

As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose*

THE CONCEPTS OF BONDING AND THE RELATION WITH TUBERCULOSIS CONTROL

LOS CONCEPTOS DE ENLACE Y LA RELACIÓN CON EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Anna Luiza Castro Gomes¹, Lenilde Duarte de Sá²

RESUMO

O estudo analisa as concepções de vínculo que norteiam as práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF) com relação às medidas de controle da Tuberculose (TB) no âmbito da APS, no município de Bayeux – PB/Brasil. Mediante abordagem qualitativa, envolveu 37 profissionais de saúde, sendo os dados coletados pela técnica de grupo focal em abril de 2007 e analisados conforme análise de discurso. As concepções das ESF sobre vínculo revelaram coerência com os conceitos teóricos estudados, sendo evidenciadas, na relação equipe/doente, confiança, compromisso, intimidade, e responsabilidade. Aspectos potencializadores do vínculo: o tempo de atuação da ESF na comunidade; número de consultas e visitas domiciliares e envolvimento com o controle da TB. Fragilidades no vínculo: insuficiência de medidas intersetoriais, situação sócio-econômica do doente e abandono da família. Ressaltamos a necessidade de mudanças que fortaleçam a relação ESF/doente, e que, desse modo, concretize um cuidado fundamentado na integralidade do cotidiano dos serviços de saúde.

DESCRIPTORIOS

Tuberculose/prevenção & controle.
Saúde da família.
Atenção primária à saúde.
Equipe de assistência ao paciente

ABSTRACT

This study analyzed the concepts of bonding that guide the practice of Family Health Program (FHP) teams in terms of tuberculosis (TB) control measures in the public health setting, in the city of Bayeux, Paraíba, Brazil. Using a qualitative approach, the study involved 37 health care professionals. Data collection took place using the focal group technique, in April 2007. Data analysis was performed based on discourse analysis. It was observed that FHP team concepts about attachment were in agreement with the studied theoretical concepts, with evidences of trust, commitment, intimacy, and responsibility in the team/patient relationship. The following aspects strengthen the bond: the time that FHP teams work in the community; the number of home visits and consultations and the involvement with TB control. Bond weaknesses: insufficient intersectorial measures, the patient's socioeconomic situation, and family abandonment. It is emphasized that there is a need for changes that would strengthen the relationship between the FHP team/patient. This way there would be a concrete care founded on the integrality of health care service routine

KEY WORDS

Tuberculosis/prevention & control.
Health family.
Primary attention to health.
Patient care team.

RESUMEN

El estudio analiza las concepciones de vínculo que orientan las prácticas de los Equipos de Salud de la Familia (ESF) con relación a las medidas de control de la Tuberculosis (TB) en el ámbito de la APS, en el municipio de Bayeux–PB/Brasil. Mediante un abordaje cualitativo, en que participaron 37 profesionales de la salud, siendo los datos recolectados por la técnica de grupo focal, en abril de 2007 y analizados conforme el análisis del discurso. Las concepciones de las ESF sobre el vínculo revelaron coherencia con los conceptos teóricos estudiados, siendo evidenciados, en la relación equipo/enfermo: confianza, compromiso, intimidad, y responsabilidad. Aspectos de potenciación del vínculo: el tiempo de actuación de la ESF en la comunidad; número de consultas y visitas domiciliarias, participación en el control de la TB. Fragilidades en el vínculo: insuficiencia de medidas intersectoriales, situación socioeconómica del enfermo, abandono de la familia. Destacamos la necesidad de efectuar cambios que fortalezcan la relación ESF/enfermo y de ese modo, concretice en lo cotidiano de los servicios de salud, un cuidado fundamentado en la integralidad.

DESCRIPTORES

Tuberculosis/prevencción & controle.
Salud de la familia.
Atención primaria de salud.
Grupo de atención ao paciente.

* Artigo extraído da dissertação "Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde da Família no controle da Tuberculose no município de Bayeux - PB: o vínculo e o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde", Universidade Federal da Paraíba, 2007. ¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil. annaenf@gmail.com ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. lenilde_sa@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O conceito de vínculo é polissêmico. Perpassa por áreas das ciências sociais e da saúde assumindo caráter e abordagens diversas tais como: de dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. Além do que, apresenta uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da co-gestão.

