

Vínculo como ferramenta de trabalho na atenção primária.

André Luis Leite de Figueirêdo Sales

Maria Amélia Mano Medeiros

Introdução:

O presente texto visa debater uma experiência de trabalho desenvolvido durante o anos de 2011 e 2012, dentro do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição(GHC)/ Porto Alegre – RS, na ênfase de Saúde da Família e Comunidade.

A expansão significativa da rede de atenção básica dentro do Sistema Único de Saúde - tendo a Estratégia de Saúde da Família atingido 5293 (DAB/MS) municípios – criou o imperativo de qualificar os serviços oferecidos. É necessário reconhecer as especificidades presentes neste componente da atenção em saúde, a fim de que se possa aprimorar as ações por eles ofertadas. Nas unidades de saúde, as diretrizes para a organização do trabalho são diferentes daquelas presentes na atenção hospitalar (ALMEIDA, 1988). Coordenação do cuidado, integralidade e continuidade são trazidos à cena (STARFIELD, 2002) e interrogam a ideia de resolutividade da atenção ambulatorial, ou hospitalar (CUNHA, 2005). O recorte que abordaremos neste texto destaca uma premissa para organização da atenção, cuja importância tem sido cada dia mais valorizada dentro do Sistema Único de Saúde, a saber: vínculo. Este texto se propôs a investigar e debater a importância atribuída ao vínculo entre trabalhador e usuário a partir da minha vivência enquanto trabalhador de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Atenção Básica, território e vínculo:

O reconhecimento dos benefícios de uma organização da atenção em saúde, a partir de uma perspectiva territorial, é algo que o SUS já carrega consigo desde sua origem. Seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) presentes na Declaração de Alma Ata (1978), a atenção primária de base territorial foi utilizada como eixo estruturante do nosso sistema de saúde. A OMS (2008) vem defendendo que este tipo de organização favorece a conquista da

universalidade; possibilita o acompanhamento do usuário dentro do contexto de vida dele e cria condições para a continuidade do cuidado; contribui para a integralidade, na medida em que possibilita a oferta de um leque de respostas a um vasto número de riscos e doenças das populações, além de facilitar o acesso pela proximidade espacial dos serviços. No cenário nacional, os investimentos para consolidação da Política Nacional de Atenção Básica representam um aposta na mudança nos modos de planejar, gerir, executar e financiar as ações em saúde. Os resultados indicam a ideia de vínculo atrelada ao sentido de ligação, bem como o reconhecimento de que esta ligação pode ter grande utilidade para a qualificação da assistência em saúde.

Neste ponto do sistema de saúde, é possível ampliar as ofertas de cuidado, indo além do campo biomédico e sanitário, oferecendo respostas que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população. Utilizando-se da sua abrangência e capilaridade decorrente da inserção territorial; da possibilidade do desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar e da prerrogativa da promoção de saúde, a atenção básica pode ser um caminho para equalização do SUS aos seus princípios fundadores. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2011, reafirma como orientadores do trabalho neste componente do sistema a “universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012, p.09)”. O objetivo do debate que faremos aqui é apresentar concepções de vínculo que embasam as ações cotidianas dos profissionais que atuam em uma UBS, e ainda debater os fatores que os profissionais supõem favorecer e/ou dificultar a construção destes vínculos.

No que diz respeito a temática estudada, A PNAB (2011), quando comparada à sua versão anterior, publicada em 2006, apresenta um avanço conceitual na medida em que traz em seu texto uma definição de vínculo. No texto de 2006, a expressão aparece quatro vezes. Já no de 2011, temos 12 ocorrências da palavra, sendo apresentado, nas primeiras páginas do texto, a seguinte definição: “o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela

saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012, p. 21)”. Ainda que dentro do texto ministerial, o vocábulo vínculo também esteja associado a outros sentidos, como nas expressões “vínculos de trabalho”, “vínculos positivos” ou mesmo, “vínculos solidários”, este trabalho foca seus esforços no campo abrangido pela definição apresentada. Entende-se que neste se evidencia o caráter instrumental que os vínculos entre profissionais de saúde e usuários podem ter na construção de planos de cuidado. Tal instrumentalidade reside na possibilidade de que o vínculo, tecnologia leve e relacional (MERHY, 2002), venha ser usado na construção e materialização de premissas caras à atenção primária como a longitudinalidade e a integralidade da atenção.

