



Ciencia y Enfermería

ISSN: 0717-2079

rev-enf@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

Baratieri, Tatiane; Teixeira Mandú, Edir Nei; Silva Marcon, Sonia  
COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS SOBRE VÍNCULO E LONGITUDINALIDADE DO  
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ciencia y Enfermería, vol. XVIII, núm. 2, agosto, 2012, pp. 11-22

Universidad de Concepción

Concepción, Chile

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441810002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS SOBRE VÍNCULO E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

NURSES UNDERSTANDING ABOUT THE BONDING AND LONGITUDINALITY IN FAMILY HEALTH CARE STRATEGY

COMPRESIÓN DE ENFERMEROS ACERCA DEL VÍNCULO Y LONGITUDINALIDAD DEL CUIDADO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

TATIANE BARATIERI\*  
EDIR NEI TEIXEIRA MANDÚ\*\*  
SONIA SILVA MARCON\*\*\*

## RESUMO

Objetiva-se compreender como enfermeiros da Saúde da Família do Paraná, Brasil, percebem o vínculo na prática assistencial e sua relação com a longitudinalidade do cuidado. Ambas são condições inter-relacionadas, pertinentes à estreita, boa e duradoura relação terapêutica entre usuário-trabalhador/serviço de saúde. Estudo descritivo-exploratório qualitativo, realizado em 2010, com 20 enfermeiros da Saúde da Família de municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, mediante entrevista semiestruturada e análise de conteúdo. Enfermeiros exprimem o vínculo como relações estreitas, humanizadas e de confiança entre trabalhador-usuário, baseadas na convivência-tempo, corresponsabilidade, consideração à integralidade do usuário e resolutividade das ações. O vínculo é facilitado quando o usuário o quer, pelo contato continuado, pelo encontro que extrapola o objetivo de cura, o espaço do serviço e resolve problemas enfrentados, sendo essencial à longitudinalidade. As interpretações são coerentes com a proposição de estreitamento das relações serviço-trabalhador-população, que oportuniza a longitudinalidade e amplia a qualidade assistencial.

**Palavras chave:** Compreensão, valores sociais, relações interpessoais, saúde da família, enfermeiros.

## ABSTRACT

The objective is to understand how nurses from the Family Health of Paraná, Brazil, perceive the relationships in the assistance practice and its relation to the care longitudinality. Both conditions are interrelated, relevant to the close, good and lasting therapeutic relationship between the user and the worker and the health service. An exploratory descriptive qualitative study, conducted in 2010 with 20 nurses from the Family Health municipalities

<sup>1</sup> Estudo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada “Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na estratégia saúde da família” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.

\* Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste/Unicentro, Guarapuava/Paraná/Brasil. E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com.

\*\* Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá/Brasil. E-mail: enmandu@terra.com.br.

\*\*\* Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/Paraná/Brasil. E-mail: soniasilvamarcon@gmail.com.

of Paraná's 10th Regional of Health, through semi-structured interviews and content analysis. Nurses express the relationship as close relationships, humanized and trust between health care workers and users, based on the interaction-time, co responsibility, and consideration of the completeness and resolution of the user actions. The relationship is facilitated when the user wants it, by continuous contact, at the encounter: the intention goes beyond the goal of healing and solves the problems. It is essential to longitudinality. The interpretations found are consistent to the proposition of the technical and political strengthening of the service-worker-population relation, which offers longitudinality and expands the quality of care.

**Key words:** Comprehension, social values, interpersonal relations, family health, nurses.

## RESUMEN

Se tuvo como objetivo comprender cómo enfermeros de Salud Familiar de Paraná, Brasil, perciben el vínculo en la práctica asistencial y su relación con la longitudinalidad del cuidado. Ambas son condiciones interrelacionadas, pertinentes a la estrecha, buena y duradera relación terapéutica entre usuario-trabajador/servicio de salud. Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo realizado, en 2010, con 20 enfermeros de la Salud de la Familia de los municipios de la 10ª Regional de Salud de Paraná, mediante entrevista semiestructurada y análisis de contenido. Enfermeros traducen el vínculo como relaciones estrechas, humanizadas y de confianza entre trabajador-usuario, basadas en la convivencia-tiempo, corresponsabilidad, consideración a la integridad del usuario y resolutivez de las acciones. El vínculo es facilitado cuando el usuario lo desea, por el contacto continuo y por el encuentro que sobrepasa el objetivo de cura, el espacio del servicio y resuelve problemas enfrentados, siendo esencial la longitudinalidad. Las interpretaciones son coherentes con la proposición de un estrechamiento de las relaciones servicio-trabajador-población, que ofrece la longitudinalidad y amplía la calidad de la atención.