O vínculo é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência; relações com, linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa⁽¹⁾. Depende do modo como as equipes de saúde se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada microrregião. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde⁽²⁾.

O vínculo é ainda considerado uma dimensão da Atenção Primária à Saúde (APS) e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo⁽³⁾. Desse modo, reconhece-se que a unidade de atenção primária à saúde constitui:

o primeiro nível de contato dos indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde⁽²⁾.

No Brasil, existe a proposta nacional de investimento na APS visando à reorganização do modelo de atenção e dos serviços a partir do vínculo cotidiano com a população o qual tem como função possibilitar uma atenção à saúde que fortaleça a dimensão relacional do cuidado e permita uma maior aproximação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as necessidades sentidas pela população⁽⁴⁾. Nessa perspectiva, destaca-se a política de Humanização do SUS, que se estabelece

como construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde⁽⁵⁾.

Na perspectiva da APS, deve ocorrer uma íntima relação do vínculo com as demais dimensões que a integram quer seja o acesso, a porta de entrada, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque família, a orientação para a comunidade e a formação profissional e a coordenação. Atualmente, no Brasil, a estratégia Saúde da Família (SF) é considerada uma pujante modalidade de APS e que juntamente com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) estão responsáveis pelo desenvolvimento das ações de controle da TB nesse âmbito da atenção à saúde⁽⁶⁾.

Assim, considera-se que o modo de organização da estratégia SF promove a produção de vínculos entre profissi-

onais de saúde e usuários com TB, já que as unidades de SF favorecem o primeiro contato das comunidades com o serviço permitindo que as Equipes de Saúde da Família (ESF) se adaptem às diferentes necessidades da comunidade sob sua responsabilidade; e promovem um relacionamento mais próximo e duradouro entre os usuários e serviços de saúde. As diretrizes nacionais de controle da doença estão sendo nos dias atuais, operacionalizadas pelas ESF através do *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) o que reafirma a política de descentralização dos serviços estabelecida pelo SUS⁽⁷⁾.

A estratégia DOTS, tem sido considerada exitosa no que concerne a mudança positiva de índices de cura da TB, pois tem contribuído para a redução do abandono e da mortalidade. Além disso, o DOTS possibilita a participação do usuário com TB como sujeito do processo terapêutico, fato que promove a construção de vínculos entre doentes e profissionais de saúde por meio do estabelecimento de uma relação de confiança, afinidade, responsabilidades e compromissos mútuos⁽⁷⁾. No entanto, apesar dessa estratégia ter demonstrado resolutividade nos municípios em que as ações de controle da TB foram descentralizadas para a APS, a doença continua sendo um grave problema de saúde pública, pois tem aumentado sua prevalência tanto pela associação com HIV/AIDS, bem como pela resistência aos medicamentos em consequência do abandono do tratamento⁽⁸⁾.

No mundo, 22 países são responsáveis por 80% de casos diagnosticados de tuberculose. Nessa relação o Brasil ocupa o 16º lugar, com incidência de 28 casos (baciloscopia positiva) por 100.000 habitantes, prevalência de 92 por 100.000 habitantes, taxa de co-infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) de 3,8% e de casos de tuberculose multi-droga-resistente (MDR), 0,9%⁽⁶⁾. No cenário brasileiro, a Paraíba é o estado que ocupa o 13º lugar nacional em incidência de casos de TB⁽⁹⁾, situação que levou o Ministério da Saúde a eleger seis municípios importantes para o controle da doença nesse Estado, sendo eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras⁽¹⁰⁾. Os três primeiros municípios estão localizados na Zona da Mata paraibana e fazem parte da região metropolitana de João Pessoa – a capital do Estado. Campina Grande pertence a região da Borborema. Patos e Cajazeiras integram o Sertão.