A opção por este recorte específico para discussão justifica-se, ainda, pelos achados de pesquisa anterior realizada durante o curso de mestrado (SALES & PAULON, 2011). Nesta oportunidade, trabalhando com um grupo de agentes comunitários de saúde – profissionais cuja especificidade e atuação está relacionada a possuir vínculos com uma dada comunidade – concluiu-se que a premissa da vinculação trazia para o trabalho cotidiano destes profissionais uma série de vivências afetivas. Os achados indicavam ainda que estas “exercem grande influência nos modos como eles [os agentes] se vinculam ao território e aos usuários (SALES e PAULON, 2011, p.92)”. No trabalho, defendia-se que a influência da afetividade dentro do campo da saúde não era algo exclusivo da categoria estudada, fazendo-se necessário expandir estas investigações para outros profissionais da saúde e, em especial, para aqueles que atuavam na atenção primária. Esta ensaio foi traçado tendo estas premissas e deseja partir das experiência de trabalhador com o intuito de fazer avançar estas questões.

Objetivos e Metodologia

O texto que segue debate a importância atribuída ao vínculo no discurso dos profissionais de saúde de uma UBS do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Nosso objetivo com a discussão é compreender o vínculo enquanto um fenômeno desejável

para o trabalho na atenção primária (Günther, 2006).

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é um serviço de atenção primária que possui atualmente doze unidades de saúde, um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, um Programa de Residência Multiprofissional, setores de apoio técnico em Epidemiologia e Educação & Saúde e de apoio administrativo. É administrado pelo Grupo Hospitalar Conceição, constituindo a “Gerência de Saúde Comunitária”. Estima-se que a população atendida pelas doze unidades de seja superior a 125.000 pessoas.

O SSC tem expandido significativamente a quantidade de atendimentos prestados: “entre 2009 e 2010, houve um aumento no número de consultas e de procedimentos, passando de 490,7 mil para 586,8 mil” (BRASIL, 2010). Um aumento tão significativo requer, para qualificação da assistência oferecida, tanto um aprimoramento da capacidade de intervenção técnico científica dos trabalhadores quanto um melhor entendimento e apropriação, das tecnologias leves e relacionais (MERHY, 2002) necessárias à execução do trabalho em saúde.

A equipe de saúde que atua na Unidade na qual estive inserido, e a partir da qual faremos esta reflexão, é composta por quatro médicos, duas enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, nove agentes de saúde, duas odontólogas, uma técnica em saúde bucal, uma psicóloga e uma assistente social. Há ainda residentes dos programas de Residência do Grupo Hospitalar Conceição, abrangendo os núcleos de odontologia, serviço social, psicologia, farmácia e medicina. A inserção enquanto residente, na Unidade de Saúde foi o que despertou a possibilidade de que a temática fosse discutida deste modo.

As construções que iremos debater aqui são, em grande parte frutos de conversas informais realizadas com os profissionais mais antigos da unidade. Estas foram sendo registradas sistematicamente em um diário que me acompanhou durante o período de residência. Na composição do diário, pensamentos soltos rascunhados ao longo do tempo foram retomados e agrupados com as anotações feitas em momentos de discussão, nos espaços de aula teórica do curso de residência. Este texto é uma síntese desta produção e visa partilhar algumas conclusões parciais

que esta investigação produziu.

Com o objetivo de dar maior consistência à reflexão proposta, indicamos que ela está embasada em uma matriz compreensiva, ancorada na perspectiva qualitativa postulada pela Análise Institucional Francesa. De acordo com esta perspectiva teórica, a sociedade funciona por lógicas contextuais datadas e não por determinações pré-estabelecidas, havendo ora a conservação das estruturas sociais através da manutenção de processos instituídos, ora mudanças decorrentes da expansão de processos instituintes (LOREAU IN ALTOÉ, 1993).