**Palabras clave:** Comprensión, valores sociales, relaciones interpersonales, salud de la familia, enfermeros.

Fecha recepción: 16/06/11 Fecha aceptación: 06/06/12

## INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), assumida como modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, direcionada pelos princípios da integralidade, equidade, universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, continuidade, vínculo, responsabilização, humanização e participação social (1). Além desses, a ESF também tem por referência-preceitos da APS, como primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e comunidade (2).

Desses, o preceito da longitudinalidade

é encontrado na literatura com um sentido similar ou articulado ao de vínculo, este representado pela expressão “vínculo longitudinal” (2-5) ou como prática necessária à longitudinalidade. Essa característica significa que o usuário do serviço de saúde mantém seu vínculo com este ao longo do tempo, sendo atendido em qualquer momento que necessita (2).

O vínculo implica em que os usuários reconheçam o serviço de saúde como fonte satisfatória e habitual de atenção a suas necessidades de saúde. Para isso, os profissionais devem conhecê-los e se responsabilizar continuamente pelo cuidado a sua saúde, com base em um serviço adequadamente organizado (6). Assim, o vínculo requer uma relação interpessoal estreita entre o profissional de saúde e o usuário, aprofundada

no decorrer do tempo, à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor, mediante relações de escuta, diálogo, respeito e confiança (2-7). Ele pressupõe boa relação usuário-profissional e cooperação mútua entre ambos (6). Para o vínculo interpessoal (ou longitudinalidade pessoal) é preciso: entendimento entre os envolvidos; tranquilidade para o usuário expor suas necessidades; um profissional interessado na vida do usuário e não somente em sua patologia, para identificar necessidades de saúde a serem atendidas (2-7), com sua participação ativa.

Desse modo, a ideia de vínculo é parte do sentido atribuído à longitudinalidade, compreendida como relação terapêutica estreita e duradoura entre usuários e profissionais de saúde (2). O vínculo viabiliza a continuidade do atendimento, evita ações desnecessárias e aumenta a adesão do usuário à terapêutica (2-5, 7), propiciando a longitudinalidade.

Para efetivar-se como um novo modelo, a ESF precisa comprometer-se, dentre outras coisas, com a produção do vínculo com a população dos territórios de saúde, possibilitando a longitudinalidade do cuidado e o alcance de seus benefícios.

Os profissionais de saúde da ESF devem atuar por meio de uma postura acolhedora, com escuta ativa e respostas pertinentes aos usuários, as quais promovam resolutividade e responsabilidade, com orientação ao indivíduo e família para todas as suas necessidades, propiciando o *continuum* da assistência (8).

A promoção de vínculo e longitudinalidade é uma responsabilidade de toda a equipe de saúde, o que inclui os trabalhadores de enfermagem e, em especial, o enfermeiro. Na ESF este atua: no levantamento e monitoramento das condições locais de saúde, no atendimento assistencial individual ou grupal, em ações educativas e comunicativas visando a ampliar a autonomia dos sujeitos (9), no gerenciamento do trabalho da equipe de enfermagem e, por vezes, também no ge-

renciamento da unidade local.

Assim, tanto na execução de ações assistenciais como gerenciais o enfermeiro necessita assumir como parte de suas competências ou responsabilidades projetar, propiciar e produzir uma relação duradoura com os usuários, ao longo do tempo e em seus diferentes ciclos da vida, baseada no vínculo com estes.

Além disso, ser essencial à geração de uma boa qualidade assistencial aos usuários dos territórios de saúde é também uma condição para que a prática do enfermeiro efetive-se como cuidado, na medida em que este se funda em uma inter-relação profissional com a pessoa que dele necessita, e que ele deve se constituir em prática humanitária (10).

A atuação de enfermeiros nessa direção requer, dentre outros aspectos, percepções ou posicionamentos político-éticos e modos de pensar, valorar e sentir coerentes, uma vez que estes são partes da prática profissional, importantes para a sua manutenção ou modificação (11). Dimensionar apropriadamente o que é o vínculo e como este pode concorrer para a longitudinalidade do cuidado é uma importante condição para a produção de ambos na prática, embora não somente.