A realidade social e econômica de cada município paraibano, o compromisso político do gestor e o envolvimento dos profissionais com o controle da tuberculose, determinam a heterogenicidade da caracterização epidemiológica e influenciam o modo como se estabelece a relação entre as ESF e usuários com TB. Nesse sentido, considera-se que o estabelecimento do vínculo se configura como um recurso terapêutico que depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas e do envolvimento dos profissionais segundo singularidades dos casos⁽¹⁾. Além do que, é importante ressaltar que a noção de integralidade como princípio do SUS

deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma da atenção à saúde⁽¹¹⁾.

Reconhecendo que as ações de combate a TB assumem diferentes conformações em função das singularidades dos sujeitos e dos seus cenários e que o cuidado ao doente, na perspectiva da integralidade, requer o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo terapêutico, esse artigo tem por objetivo analisar as concepções de vínculo que norteiam as práticas das ESF com relação às medidas de controle da TB no município de Bayeux – PB/Brasil.

MÉTODO

Tipo de Pesquisa

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Inicialmente foi feita uma observação livre do campo a ser estudado durante todo o mês de março do ano de 2007 com o objetivo de compreender a organização dos serviços de atenção primária no município de Bayeux – PB/Brasil, bem como a operacionalização da estratégia DOTS pelas ESF locais. O referencial teórico-metodológico encontra-se fundamentado no conceito de vínculo como dimensão da APS⁽²⁾ e na técnica de análise de discurso, a qual procura identificar, através de temas e figuras reveladas nos depoimentos a visão de mundo de uma determinada classe social, e, por conseguinte a posição social dos sujeitos⁽¹²⁾.

Local da pesquisa

Elegeu-se como local de estudo o município de Bayeux, pertencente ao 1º Núcleo Regional de Saúde na Paraíba. Está localizado na microrregião de João Pessoa - PB. Tem como limites as cidades de João Pessoa a leste e de Santa Rita a oeste. De acordo com o IBGE, no ano 2006 sua população era estimada em 95.004 habitantes. Esse município está habilitado da modalidade de Gestão Plena de Sistemas desde 2003 e possui 28 ESF que estão responsáveis pela operacionalização do DOTS em casos de TB. Conta ainda com 2 políclínicas, 01 maternidade (onde é realizada a vacina de BCG), 1 Laboratório Central Municipal, responsável pelas baciloscopias de diagnóstico e controle e 5 postos de coletas de escarro, sendo um por Distrito Sanitário (DS).

População estudada

Participaram do estudo profissionais integrantes de 16 ESF que até o mês de março de 2007 estavam acompanhando usuários em tratamento para TB, sendo 5 (cinco) médicos, 13 (treze) enfermeiras, 13 (treze) técnicas de enfermagem e 6 (seis) ACS. Os participantes foram decodificados com letras do alfabeto e números arábicos de forma a garantir seu anonimato, bem como atender aos requisitos propostos pela Resolução 196/96 que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos⁽¹³⁾.

Técnica de coleta de dados

Foram realizados 7 (sete) grupos focais, formados com o número mínimo de 6 e máximo de 12 participantes por grupo. As reuniões ocorreram entre o dia 24 de abril e 8 de maio de 2007 no Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOP) do município de Bayeux - PB e duraram cerca de duas horas cada um. A discussão nos grupos focais foi conduzida pela pesquisadora a partir de um roteiro previamente elaborado com as seguintes questões norteadoras: Como é que a equipe cuida do doente de TB e sua família? Quais as dificuldades que a equipe encontra no cuidado do doente de TB e sua família? Como é a relação da equipe com o portador de TB? Como é a relação da equipe com a família do doente de TB? Como é a relação da equipe com a comunidade de sua área de abrangência?

Os dados foram coletados com o uso de gravador e planilhas para o registro de pontos relevantes considerados pelos observadores. Esses observadores foram selecionados tendo como critério a condição de pertencer ao Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba – GRUPO TB/PB. A discussão foi estimulada por meio da apresentação de três situações envolvendo ações de ESF no cuidado ao usuário com tuberculose e precedeu às etapas de apresentação dos participantes, explanação do objetivo da reunião, justificativa do uso de gravadores e do sigilo das informações obtidas, conforme se encontra descrito no projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CCS/ UFPB sob Nº de protocolo 936/07.

