Humanizadas: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza (CE). Período: Janeiro de 2006 a Março de 2007 [texto na Internet]. Brasília; 2007. [citado 2007 abr. 21]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php
8. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. [texto na Internet]. Fortaleza; 2008. [citado 2008 jul. 12]. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencao_Basica_PSF.asp
9. Machado MFAS. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
10. Schmidt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487-94.
11. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):490-8.
13. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comum Saúde Educ. 2005; 9(17):287-301.
14. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. Rev Lat Am Enferm. 1997;5(3): 43-8.
15. Oliveira FJA, Berger CB. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade qualificação dos serviços. Rev Mom Perpec Saúde. 1996;9(2):69-74.
16. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Rev Bras Enferm. 2004;57(1):19-25.
17. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2006 [citado 2007 out. 20];40(4):[cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>
18. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2008 [citado 2008 jul. 6];42(2):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a06.pdf>