O estudo ora apresentado foca as percepções de enfermeiros sobre o vínculo e sua relação com a longitudinalidade do cuidado, uma vez que ambos estão diretamente relacionados e se refletem na qualidade da saúde da população e do trabalho do enfermeiro, propiciando o aumento da satisfação tanto do usuário como do profissional com a assistência prestada. O seu objetivo é compreender como enfermeiros da ESF, que atuam no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Paraná, Brasil, percebem o vínculo na assistência e a relação que estabelecem entre ele e a longitudinalidade do cuidado, pressupondo-se que sua visão acerca do assunto se aproxima do que se concebe a respeito como princípios e práticas da ESF.

## METODOLOGIA

Apresenta-se parte de um estudo descritivo-exploratório qualitativo, que constitui a dissertação de mestrado nominada “Percepções de enfermeiros sobre a longitudinalidade em seu trabalho na Estratégia Saúde da Família”, realizada em 2010, e que integra a pesquisa “O trabalho assistencial e educativo no cotidiano do enfermeiro no PSF – características e desafios”, apoiada financeiramente pela Fundação Araucária. A pesquisa foi realizada em 7 dos 25 municípios da 10ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, sediada em Cascavel. Essa RS é uma das 22 instâncias gerenciais intermediárias da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná junto às secretarias municipais de saúde.

Na definição dos participantes, pela possibilidade de existir certa diversidade nas unidades da ESF da regional eleita, relacionada ao seu porte populacional municipal (ou seja, capacidades diferenciadas de atendimento à saúde, com influência nas possibilidades de prestação do atendimento longitudinal), os municípios foram divididos em grupos: seis com menos de 5.000 habitantes; dez com 5.000 a menos de 10.000 habitantes; sete de 10.000 a menos de 20.000 habitantes; um de 20.000 a 35.000 habitantes; e outro com mais de 35.000 habitantes. Sorteou-se dois municípios de cada um dos três primeiros grupos e incluiu-se os únicos municípios dos dois últimos, totalizando oito municípios.

Nesses oito municípios atuavam um total de 27 enfermeiros (área urbana e rural). Para seleção dos que fariam parte do estudo, adotou-se os seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe completa da ESF; estar atuando na mesma unidade há pelo menos um ano; não se encontrar afastado da unidade no momento de coleta dos dados. Foram então excluídos oito enfermeiros que não se enquadraram no critério tempo de atuação na unidade, sendo sete deles de um único município do grupo de 20.000 a 35.000 habi-

tantes. Assim, participaram do estudo 19 enfermeiros atuantes em sete municípios. Cabe salientar que, à época da realização do estudo, vários municípios da região enfrentavam dificuldades para manter as equipes da ESF, dada a rotatividade dos profissionais.

Dos 19 participantes, o tempo de atuação na ESF variou de um a onze anos, sendo que mais da metade deles (dez) já atuava na Saúde da Família entre seis e dez anos. Entre todos os enfermeiros, o tempo de trabalho na mesma unidade variou de um a oito anos, sendo que mais da metade deles (dez) atuava na mesma unidade entre um a cinco anos.

Cabe salientar que, à época da realização do estudo, vários municípios da região enfrentavam dificuldades para manter as equipes da ESF, dada a rotatividade dos profissionais. Realizou-se entrevista individual semiestruturada e gravada, em abril de 2010, conforme disponibilidade e aceite dos profissionais. Utilizou-se um roteiro com questões objetivas para caracterização geral dos participantes, concernentes ao perfil socio-demográfico e à dinâmica de trabalho dos pesquisados, e questões abertas relacionadas às interpretações e vivências dos enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado. Indagou-se sobre: elementos considerados importantes na relação profissional-usuário; entendimento de vínculo e longitudinalidade no contexto da ESF e sobre a relação entre ambos; e apreciação da própria prática e a da equipe no estabelecimento de vínculo com usuários.

Do material advindo das questões abertas, procedeu-se a análise de conteúdo categorial, primeiro através da pré-análise mediante leitura flutuante da totalidade dos dados que configurou o *corpus* analisado, viabilizando interpretações e indagações iniciais. Após, realizou-se leitura exaustiva do material, sua codificação, enumeração, classificação e agregação. Finalmente, procedeu-se a interpretação e categorização dos resultados obtidos, identificando as unidades de interesse, os aspectos comuns entre elas

e fazendo inferências (12). As categorias encontradas são apresentadas em torno de três eixos: compreensões de enfermeiros sobre o vínculo, sobre aspectos propiciadores e dificultadores do vínculo, sobre a relação entre vínculo e longitudinalidade do cuidado. Na ilustração qualitativa das categorias são explicitadas falas de participantes do estudo que melhor exprimem a totalidade das ideias encontradas a partir das quais as inferências foram feitas. Por fim, os achados são discutidos com base na literatura científica que aborda o tema.