Técnica de análise dos dados

Os depoimentos gravados foram transcritos e organizados em torno das questões norteadoras, utilizando-se a técnica de análise do discurso, a qual permitiu identificar as concepções dos profissionais das ESF sobre vínculo e como tais concepções influenciam suas práticas no tocante ao cuidado das pessoas com TB. A análise do material empírico produzido permitiu sintetizar os temas dos depoimentos em duas categorias empíricas: *As concepções de vínculo e o envolvimento das ESF com o doente de TB e sua família*; *Aspectos que fragilizam o vínculo entre a ESF e o doente de TB*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As concepções de vínculo e o envolvimento das ESF com o doente de TB e sua família

Após a análise do material produzido pelas discussões nos grupos focais foi possível identificar o envolvimento dos profissionais das ESF que estão imediatamente responsáveis pela operacionalização do DOTS no município de Bayeux - PB. O momento também permitiu que fossem reveladas concepções sobre vínculo, a integralidade, a responsabilização do cuidado prestado à pessoa com TB, a estratégia SF, a operacionalização de ações de controle da

TB no âmbito da APS e sobre as relações de trabalho existentes nas ESF. Os resultados produzidos durante a discussão serão apresentados a seguir.

O vínculo depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada microrregião. Na atualidade, a estratégia SF é considerada como uma estratégia potente no âmbito da APS para promover a construção de vínculos entre profissionais e pessoas com TB, já que as Unidades Saúde da Família (USF) estão responsáveis pela identificação e tratamento desses usuários, constituindo desse modo o primeiro acesso ao SUS. Reconhece uma enfermeira:

A gente está todo dia com aquele paciente. A gente conhece quando ele chega um pouquinho assim [triste, preocupado]. Ai, às vezes, conversa ele [o paciente] se abre com a gente (E12).

Com relação às concepções de vínculo apresentadas pelas ESF constatou-se a predominância da idéia de *ligação* e de *elo* teorizada, como mostra o seguinte depoimento:

É um elo, uma ligação, uma intimidade [...] se torna até uma relação de amizade, assim, dos pacientes com a gente. Eles confiam muito na gente (TE10);

Vínculo é uma dependência, uma ligação que você pode ter com alguma coisa, um elo (M4).

Os profissionais também associaram o conceito de vínculo às relações que envolvem confiança, afinidade, compromisso e responsabilidade como afirmou uma participante:

O que eu entendo por vínculo é assim, a confiança que o paciente adquire com o profissional de saúde assim, de expor o seu problema, de num ter vergonha de contar, não é? [...] uma relação de confiança [...] Eles têm confiança na gente. A gente vai passar segurança para eles, não é? Vai orientar (TE6).

Ainda sobre o significado de vínculo chamou a atenção o fato de alguns profissionais o relacionarem ao conceito do cuidado, como é o caso do depoimento de um ACS que afirmou:

Mas é um vínculo de cuidar, de pegar certa amizade, de saber até na ponta da língua o que deveria dizer aquele paciente. Para mim vínculo é isso (ACS4);

e de um enfermeiro cuja concepção de vínculo se aproxima do discurso sobre a integralidade:

Conhecer a história dele, atendê-lo bem, fazê-lo se sentir em casa. Acho que isso é um vínculo (E12).

A concepção expressa sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis à compreensão do processo saúde/doença inscrito nos âmbitos da epidemiologia ou da terapêutica⁽¹⁴⁾.

O exercício da integralidade trata-se de uma prática intersubjetiva, na qual o profissional de saúde relaciona-se com um sujeito, que pensa, sente, julga, deseja. Em outras palavras, os profissionais de saúde devem desenvolver relações intersubjetivas, nas quais o usuário assuma a condição de sujeito e não de objeto⁽¹⁵⁾. Isto significa que as equipes devem conhecer/identificar as necessidades dos usuários para assim poder entender e apoiar as situações por eles vividas. A referência à necessidade de *conhecer a história* do outro desvela que essa *ligação* se dá a partir do conhecimento e da identificação com algum aspecto do outro o que implica em aproximação, intimidade, interesse pelo o outro e afinidade. Nesse enfoque,

o vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre usuário e profissional, chegando por vezes a acontecer um processo de transferência, em que o profissional passa a representar algo importante na vida do doente e esse por sua vez na vida do profissional⁽⁷⁾.