A elaboração desta matriz atendeu às seguintes condições: coerência conceitual, força argumentativa e o sentido de utilidade na compreensão da realidade debatida. O texto foi estruturado de forma a transmitir a sensação de movimento entre recortes de diário, apresentados em *itálico*, e as considerações teóricas da literatura. Teorias são ora antecipadas por construções do diário, ora exemplificadas por elas e assim, o texto vai compondo-se como uma expressão da intrínseca relação (entre) teoria/prática.

Relatos e Discussão

Tendo encontrado diversas vezes a palavra vínculo dentro dos textos sobre a atenção primária, bem como observando sua presença cada vez mais constante dentro das portarias e publicações do Ministério da Saúde, procurei responder a seguinte questão: “o que vocês os profissionais que trabalham aqui entendem por vínculo?” Escrever sobre este tema demandava que se definisse em qual plano a ideia de vínculo seria abordada. Seria no plano dos vínculos entre a comunidade e serviços de saúde? Entre a equipe de saúde e o território por ela assistido? Defini, então, que me interessava conhecer o vínculo no plano das relações entre os profissionais que prestam atendimento e a população por eles atendida.

A conversa com A. me fez pensar sobre as semelhanças entre vínculo e o atributo da longitudinalidade. Preciso estudar um pouco mais o assunto [Porto Alegre, Março 2011].

A literatura que trata da temática do vínculo ressalta que ele é algo que precisa ser

construído, sendo a dimensão temporal um aspecto importante nesta construção (GOMES E PINHEIRO, 2005; GOMES e SÁ, 2009; BRUNELLO et al, 2010). Seria então vínculo um conceito equivalente ao de longitudinalidade? São conceitos intercambiáveis entre si? Uma revisão conceitual feita por Cunha e Giovanella (2011) com o intuito de identificar as dimensões constituintes do atributo longitudinalidade, indica que este seria composto por: “identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional (p. 1029)”. O estudo aponta ainda que, dentro do cenário brasileiro, principalmente em contextos avaliativos, as expressões vínculo e continuidade do cuidado são usadas com maior frequência do que longitudinalidade.

Starfield (2002) elencou como atributos da atenção primária em saúde: primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade. As proposições teóricas sobre o assunto consideram o último como exclusivo da atenção primária e de suma importância na definição do modos de execução desta. Um profissional reconhece esta especificidade, como característica definidora de sua prática cotidiana, ao relatar uma situação em que se fez necessário atender na unidade usuários que não conhecia ainda, sem possuir registros em prontuários sobre os mesmos.

A necessidade de saber mais da história, de conhecer o contexto de vida daquele indivíduo, de conhecer melhor o sujeito para que se ofereça uma resposta mais adequada a seu pedido reforça a importância do acompanhamento longitudinal para formulação de uma resposta de atenção amparada na integralidade. Diz-se isso pois a integralidade se articularia na formulação de “ uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde (GOMES, PINHEIRO, 2005, p.289-290).

Como os profissionais conhecem os usuários há muito tempo, eles conseguem ouvir além do que está sendo dito, podem responder além das demandas expostas no momento da consulta.

Isto não é mágica, nem nada místico, é um efeito do conhecimento que os profissionais vão adquirindo sobre cada usuário por atendê-los continuamente ao longo do tempo [Porto Alegre, Maio 2012]

Na atenção básica, está posta a possibilidade de que o usuário seja acompanhado por uma mesma equipe de saúde, ao longo do tempo, fazendo com que a construção de uma resposta à demanda de atendimento seja ancorada em mais informações do que aquelas que se apresentam no momento específico do pedido. A constituição de serviços de saúde territorializados insere os profissionais no dia a dia das famílias com a finalidade de que o cuidado ofertado possa ser formulado a partir destas informações.