Respeitou-se todos os preceitos éticos de pesquisa disciplinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 659/2009), incluindo as informações pertinentes aos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitando o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra 'E' para cada entrevista seguida de numeral arábico, de acordo com a sua ordem de realização (E1 a E20).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Compreensão de enfermeiros sobre o vínculo

A compreensão de vínculo entre enfermeiros do estudo é expressa por meio de características que estes julgam que deve compor as relações profissionais na ESF, sendo globalmente interpretado como uma boa relação profissional-usuário.

O vínculo é expresso como relações com escuta, sem hierarquias e imposições, com bom trato e respeito, na qual esteja presente a convivência e proximidade. Isto pode ser apreendido a partir da valorização de aspectos apontados como “saber ouvir”, “ser igual”, “não atribuir diferença entre profissional e

usuário”, tratar com “simpatia”, “bem”, com “respeito” e “amizade”; esta última referida como laços pessoais e em oposição ao distanciamento da relação entre usuário e profissional.

*Para ter vínculo com a pessoa, a gente tem que saber ouvir. Muitas vezes a gente só fala e não sabe ouvir. Não atribuir diferença entre profissional e usuário, ser do jeito dele, ser igual. Eu acho que a questão da simpatia, tratar bem, o respeito (E7).*

*Vínculo é estabelecer uma relação de amizade, companheirismo, não só aquela relação de paciente e profissional. O paciente está ali, é um amigo, companheiro, uma pessoa que você vai a casa. Isso ajuda muito, porque você cria um vínculo com a pessoa (E16).*

Com uma linguagem própria, sem a preocupação de conceituar vínculo, enfermeiros o caracterizam mediante a valorização de elementos que extrapolam a dimensão técnica da assistência, e remetemo olhar à interface entre interação humanizada na assistência na ESF e o estabelecimento de vínculo e longitudinalidade.

Em uma assistência humanizada a interação entre trabalhadores e usuários deve ser permeada por aspectos que visem a aproximação entre ambos, o que não significa uma relação de natureza pessoal, de amizade ou companheirismo com o usuário. Essas características relacionais de natureza profissional são essenciais à constituição do vínculo e longitudinalidade do cuidado.

Elas são importantes para que o sujeito do cuidado exponha mais facilmente seus problemas e aflições, e o profissional o conheça integralmente, oportunizando ações com maior possibilidade de suprir necessidades, promover saúde, antecipar-se a problemas e solucioná-los. Por meio de uma boa relação enfermeiro-usuário, as ações de prevenção de agravos, de promoção e recuperação da saúde são favorecidas.



De modo contrário, sem uma boa interação e vínculo o usuário dificilmente retorna ao serviço de saúde, perdendo-se, assim, o seu contato e o acompanhamento (6).

Entre enfermeiros, o vínculo é exposto como relação com confiança ou esta é apontada como uma condição para ele, que proporciona ao profissional acessar à pessoa/família e chegar ao que gerou a necessidade do atendimento. Ou seja, não há vínculo e apreensão de necessidades de saúde sem confiança.

*Vínculo é a relação do profissional e paciente que necessita do cuidado, é passar confiança, para tratar melhor. Se eles têm confiança, relatam coisas que não contam para outra pessoa ou família. Você consegue tirar essa informação (E5).*

*Eu acho que para ter vínculo a gente tem que passar confiança, eles têm que ter confiança no profissional, para abrir a casa deles ou trazer o problema para a gente [...] (E7).*

O vínculo manifesta-se na relação entre profissional e usuário se este tem confiança e percebe segurança no profissional. Existindo confiança, o usuário sente que pode expor suas necessidades ao profissional, fica mais acessível aos questionamentos e aberto ao diálogo e às orientações profissionais, o que propicia um cuidado mais abrangente ao longo do tempo. O usuário mais aberto ao profissional favorece a aproximação e compreensão deste da totalidade daquele bem como o comprometimento com suas necessidades.

Por sua vez, se o profissional conhece a história do usuário, se é qualificado, eficiente, atencioso e interessado, possibilita que este se sinta confortável e satisfeito com a assistência recebida (6, 13), além de favorecer o processo de priorização de cuidados no atendimento e a resolutividade conforme necessidades e problemas apresentados (14).

Para enfermeiros, na formação do vínculo

é fundamental compromisso e colaboração de ambos na assistência. É necessário que o profissional conheça a realidade de vida da população e que esta também se responsabilize pela própria saúde e sua recuperação.