Reconhece-se ainda que o vínculo significa o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde através da produção de relações de escuta, de diálogo, de respeito, no qual o doente passa a entender a significância do cuidado a ele prestado e sua co-responsabilidade nesse processo⁽³⁾. Desse modo, o vínculo permite que os profissionais de saúde supram necessidades, intervenham, aconselhem, compartilhem opiniões, promovam suporte psicológico, ou seja, impulsiona o desenvolvimento de ações voltadas para o alívio das ansiedades, necessidades e dores do doente.

Vale destacar que o caráter estigmatizante da tuberculose e as condições sociais desfavoráveis da maioria dos doentes exigem envolvimento e compromisso das ESF com esse usuário durante o tratamento, pois o impacto causado pela doença na vida das pessoas ainda é muito forte e pode interferir em várias dimensões do ser humano: física, social, psicológica, econômica e espiritual. A esse respeito, falou uma enfermeira:

Ele se abate, ele se deprime, ele se isola da sociedade, ele fica agressivo, ele sofre lá uma série de mudanças no comportamento dele (E10).

Na perspectiva do cuidado integral ao indivíduo, é indispensável que o profissional de saúde tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal⁽¹⁾. O conhecimento da realidade e do contexto de vida do usuário é fundamental, considerando que o conceito de saúde envolve qualidade de vida, e que esta é determinada, entre outros aspectos, pelo bem-estar biológico, psicológico e social. Assim, o fortalecimento de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe, pode ser considerado como um recurso terapêutico e como um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade⁽¹⁾. Ao mesmo tempo, como condição básica para a construção de vínculo, deve-se considerar a capacidade da equipe de se res-

ponsabilizar pela atenção integral à saúde daqueles que vivem num dado território.

A possibilidade de identificar as necessidades demandadas pelos usuários permite o estabelecimento de uma relação de confiança e responsabilidade com a equipe, o que, no caso da pessoa com TB, se torna fundamental para a produção de vínculo e, conseqüentemente, para o êxito do tratamento. Essa realidade pode ser evidenciada pelo seguinte relato:

então quando a gente adquire esse vínculo, a gente tem facilidade de percorrer todo o tratamento..., acho importantíssimo esse momento quando a gente adquire essa confiança, a gente faz logo o tratamento (E8).

Nesse enfoque, percebemos que a postura dos profissionais das ESF influencia no modo como o doente vai compreender a doença, aceitar ou não aceitar o tratamento e conduzir a sua própria vida a partir de então. Por isso é importante que as equipes estejam preparadas tecnicamente para apoiar e favorecer esse processo colocando-se sempre à disposição em meio a tantas necessidades surgidas, pois o conhecimento e os significados construídos e introjetados pelos diferentes sujeitos, ao longo de suas experiências de vida, influenciam suas ações.

A respeito do envolvimento com as ações de controle da doença, os profissionais das ESF afirmaram que os profissionais da enfermagem se destacam principalmente nas atividades de supervisão do tratamento e busca de faltosos:

[...] os pacientes, eles tem uma confiança muito grande no profissional, principalmente, na enfermeira e na auxiliar que tá muito próxima dele (TE 6).

Justifica uma enfermeira

Quando chega um paciente [de TB] elas dizem: procura a enfermeira ali. Só com ela, tudo procura logo a enfermeira (E12).

As atividades de supervisão do tratamento e de busca de faltosos são fundamentais para o controle da TB e exigem o estabelecimento de confiança e intimidade entre doentes e profissionais de saúde, ou seja, a produção de relações de vínculo que concorram potencialmente para o êxito do processo terapêutico. Além do que, tais atividades favorecem a identificação do usuário acometido pela TB e a conclusão do tratamento da doença e exigem o estabelecimento de um padrão de confiança e intimidade entre doentes e profissionais de saúde, ou seja, a produção de relações de vínculo.