Ao que parece até então, a existência de vínculo favorece a trabalho dos profissionais aqui na unidade. Sim, ter vínculo com os usuários favoreceria o trabalho, principalmente por possibilitar ampliar e qualificar o acesso a informações relevantes. [Porto Alegre, Junho 2012].

Se as decisões clínicas a serem tomadas pelo profissional de saúde partem das informações coletadas junto aos seus pacientes, qualificar a coleta destas levaria a uma melhor decisão de tratamento. Está em questão a necessidade de se reconhecer o papel que as tecnologias leves e relacionais (MERHY, 2002) ocupam na estruturação do trabalho em saúde, em especial no contexto da atenção básica.

Estudando comparativamente as características da atenção hospitalar e da atenção básica, Cunha (2004) nos diz de alguns efeitos que à formação em saúde – ocorrida principalmente em ambiente hospitalar – acarreta para as práticas na atenção básica. “É comum que os profissionais reproduzam a presunção de obediência e aceitação incondicional, prescrevendo o uso contínuo de uma medicação ambulatorial, como quem prescreve na enfermaria para um Sujeito isolado (p.44)”. Na atenção primária o indivíduo está em seu contexto de vida, exposto a todas as influências e intempéries que dificultam o seguimento do tratamento. Cabe a ele a decisão de cumprir, ou não, a recomendação feita sobre a terapêutica prescrita. “É muito menor o poder do médico e de outros profissionais em relação aos usuários, na Atenção Básica (CUNHA, 2004, p.41)”. O usuário é

convocado a ser co-responsável pelo seu projeto terapêutico, exercendo nele um papel ativo, estando, inclusive, em maiores condições de realizar uma recusa, ou mesmo, um boicote da prescrição que lhe foi ofertada. Ele não será o alvo de um plano de cuidados executado por um exército de técnicos especializados como no hospital. Não. Na atenção básica, ele precisa ser reconhecido como um ponto ativo deste projeto terapêutico. Autonomia e protagonismos entram em cena e a palavra paciente, no sentido de aquele que ocupa uma posição de espera passiva, torna-se inadequada para muitos casos.

Tão ou mais importante do que poder discutir com o profissional sobre as suas atitudes obedientes, é fundamental que os usuários possam expor as suas desobediências, possam expressar o quê, naquilo que lhe está sendo recomendado, eles não pretendem fazer. Neste sentido, a capacidade de negociação do profissional passa a ser uma ferramenta de trabalho fundamental para se cuidar das pessoas em suas casas, em seus territórios, em seus locais de vida. Entende-se aqui a Atenção Primária à Saúde como o principal *setting* da complexidade relacional do cuidado, que não se ancora nos especialismos técnicos e que, portanto, deve ser organizada a partir das necessidades do usuário e não na complexidade dos procedimentos. Afinal,

Segundo o princípio da integralidade, a atenção primária organizada em todo território nacional tem por tarefa a viabilização de uma orientação simples, mas muito significativa na construção da efetividade das práticas de saúde: todo/a cidadão/ã tem o direito a uma equipe que lhe cuida, com a qual estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado (PASCHE, 2012 p. 19).

Sendo assim, neste ponto podemos afirmar: a existência de vínculo amplia o acesso dos profissionais a informações relevantes para o tratamento e assim qualifica a atenção prestada.

Ao que parece, o vínculo seria uma ligação inicial que, na prática da atenção primária, faria com que os profissionais pudessem obter mais informações das pessoas atendidas, conseguindo, assim, conhecer em maiores detalhes as preocupações, as necessidades e as demandas daqueles a quem atendem [Porto Alegre, Agosto 2012]

O extrato acima sintetiza todas as afirmações e considerações feitas até aqui. É importante que nos

detenhamos um pouco mais na questão da ligação como elemento essencial na definição de vínculo.

Brunello et al (2010) realizaram um estudo bibliográfico acerca das produções que discutiam o tema do vínculo e a atenção primária em saúde, no período entre 1998 e 2007, e concluíram que:

o vínculo é motivo de estudo e inquietações entre os estudiosos de diversas áreas da saúde. Entende-se que o estabelecimento deste tipo de relação entre a equipe de saúde e os usuários tende a melhorar o conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida pelos serviços de saúde, e facilitar o relacionamento dos usuários com os mesmos, a fim de ambos buscarem, juntos, as soluções dos problemas e a melhoria dos serviços (Brunello et al, 2010, p. 134).