*Para ter vínculo o profissional deve compreender o paciente, a moradia dele. E o paciente também, para dar certo, precisa seguir as orientações [...] (E10).*

*O vínculo acontece quando tem um comprometimento meu e do paciente, ao se estabelecer um compromisso naquele cuidado; eu tenho os meus deveres e ele também, para conseguir prestar um cuidado adequado é preciso contribuição de ambas as partes (E11).*

O vínculo, tal como a efetivação do cuidado, não é uma condição construída unilateralmente. Por um lado, ele requer que o profissional e usuário visem a objetivos comuns, estabeleçam aproximações e consensos a partir de uma boa interação e se responsabilizem pelo cuidado, favorecidos por uma boa relação.

Por um lado, a boa relação profissional-usuário, que é essencial ao vínculo, além de ser favorecida pela confiança entre ambos, é propiciada pela coparticipação na terapêutica. Por outro, a participação do usuário no cuidado depende, dentre outros aspectos, de como o profissional percebe a relação, de estar disponível ao diálogo, e de considerar que o usuário pertence a uma comunidade, tem uma história, e que sua autonomia deve ser preservada (5, 13).

Ou seja, não é qualquer coparticipação que propicia o vínculo, mas aquela que é permeada pelo reconhecimento de quem é o usuário, pela troca e construção de consensos com este e o respeito a sua autonomia, fugindo-se de uma perspectiva que o veja como alguém que deve participar seguindo as orientações profissionais.

Entre enfermeiros da pesquisa, o vínculo não se estabelece apenas com uma boa in-

teração, permeada pela confiança e compromisso de profissionais e usuários, ele também se desenvolve mediante o atendimento integral, que em suas interpretações corresponde ao cumprimento do que cabe à ESF, ao cuidado referenciado na realidade do usuário, que considera as suas dimensões social, espiritual, biológica, e promove a resolutividade dos seus problemas de saúde.

*O vínculo se forma se a gente fizer o papel da ESF, de atender integralmente. Acho importante porque eles têm mais confiança, porque é um programa mais próximo da população [...] (E4).*

*Quando está na ESF a gente vê o paciente em todos os seus aspectos, sociais, espirituais, biológicos. Quando ele chega, eu vejo que o choro não é porque está com dor, mas porque ele tem problema pessoal. Na ESF se cria um vínculo muito maior, não só de amizade, mas de conhecer a realidade do paciente e poder interferir, ajudar a solucionar os problemas (E17).*

A integralidade do cuidado à saúde no setor decorre de vários aspectos. Ela depende da confluência da prática de cada profissional e das equipes multiprofissionais, e da articulação desta a uma rede de serviços e unidades de cuidado à saúde, setorial e não setorial (15-16). Especificamente, a integralidade do cuidado depende de novas maneiras de pensar e realizar o atendimento em saúde como responsabilidade de cada serviço, em que se inclui, dentre outras coisas: o vínculo como nova forma de interação e comprometimento do serviço/profissional com a efetividade das respostas; a construção da autonomia das pessoas cuidadas; uma prática encaminhada a partir do reconhecimento de seus modos de andar a vida e de necessidades decorrentes, considerando a sua totalidade humana (15), que resolva e se antecipe a seus problemas promovendo a sua saúde.

Assim, é importante a compreensão encontrada no estudo de que o vínculo não se

resume a uma boa interação, mas que se associa a uma perspectiva de atendimento que cumpre o que cabe à ESF, referenciada na realidade do usuário, em sua multidimensionalidade humana, e na produção efetiva de resultados esperados e necessários.

É imprescindível que o enfermeiro atue na ESF por meio de uma visão global do usuário, mediante ações diversas e abrangentes, apropriadas, negociadas e resolutivas. A ESF preceitua a integralidade da assistência. Para sua efetivação o profissional e equipes devem abordar o usuário em suas necessidades físicas, psicoemocionais e sociais, e atuar considerando a relação entre condições, modos de vida, subjetividade, saúde-doença, promoção e recuperação da saúde.

A organização do modelo de Saúde da Família requer e também favorece a constituição do vínculo entre usuários e profissionais, pois essa estratégia demanda, estimula e propicia a proximidade do profissional com a realidade dos usuários, através da territorialização, da ação domiciliar/familiar, de ações assistenciais no espaço comunitário, dentre outras.

A proximidade da realidade e o vínculo favorecem o agir sobre condicionantes da saúde-doença, que influenciam o adoecer e o ser saudável (17), e também o melhor acompanhamento do usuário, individual e coletivo, ao longo do tempo, valorizando-se mais apropriadamente a longitudinalidade como uma das características que diferencia a ESF do antigo modelo assistencial.