A partir das considerações dos profissionais verifica-se que o envolvimento com a operacionalização do DOTS, principalmente com a supervisão do tratamento, tem favorecido a construção de vínculos entre a ESF e o doente, pois a responsabilidade e o compromisso exigidos dos profissionais os aproximam do contexto de vida do doente. Algumas vezes tal é o apoio recebido pelo doente na relação de cuidado, que o sentimento de confiança evolui para um

sentimento maior, de paixão, de amor, conforme se pode observar no relato a seguir:

Ele [o doente] chega a se apaixonar, porque eu tive um paciente que ele se apaixonou por mim [...] Aí ele falou: *Eu estou amando você* [...] (E13).

E justifica:

É aquele vínculo que você criou, tratou bem e ele se apega demais, não é? (E13).

Para atestar a confiança do usuário com TB nas ESF foram selecionados os seguintes relatos:

Na minha [equipe], o relacionamento foi ótimo, porque esse paciente, assim, ele criou uma confiança tão grande em mim que a mulher dele, os filhos, quando chegam na unidade já é me procurando (E3);

[...] na minha comunidade eles (os pacientes) me escutam. Assim, como eu tô lá há muito tempo, eles têm muito respeito por aquilo que eu falo, têm muita consideração] (M2).

Os relatos a seguir mostram como outros fatores, tais como o tempo de atuação do profissional na comunidade; a realização de consultas e visitas domiciliares, a relação de confiança estabelecida entre doente e equipe e o contato entre eles potencializam a construção do vínculo:

[...] Criei um vínculo. São seis anos de trabalho (M2);

Aí quando ela [a doente] percebeu que eu estava preocupada com o caso dela, ela passou a ser diferente comigo. Ela chega na unidade sorrindo, fala direito comigo... essa interatividade paciente/profissional (E11).

Embora as concepções reveladas se aproximem do conceito de vínculo que fundamenta este estudo, principalmente quando se refere a ligação e elo, os profissionais articularam o conceito de vínculo às concepções de integralidade, humanização e acolhimento. No entanto, foram descritas situações que envolvem aspectos estruturais, gerenciais e familiares que fragilizam as relações de vínculo, tais como demanda de usuários, o interesse de alguns profissionais pela problemática da TB e as situações expressam vulnerabilidade.

Aspectos que fragilizam o vínculo entre a ESF e o doente de TB

Apesar das ESF defenderem uma prática fundamentada na aproximação com o doente de TB e sua família e na participação efetiva durante o tratamento, foram identificadas situações que fragilizam as relações entre esses usuários e a ESF e comprometem a construção de vínculos entre eles. Existem situações, embora raras, em que profissionais nem chegam a conhecer o doente, acreditando que esse fato não interfere no cuidado prestado pela equipe.

Eu porque num tive assim contato nenhum com ele. Posso ser que eu não saiba né, que eu não conheço. Para mim está tudo em ordem. Até hoje eu num sei (TE8);

Eu mesma estou com um paciente que a médica que está lá, está com quatro meses e ela ainda nem conhece esse paciente (ACS 1);

As auxiliares pelo nome, acho que não. Não há tanto envolvimento. Mas elas fazem a visita, entendeu? Quem está mais ligada somos nós, mas eles têm conhecimento. Não há tanto envolvimento como a gente. É mais o ACS, a enfermeira (E12).

Os depoimentos dos profissionais estão respaldados em um estudo desenvolvido sobre o envolvimento da equipes de atenção básica no controle da tuberculose em municípios paulistas, no qual os autores atestam a debilidade qualitativa dos trabalhadores da saúde, apontando a qualidade da interação entre profissional-usuário para o adequado manejo da doença⁽¹⁶⁾.

Além disso, outros aspectos como o abandono da família e o desnível social, articulados à dependência química e as situações de vulnerabilidade - baixa renda, condições insalubres de moradia, co-infecção TB/HIV, desnutrição, imigração e acesso restrito aos bens básicos como saúde e educação - têm contribuído para, além do aumento da exposição e da suscetibilidade, para a fragilização da relação usuário/ESF⁽¹⁷⁾. Esses aspectos são ainda mais significativos quando ocorre o abandono do tratamento, pois a precariedade do vínculo dificulta a conquista do usuário e o seu retorno ao tratamento.

Ontem mesmo fui atrás dele para conversar, ele não quer de jeito nenhum e não pode parar de beber! Porque se ele parar, ele fica tendo crise convulsiva uma atrás da outra (E5).