Dentre as diversas definições de vínculo encontradas na literatura, gostaríamos de destacar aquela que o caracteriza como sendo “uma relação terapêutica ao longo do tempo, ou ainda, de relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade (CUNHA E GIOVANELLA, 2011, p.1036).”

A inserção do fator confiança na relação trabalhador-usuário é de suma importância quando o usuário é aquele que vai executar os procedimentos “prescritos” pelo profissional. Afinal, diferente do hospital aonde as condições do ambiente e a gravidade das questões orgânicas fazem com que a adesão ao tratamento seja, supostamente, garantida pela via da execução compulsória de procedimentos que visam retomar a homeostase corporal; quando em suas casas, manejando condições crônicas que demandam mudanças de estilo de vida, adaptações cotidianas e renúncias a hábitos seculares – como o tabagismo, excesso de sódio ou de glicose – não há garantia de adesão, mesmo que eventualmente elas ainda sejam supostas pelos profissionais.

Aponta-se aqui o fato de que muito das prescrições realizadas pelos profissionais de saúde, são feitas tendo por base a hipótese de que aquele que recebe a prescrição tem apenas um “interesse, pretensamente racional, que é o de sobreviver ou viver mais. Desconsiderando, frequentemente, quaisquer outras variáveis do contexto próximo ou familiar, ou ainda, o desejo

subjetivo por outros modos de viver ou por outros aspectos da vida que não necessariamente viver mais tempo” (CUNHA, 2009, p.20). Na atenção hospitalar, o agravamento orgânico, frequentemente, cumpre a função de fazer prevalecer este interesse; contudo, a afirmação não é, necessariamente, válida para o cuidado na atenção primária. Aqui, com frequência, demanda-se dos trabalhadores um refinamento da sua capacidade de negociação para construção de planos de cuidado passíveis de execução pelos usuários. O foco sobre o qual agir, a definição de prioridade do tratamento, precisa ser fruto de um consenso entre os interesses prioritários do usuário e aqueles elencados pelo profissional. Nesta negociação, é preciso atentar para a necessidade de “evitar um hábito bastante comum na medicina e extremamente comum na atenção básica, de desconsiderar o tema ou a prioridade do usuário, investindo nas prioridades programáticas ou corporativas. (CUNHA, 2009, p. 36)”.

Neste ponto do texto, já estamos em condições de afirmar que: o vínculo, na medida em que traz para a relação profissional-usuário o fator confiança, favorece tanto a explicitação dos distintos e, eventualmente, conflitantes, interesses postos em cena no momento da execução de um projeto terapêutico. O reconhecimento destes distintos interesses auxiliam na avaliação da utilidade e viabilidade de execução da proposta de cuidado elaborada.

Andava querendo entender como é possível perceber a presença de vínculo com os usuários, bem como qual o caminho para avaliar se este vínculo está ou não, perpassado por confiança. Resolvi falar com F., afinal, ele está nesta unidade há mais de dez anos, deve ter aprendido como é que se faz isso. Ele me disse que, no geral, é uma coisa bastante subjetiva saber avaliar quando o vínculo se estabeleceu, mas me deu a dica de atentar para os detalhes. Ele conta que alguns pacientes dizem na consulta que vieram até o posto em busca de atendimento mas que desistiram de fazê-lo pois não havia vaga para consulta com ele. F. também me diz que alguns pacientes dele, depois de serem atendidos no hospital e receberem uma determinada prescrição vão até a unidade para saber a opinião dele sobre o que foi recomendado [Porto Alegre, Setembro 2012]