### **Compreensão de enfermeiros sobre aspectos propiciadores e dificultadores do vínculo**

A constituição do vínculo requer tempo e é essencial à efetivação da longitudinalidade. Esta não pode ser alcançada em tempo inferior a um ano de contato entre profissional e usuário, e quando a utilização do serviço não é frequente, a longitudinalidade leva vários anos para se estabelecer (2).



Enfermeiros apontam que o vínculo ocorre mais facilmente quando o usuário é ativo e sistemático na procura e uso do serviço, ou seja, principalmente quando ele procura e usa o serviço e suas ações continuamente e tem interesse nestes, em função de necessidades que enfrenta:

*As pessoas que eu mais consigo ter vínculo são as gestantes, porque parece que elas vêm em busca de alguma coisa, querem saber mais, saber o que está acontecendo com o bebê (E8).*

*Eu consigo ter mais vínculo com as mãezinhas, que trazem as crianças para a puericultura, elas participam e me ouvem (E15).*

A ideia presente entre enfermeiros é a de que o vínculo é propiciado pela preocupação que o usuário tem com a sua saúde e/ou com a saúde de sua família e por suas consequentes manifestações de interesse e idas frequentes ao serviço. Isso estimula o profissional a reconhecer na população local o “seu usuário”.

Reafirmando a ideia de que o vínculo é propiciado pelo interesse do usuário nas ações do serviço e por sua procura continuada, enfermeiros julgam que uma das dificuldades para sua efetivação é a indisponibilidade do usuário para participar de atividades propostas pelo serviço.

*A gente sempre tem que ter contato com as pessoas, com todos, ter vínculo com todo mundo. Mas, na verdade, tem pessoas que não querem muito, então é difícil (E18).*

*As pessoas aqui não gostam de fazer autocuidado, detestam. Para você conseguir formar um grupo você demora, eles não gostam desse contato, eles querem vir aqui, resolver, tomar o remédio, ir embora [...] (E8).*

Enfermeiros evidenciam que quando o contato do usuário com a ESF é pontual e se mantém restrito à cura ou ao interior do

serviço ele se configura em empecilho à interação efetiva.

*A gente não tem vínculo com aqueles que consultam e vão embora [...]. Não consigo estabelecer vínculo com os que atendo só na unidade (E7).*

*As pessoas que vêm à unidade, muito doentes, não querem estabelecer nada, querem que resolva o problema e pronto [...] (E8).*

Depreende-se dessas interpretações que enfermeiros consideram o vínculo como um componente que depende dos interesses e movimentos tanto do profissional quanto do usuário.

Essa leitura deve vir acompanhada da necessária consideração à autonomia do usuário no uso e na formação de vínculo com o serviço de saúde local. Na questão, também é preciso ajuizar que o serviço, em alguma medida, “educa” o usuário a respeito do que ali pode buscar, ou seja, que as demandas do usuário em boa medida expressam necessidades modeladas pela oferta (15). De igual modo, nem sempre o serviço opera práticas e alternativas que vão ao encontro de necessidades prioritárias e interpretadas pelas pessoas e grupos, o que desfavorece o contato e o vínculo. Além disso, a forma como as ações de saúde estão organizadas e a sua qualidade nem sempre propicia a formação do vínculo, interpondo-se um círculo que precisa ser rompido.

A busca do serviço de saúde, pelo usuário, atrelada especialmente a situações críticas vivenciadas, dificulta o estabelecimento de vínculo e o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas em saúde ao longo do tempo.

Coloca-se, assim, o desafio para a ESF de atuar junto à população modificando essa condição de usuário pontual do serviço. Para isso é essencial, dentre outras coisas, propor ações que tenham por base a compreensão de sua realidade e a identificação concreta

de suas necessidades e prioridades, além de o serviço e seus profissionais aproximarem-se ativamente daqueles e de sua realidade de vida.

A aproximação do profissional da população é de extrema importância para o sucesso da ESF, para que os profissionais tenham a possibilidade de focar suas ações nas necessidades concretas das pessoas (13).

Assim, é importante a atuação do enfermeiro no interior da unidade associada a ações realizadas junto à comunidade, para manter o elo com as pessoas, conhecer melhor sua integralidade, e elaborar ações apropriadas a suas necessidades, que avancem o que tradicionalmente está habituado a realizar.