Outra enfermeira ressalta a fragilidade da interação entre família, doente e a ESF:

Na minha [ESF] é super complicado, a relação da nossa equipe com a família desse paciente. Porque é uma família que abandonou o paciente [...] a gente pede para a família ir na unidade e não vai. Eles não vão! Nem, mãe, nem irmão. A gente vai pela insistência e a perseverança. O ACS fica na porta porque eles não deixam entrar (E6).

Outro aspecto a considerar é que o profissional médico demonstrou ser o membro da ESF menos envolvido com o doente de TB, como se estivesse na retaguarda das ações. Por vários momentos durante as discussões em grupo, foi dada ênfase ao distanciamento entre médico e doente, já que a atuação desses profissionais está particularmente relacionada às situações biológicas e críticas da doença ou do tratamento, como as intercorrências clínicas e as reações medicamentosas. Desse modo, apesar de alguns médicos reconhecerem a precariedade de sua relação com o doente de TB, nada foi proposto para a inversão dessa situação e sim reforçado mais uma vez o aspecto de *coisificação* do doente – o *bichinho* – como se a única alternativa que lhe restasse fosse a conformação:

O meu está péssimo! (risos). Eu vou logo direto. É, porque eu vi o paciente uma vez, o bichinho (M3).

Destaca-se a atitude de alguns profissionais das ESF quando expostos aos mais diversos comportamentos dos usuários, muitas vezes agressivos e desrespeitosos com aqueles que estão responsabilizados pela sua saúde e da comunidade. As situações críticas demonstram limitações e imobilismo dos profissionais assim como a fragilidade da relação desses com os doentes. Como situação extrema da fragilidade do vínculo com o doente de TB, foi relatada:

Escapei de levar uma mãozada dele várias vezes. Quinze dias atrás, eu acho, ele chegou lá. Minha Nossa Senhora! Começou a esculhambar com todo mundo. Então, eu saí de perto, e disse: - Não! Deixa eu sair, se não eu vou apanhar! Um homem desse tamanho! O agente de saúde que fazia supervisão todos os dias, foi ameaçado verbalmente, agredido fisicamente, aí eu comuniquei isso a coordenação, tudo porque eu não sabia mais o que fazer! Na verdade, eu não sei o que fazer. Ele abandonou novamente (E1);

Uma pessoa do laboratório tratou o paciente bem abusado... o paciente voltou para mim, ele parecia um doente mental, ele quase me batia. Ele voltou brabo, se não fosse meu agente, que tem 1,8m, ele tinha me batido, por conta do laboratório (E9).

Percebe-se a impotência da equipe em administrar situações em que o usuário não reconhece o seu limite como cidadão e muito menos o direito do profissional de saúde. A impressão é de que os profissionais das ESF são reféns de um controle social frágil que não tem conseguido pressionar o Estado a cumprir com seus deveres constitucionais, mas sim exigir com muita veemência dos trabalhadores da saúde, respostas que não lhes competem. Afinal, dada a complexidade do processo saúde/doença e a situação desfavorável vivenciada por grande parte da população brasileira, em particular das pessoas acometidas pela TB, as políticas de saúde estabelecem a necessidade de uma articulação entre os diversos setores da sociedade na perspectiva de promover a qualidade de vida.

Além disso, para uma atenção à saúde de qualidade faz-se necessário um novo processo e condições de trabalho com ênfase na humanização da relação entre profissionais e usuários - cidadãos com sofrimento, riscos e direitos, que por sua vez humaniza os profissionais e demais trabalhadores de saúde, também cidadão com direitos⁽¹⁸⁾. Deve-se considerar que *os servidores públicos, ao assumirem o trabalho cujos frutos são os direitos de cidadania de todos, inclusive dos servidores, tornam-se instituidores da cidadania*, pois no setor saúde é *gente cuidando de gente*⁽¹⁸⁾.

Portanto, a produção do vínculo pode promover uma nova lógica no processo de trabalho das ESF permitindo o cuidar na perspectiva da integralidade, de maneira que os serviços de saúde passem a perceber o usuário como sujeito de seu processo terapêutico, valorizando desse modo sua autonomia, sentimentos e necessidades. Desse modo, reconhece-se nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais. A valorização de tais aspectos faz com que se realize

um exercício de formulação de uma definição operatória de integralidade como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em cuidar que é mais alicerçado numa relação compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança⁽¹⁵⁾.