Um dos benefícios decorrentes da continuidade do cuidado – dimensão constituinte,

juntamente com o vínculo e a continuidade informacional, do atributo longitudinalidade – seria “redução do sobreuso dos serviços de saúde e ainda provável redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários (CUNHA E GIOVANELLA, p. 1035). Partindo das “dicas” de F. formula-se, aqui, a hipótese de correlação positiva entre a confiança que o usuário deposita naquele que oferece um tratamento – ou aprova a validade dele – e a adesão à prescrição recebida. Fortalecem esta ideia estudos que indicam que a vinculação a um profissional e a uma equipe seria um fator favorecedor da adesão a tratamento de doenças crônicas (GOMES E PINHEIRO, 2005; GOMES e SÁ, 2009 BRUNELLO ET ALL, 2010). Esta hipótese justificaria ainda a proposição, presente em um texto do Ministério da Saúde, de que “o vínculo inequívoco entre equipe-usuário é força motriz para o acionamento dos demais equipamentos da saúde do território, permitindo avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações (BRASIL, 2012, p. 07)”.

Se estamos falando de ligação, de confiança e de relação entre pessoas, certamente, entraremos em um campo onde a afetividade vai acabar sendo pautada. Será que esta é uma dimensão importante a ser pensada quando falamos de vínculo? [Porto Alegre, Dezembro 2011]

O reconhecimento de que a dimensão da afetividade é um fator importante a ser considerado dentro da atenção primária em saúde não é nenhuma novidade. Michel Balint, em meados do século vinte, sob forte influência da psicanálise da época, percebeu os efeitos que a subjetividade do profissional médico exercia nas suas decisões técnicas e desenvolveu um método para tentar qualificar a atenção oferecida pelos médicos da atenção primária do Sistema de Saúde Britânico (BALINT, 1988). Já na época, ele “destacava a insuficiência da abordagem estritamente cognitiva em palestras e aulas sobre relação médico-paciente para os profissionais de saúde (...). Não se tratava apenas de reconhecer intelectualmente a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas antes de aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a estas relações (CUNHA, 2012, p. 145)”.

Ainda é forte dentro dos processos de formação dos profissionais de saúde a presença um ideal de neutralidade e de não envolvimento emocional que “muitas vezes coloca uma interdição

para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade (CUNHA, 2009, p 32). Há um pressuposto implícito ou explícito, no trabalho em saúde, de que, para o melhor exercício da técnica, para a maior coerência da decisão racional, toda e qualquer experiência afetiva, deve ser extirpada do trabalho em saúde.

A “crença na neutralidade afetiva, depois de tudo que se conhece no campo da psicanálise, é algo tão impressionante na área de saúde, quanto seria no Instituto de Biologia a desconsideração pela teoria da evolução e a crença no mito bíblico da criação (CUNHA, 2009, p.213)”. A neutralização da afetividade visando o melhor funcionamento da racionalidade é fruto dos efeitos da centralização e absolutismo do modo positivista e neopositivista de produção de conhecimento. Para este modo, que se supõe único e absoluto, as emoções são “consideradas emoções primitivas, consideradas perturbadoras das grandes conquistas humanas (...) Na vida cotidiana as emoções deviam ser reprimidas pois perturbavam a racionalidade e a saúde psicológica (Lane, p.66)”. Fortes ainda são os efeitos deste afastamento do corpo e suas emoções no campo da saúde, onde se afirma que estas precisam ser extirpadas da cena clínica, com o intuito de melhor se exercer as competências técnicas.

As características definidoras dos modos de trabalho na atenção primária, em especial a dimensão do vínculo, como vem sendo aqui discutida, entram em conflito com este imperativo de neutralidade e de não envolvimento. Continuidade do cuidado, integralidade da atenção, coordenação do cuidado, adscrição territorial, responsabilização, humanização demandam uma proximidade dos profissionais com seus usuários e sim, favorecem a vinculação entre as partes. Entretanto, se é desejável que estes vínculos sejam geradores de autonomia; centrados nas necessidades de cuidados daquele de quem se atende; capazes de serem mantidos ao longo do tempo; produtores de co-responsabilização entre aquele que cuida e quem é cuidado e potentes para produzir saúde, é necessário que se trabalhe com os profissionais a dimensão de afetividade que se presentifica no trabalho clínico. As condições de trabalho na qual estão colocados os profissionais da atenção básica, demandam, para que se execute este tipo de atenção de forma mais qualificada, a

oferta da devida retaguarda institucional, a fim de que os diversos afetos que se apresentam a partir da vinculação trabalhador-usuário possam ser trabalhados e organizados de forma que estes sirvam como uma ferramenta que potencializem o trabalho – e não que o inviabilize.