Vínculo envolve conhecimento dos usuários e de seus problemas (18), fundado no princípio de que os profissionais são responsáveis pela área na qual atuam e por propiciar medidas que respondam a necessidades específicas de pessoas e grupos, na própria ESF, no território, em seus domicílios ou vinculando o usuário a outros serviços e recursos.

Nessa direção, enfermeiros da pesquisa compreendem que a ocorrência do vínculo é favorecida pela visita domiciliária, uma vez que a proximidade e o tempo de contato propiciado por esta fortalecem a relação do profissional/serviço com a família.

*Eu acho que no domicílio é mais fácil estabelecer vínculo. Aqui é muito rápido, a pessoa vem procurar o curativo, difícil vir para prevenção e promoção (E2).*

*Através do acompanhamento consegue vínculo [...] fazendo visitas domiciliares, o enfermeiro acaba criando o vínculo pelo contato com o paciente e a família (E6).*

A visita domiciliária é um recurso de interação no cuidado à saúde, utilizada para que profissionais possam se inserir e conhecer a realidade da população adscrita, favorecendo

a formação e o desenvolvimento do vínculo, especialmente por meio da convivência constante (19) e da conquista da confiança e credibilidade.

Ela é de extrema relevância para que os profissionais da ESF, ao conhecer o contexto no qual os usuários estão inseridos, apreendam suas necessidades e prioridades, e oportunizem ações integrais e resolutivas nas questões de saúde-doença, favorecidas pelo vínculo.

Para enfermeiros, o vínculo é estabelecido mais facilmente junto a pessoas que residem mais tempo na área de abrangência.

*A população dos acampamentos que a gente tem que atender tem muita rotatividade. A que está há mais tempo a gente cria vínculo. Os que são da nossa área eu consigo ter essa relação mais próxima. [...] A mulher faz um Beta HCG (exame para teste de gravidez), ele dá positivo, eu vou procurar e já não está mais lá (E15).*

Famílias que constituem demanda excedente ao serviço, que não são cadastradas e/ou que não residem prolongadamente na área da ESF (como as mencionadas), têm a condição de vínculo prejudicada.

Para estabelecer vínculo é importante o acompanhamento da população dos territórios por um longo período, prestando-lhe assistência nos seus diferentes ciclos de vida. Para isso, é fundamental respeitar o número de famílias a serem assistidas, preconizado pelo Ministério da Saúde (600 a 1000) para cada equipe (20). Para as populações flutuantes é importante pensar e efetivar estratégias que potencializem a constituição possível de vínculo.

Por fim, enfermeiros destacam que a competência profissional e a consequente resposta apropriada frente aos problemas manifestos pelos usuários também propiciam o vínculo.

*Eu acho que para criar vínculo é você ter capacidade e desde a primeira vez resolver o pro-*

*blema, porque a partir do momento que você resolve o problema ele vai voltar [...] (E3).*

*Para estabelecer vínculo tem que ter profissionalismo, porque se você demonstrou para ele que soube responder uma dúvida dele, ele vai voltar (E14).*

Essa compreensão é importante, pois o enfermeiro deve ter formação adequada para prestar assistência de qualidade. A boa assistência propicia o vínculo entre profissional-usuário, e vice-versa, uma vez que favorece que o primeiro conquiste a credibilidade do usuário, que este retorne ao serviço e tenha suas necessidades resolvidas na ESF, evitando a busca de níveis mais complexos de atendimento para questões que podem ser abordadas nesse âmbito. A boa APS é fundamental à produção de impactos positivos na saúde da população e à eficiência do sistema (21). Crescendo a resolutividade dos problemas da população nesse âmbito, diminui proporcionalmente a demanda para outro nível de atenção (18).

É válido destacar que no discurso analisado, várias expressões denotam a importância atribuída ao vínculo e à sua correlação com a prestação longitudinal da assistência qualificada e resolutiva.

Pela importância dessa relação, a literatura, por vezes, utiliza a expressão “vínculo longitudinal”, considerando que este se constitui em relações interpessoais duradouras, atendendo aos usuários nos seus aspectos biopsicossociais, com responsabilidade e garantia de continuidade da assistência (5-6). Contudo, longitudinalidade, vínculo, responsabilização dos serviços pela assistência da qual os usuários necessitam, e abordagem integral mantêm entre si interfaces estreitas.

Todos os enfermeiros consideram que a longitudinalidade, no sentido de acompanhamento do usuário pelo serviço ao longo do tempo, pressupõe o vínculo como uma condição para que ele ocorra de forma satisfatória.