Vale ressaltar que o vínculo de compromisso e co-responsabilidade foi proposto para o PSF objetivando o alcance de finalidades estratégicas tais como: auxiliar na transformação do modelo biomédico hospitalocêntrico para o de produção social e de produção da saúde ao nível da APS, ampliar responsabilidades dos profissionais e usuários na condução dos serviços de saúde e humanizar práticas de atendimento em saúde⁽¹⁶⁾. Assim, para a realização de uma prática que atenda à integralidade, é necessário o exercício efetivo do trabalho em equipe, de forma a acolher os usuários, estabelecer vínculos com responsabilização sobre seu problema de saúde, se relacionar com eles como sujeitos-cidadãos plenos, com direitos e condições de participar, de ser um sujeito do seu próprio processo terapêutico.

As fragilidades existentes na construção de vínculo entre a ESF e o usuário com TB tem ocasionado a diminuição da qualidade e da eficácia das ações do controle da TB no âmbito da APS. A situação requer a adoção de medidas intersectoriais pela gestão local, o maior envolvimento da família e do profissional médico com a operacionalização do DOTS, a melhoria das condições de trabalho das ESF e mu-

danças no processo de trabalho das Equipes de maneira a potencializar as relações de confiança e compromisso até então existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que concepções das ESF sobre vínculo apresentam relações com os conceitos, do cuidado humanizado e da integralidade da assistência o que reforça o caráter polissêmico do termo. O significado atribuído ao vínculo mostrou a predominância da idéia de ligação, aproximação, intimidade e envolvimento assim como a coerência com o conceito de vínculo da APS utilizado nesse estudo. No entanto, existem situações em que as relações entre alguns usuários com TB e profissionais de saúde são precárias e frágeis, fato que tem diminuído a qualidade e a eficácia das ações do controle na estratégia saúde da família. Apesar dos depoimentos demonstrarem que a estratégia SF favorece a construção de laços de vínculo, os profissionais revelaram que na prática, existem dificuldades e limites para a concretização das diretrizes e políticas que norteiam as ações de controle da doença no município. Sendo assim, o estudo ressalta a necessidade de mudanças que promovam e fortaleçam a relação ESF/usuário com TB e desse modo, concretize no cotidiano dos serviços de APS, um cuidado fundamentado na integralidade e de acordo com as políticas de saúde vigentes.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS/OMS; 2006.
4. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2004 [citado 2007 jun. 20];20(6):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [texto na Internet]. Brasília; 2004. [citado 2008 jul. 2]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/foheto/04_0923_FL.pdf
6. Teixeira GM. O controle da tuberculose e a saúde da família perspectivas de uma parceria [texto na Internet]. [citado 2008 jul.1º]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v8n2/v8n2a01.pdf>
7. Arcêncio RA. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
8. Kristski AL, Villa TS, Trajman A, Lapa e Silva JR, Medronho RA, Ruffino-Netto A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. Rev Saúde Pública. 2007;41 Supl 1:9-14.
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Agravos e Notificações [texto na Internet]. Brasília; 2005. [citado 2005 nov. 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br
10. Sá LD, Figueiredo TMRM, Lima DS, Andrade MN, Queiroga RP, Cardoso MAA, et al. A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos. In: Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP; 2005. p.141-66.
11. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2007 [citado 2007 jul. 12];12(2):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>

12. Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto/EDUSP; 1999.
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
14. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-6.
15. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2006.
16. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):262-7.
17. Muñoz Sanchez AI, Bertolozzi MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. Cienc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. [citado 2008 jul. 1º] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciae_saudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1935
18. Santos NR. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do "Modelo SUS? [texto na Internet]. [citado 2008 jul. 3]. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/modelosus.doc>

AGRADECIMENTOS

Núcleo de Doenças Endêmicas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba,
na pessoa de Dinalva Soares - (apoio).
Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Bayeux – PB,
na pessoa de Alinete Moreira - (apoio).