É possível sintetizar mais um avanço proposto com esta reflexão: a presença de vínculo, explicita a dimensão de afetividade presente na relação profissional-usuário, passando, então, esta a ser um aspecto importante a ser manejado dentro da perspectiva do trabalho clínico.

Considerações Finais:

As considerações feitas aqui não são muito diferentes daquelas já presentes na literatura. Na realidade, nos utilizamos destas para apresentar a questão do vínculo em uma perspectiva pouco usual. Seu mérito, reside na exploração/explicitação de algumas minúcias cotidianas da relação entre cuidadores e indivíduos cuidados. O texto se estrutura no sentido de apontar o papel que esta tecnologia relacional – vínculo - exerce dentro das especificidade do trabalho na atenção básica. Além disso, a argumentação aponta a necessidade de que se invista na criação de espaços protegidos de fala e escuta para que os profissionais desenvolvam habilidades e competências para manejar com mais precisão, este útil instrumento de trabalho que é o vínculo.

Diante destas reflexões iniciais, recomendamos que se sigam os estudos da temática, bem como que se investiguem a pertinência dos assuntos aqui trabalhados: continuidade do cuidado, dimensão da afetividade na relação trabalhador-usuário, tecnologias leves e relacionais no trabalho em saúde e etc, em outros pontos do sistema de saúde. Afinal, como tratar a questão da continuidade do cuidado em um contexto de pronto atendimento? Qual a estrutura necessária para que os trabalhadores possam manter-se tecnicamente competentes, mesmo que afetivamente mobilizados? A dimensão da afetividade aqui reconhecida, seria uma característica exclusiva da atenção primária?

Referências.

ALMEIDA, E. L. V. **Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1988 .

ALTOÉ, S. (Organizadora.). **René Lourau; analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BALINT, M. **O médico o paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: ed. Livraria Atheneu, 1988.

BELLATO, R. PEREIRA, W. R.. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Relatório Social 2009 – 2010 do Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre: GHC 2010. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=4&idRegistro=5214>.

BRUNELLO, M. E.F. et al .O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). In: **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 1, 2010.

CUNHA E.M, GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1029-1042, 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Ed Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T. Grupos Balint Paideia: Ferramenta para o Apoio Gerencial, Contribuição para a Clínica Ampliada. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza Sus, volume 02 – Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012, p.143-162.

CUNHA, G. T.. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica** . Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade

de Ciências Médicas, 2009.

FRANCA, M. B.; MUNIZ, H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. Trabalho Educação Saúde (Online), Rio de Janeiro, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 out. 2012.

LANE, S., T., M., A psicologia social na América Latina: por uma ética do conhecimento. In CAMPOS, R.H.F. & GUARESCHI, P. (Orgs.) **Paradigmas em Psicologia Social: a perspectiva Latino-Americana**. Petrópolis: Vozes, p. 58-69.2000.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. . As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. In: **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, Junho 2009.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GÜNTHER, H.. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 22, n.2. maio/agosto de 2006.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F.. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. In: **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, June 2001.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MERHY, E. E.. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Fev 2000, vol.4, no.6, p.109-116.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados Primários - Agora Mais Que Nunca**. Lisboa, 2008.

PASCHE, D. F. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza Sus, volume 02 – Atenção Básica**. Brasília : Ministério Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012 da Saúde, 2012, p.11-

28.

PICHON-RIVIÉRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SALES, A. L. L. F. S.; PAULON, S. M. **Competências dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Desinstitucionalização da Loucura**. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional - Dissertação de Mestrado, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde, 2002.