*[...] esse cuidado acontece com vínculo, porque é conversar outras coisas, não só da patologia (E1).*

*Acho que com o vínculo esse cuidado ao longo do tempo acontece, consegue-se um resultado mais satisfatório, no decorrer do tempo de contato com essa pessoa, enquanto ela viver ou eu estiver atendendo-a (E5).*

Dada a compreensão de vínculo que enfermeiros têm, se apreende que é por meio de boas e contínuas relações interpessoais profissionais que o acompanhamento longitudinal ocorre. Outra idéia associada à longitudinalidade é a de que esta deve superar uma assistência para além dos episódios de doença.

Na ESF, assim, o enfermeiro precisa utilizar o seu potencial pessoal e profissional para favorecer a formação de vínculos, considerando que a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde pode impactar a longitudinalidade da atenção oferecida (6).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfermeiros concebem que o vínculo forma-se a partir de estreitas relações entre profissional e usuário, pautadas na humanização das relações, na confiança, na coparticipação, e em ações que consideram a integralidade do último, suas necessidades concretas e a resolução destas. Em sua visão, vínculo não se resume a boa interação mas se associa ao atendimento integral que cabe à ESF. O vínculo é visto como fundamental neste espaço e à configuração da longitudinalidade do cuidado. Quando a equipe e população mantêm relações próximas e contatos continuados, no interior do serviço e fora dele, o vínculo se efetiva mais facilmente e propicia a identificação das necessidades e respostas mais apropriadas a elas.

Essas compreensões encontradas, que

além de técnicas também são político-éticas, são coerentes com outro modo de pensar as relações com o usuário projetado para a ESF, e representam um importante potencial transformador da prática assistencial realizada, a ser valorizado. A ESF precisa investir no desenvolvimento de vínculo usuário-profissional, pois este propicia o cuidado longitudinal, oportunizando o acompanhamento dos indivíduos e das famílias nos diferentes momentos da vida, por meio de ações individuais e coletivas contínuas.

Desse modo, o conhecimento produzido pela pesquisa permite identificar a importância do preparo da equipe local de saúde à efetivação do vínculo e pode fundamentar investimentos em uma compreensão ampliada deste, em sua relação com as interações, a atenção integral e o cuidado longitudinal, contribuindo à efetivação de princípios da ESF.

Uma possível limitação do estudo deve-se à necessidade de explicitar previamente aos enfermeiros o sentido do termo longitudinalidade do cuidado, para que então eles pudessem discorrer sobre como entendiam sua relação com a idéia de vínculo. Porém, acredita-se que este fato não interferiu nos resultados encontrados.

Como recomendações do estudo, tem-se que pesquisas futuras devem voltar-se ao estudo das compreensões sobre vínculo e longitudinalidade dos demais membros da equipe de saúde da ESF e, ainda, dos modos como estas se efetivam na prática cotidiana de equipes e enfermeiros dos serviços locais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004; 19: 303-17.
4. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro *Cien Saude Colet*. 2011; 16 Suppl 1029-42.
5. Cunha E. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2009. [tese Doutorado]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. 169 p.
6. Martins PG. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. [dissertação]. [Ribeirão Preto/SP]: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2006. 151 p.
7. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paul enferm*. 2010; 23 (1): 131-35.
8. Rocha CN, Costa RI, Silva LF, Macedo MAR, Melo FAV. Cuidado crítico y creativo: contribuciones de la educación de Paulo Freire para la enfermería. *Cienc enferm*. 2009; XV (2): 35-40.
9. Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. En: Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família; 2000 nov. 9-11; São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000: 1-11.
10. Maya MAS, Costa AMC. Un sobrevuelo

- por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av Enferm.* 2008; 26 (2): 107-15.
11. Souza MG, Mandu ENT. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. *Ciência, Saúde e Cuidado.* 2010; 9 (4): prelo.
  12. Bardin L. Análise de conteúdo. *Revista e Atualizada.* Lisboa-Portugal: Edições 70; 2008.
  13. Monteiro MM, Figueiredo UP, Machado MFA. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43 (2): 358-64.
  14. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cien Saude Colet.* 2009; 14 Suppl.1: 1523-31.
  15. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. En: Pinheiro R, Mattos RA (editores). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO; 2001. p.113-26.
  16. Machado FAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet.* 2007; 12 (2): 335-42.
  17. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62 (4): 524-9.
  18. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. *Rev enferm. UERJ.* 2009; 17 (2): 252-6.
  19. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60 (6): 659-64.
  20. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62 (1): 113-8.
  21. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003; 38 (3):831-65.