

Pontifícia Universidade Católica De São Paulo / PUC-SP
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Curso de Fonoaudiologia

ESTUDO SOBRE O VÍNCULO DO PROFISSIONAL/USUÁRIO
NAS PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS DE ESTAGIÁRIOS
DA PUC-SP JUNTO A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALLYNE RIBEIRO

São Paulo

2009

ALLYNE RIBEIRO

ESTUDO SOBRE O VÍNCULO DO PROFISSIONAL/USUÁRIO
NAS PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS DE ESTAGIÁRIOS
DA PUC-SP JUNTO A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia, apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia pela Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/ PUC-SP, orientado pela Profª Dra. Maria Cecília Bonini Trenché.

São Paulo, 2009

Banca Examinadora

Maria Cecília Bonini Trenche

Orientadora

Vera Lúcia Ferreira Mendes

Parecerista

***Aos meus verdadeiros heróis,
meus pais.***

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, pela vida e pela oportunidade de vivê-la de forma intensa e saboreando tudo aquilo que me é possível.

Agradeço à minha família que é meu alicerce e meu refúgio. Ao grande homem, Adinae, meu pai, que me ensinou a confiar nos meus sonhos e que me esperou inúmeras noites chegar da faculdade e, com paciência, ouviu meu discurso entusiasmado com as novidades. À mulher mais linda do mundo, Zoraide, minha mãe, que segurou na minha mão para que eu desse os primeiros passos e o faz até hoje. Sei o quanto o caminho foi árduo e sei o quanto é gratificante poder escrever nessas linhas que vencemos e o quanto os quero bem! Essa conquista também é de vocês!

À minha irmã, Natty, pessoa admirável e companheira de sempre. Muito obrigada pelo apoio na minha trajetória e nos momentos de dúvidas. Obrigada por ter suportado minha total bagunça no escritório que tanto te irrita!

Ao Rodrigo Prado, meu amor e meu amigo. Obrigada pela presença, conversas, sorrisos e pelo amor que nunca falta! Por tudo que você carinhosamente transformou na minha vida, com seu jeito lindo de ser! Pela tua vibração a cada conquista minha, a cada linha dos meus projetos escrita e a cada linha do nosso projeto sonhada! Amo-te, muito! Obrigada!

Aos meus grandes amigos de todos os momentos em especial ao Ale, Natan, André, que compreenderam minhas faltas e que jamais deixaram à peteca cair! Vocês são luz na minha vida! Obrigada!

A minha orientadora, Maria Cecília Bonini Trenche, que teve paciência e topou curtir comigo minhas viagens pelos projetos e planos. Foi um desafio delicioso! Fico muito feliz por dizer que este produto final é nosso! Muito obrigada pela sua dedicação a ensinar, corrigir e ouvir!

Agradeço também à Vera Lucia Ferreira Mendes, minha orientadora de Iniciação Científica e parecerista deste trabalho, por quem tenho extrema

admiração. Obrigada por acreditar em mim e por me ensinar durante esses quatro anos de graduação que somos tudo aquilo que podemos ser (e que quando queremos, haja potência!). Obrigada também pela oportunidade de participar das aulas maravilhosas no Aprimoramento de Saúde Coletiva, do nosso querido Laboratório de Saúde Coletiva e pela intensidade prazerosa que tens de dividir seu conhecimento, muito obrigada, mesmo!

Obrigada a todos os demais professores que compõem o corpo colegiado deste curso.

Gostaria de agradecer a todos os meus colegas de classe, que participaram da construção deste e de outros trabalhos que fiz, em especial aos colegas que compartilharam comigo nesses quatro anos uma amizade bonita e intensa! Ninguém passou por aqui ileso de emoções e de afetos e por isso não posso deixar, especialmente, de citar pessoas muito queridas como Luana (xulina, amo-te!), Vinicius, Célia, Angélica e Mariana. Obrigada pelo carinho de vocês! Vocês me caem muito bem!

Obrigada os queridos da equipe 3 da UBS Vila Espanhola! Vocês foram grandes professores para mim! A experiência que tive com vocês foi incrível! Com vocês aprendi a trabalhar em equipe e a acreditar num SUS que dá certo! Obrigada pelo acolhimento! Obrigada aos meus queridos pacientes! Jamais esquecerei e serei eternamente grata por me considerar “a fonoaudióloga da equipe 3!”

Obrigada ao Seu Alcir e a Dona Clélia, pelos almoços e bate-papos de quinta! Também aos meus avós postiços, Ivo e Salete, que são presença alegre na minha vida!

Ao querido Donizete, por me ajudar a cozinhar o caos e a conceituar o que estava sem sentido!

A todos os corpos que vibraram consonantes ao meu, em encontros bombardeados de afetos e potências! E ao verão que enfim se aproxima!

Sumário

Resumo.....	8
Introdução	11
Capítulo 1: O PSF e a Fonoaudiologia.....	15
Capítulo 2: O Papel do Agente Comunitário da Saúde na formação de vínculo	20
Capítulo 3: Vínculo no PSF: Tecnologias de saúde	24
Capítulo 4: Metodologia de Pesquisa.....	28
Capítulo 5: Discussão e Resultados	31
Capítulo 6: Conclusão	42
Capítulo 7: Referências Bibliográficas.....	44
ANEXO I.....	46

Resumo

A proposta do PSF tem como objetivo principal reorganizar a atenção básica e responder às ações de prevenção, promoção, reabilitação, controle, monitoramento dos principais agravos de saúde de uma dada comunidade, como também, às demandas singulares de sujeitos sociais.

A atuação da Fonoaudiologia na rede pública de saúde vem sendo gradativamente construída, e junto ao PSF ela desencadeou mudanças profundas no modo de organização dos processos de trabalhos, no foco da atenção, na análise da demanda e nos enquadres clínicos.

Esta pesquisa estuda um ponto específico do projeto terapêutico, que é o processo de construção de vínculo, como uma tecnologia leve de produção de saúde na atenção básica na perspectiva da atuação de estudantes de fonoaudiologia da PUC-SP.

Problematizando esta questão, buscou-se aprofundar o jogo de relações que se dão no PSF para se construir o vínculo, por meio da análise de entrevistas realizadas com 14 alunos da Faculdade de Ciência Humanas e da Saúde, do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, graduandos do 8º período.

O material coletado permitiu delinear não só o perfil destes estudantes e de suas experiências, mas propor uma discussão sobre os processos de vinculação realizados no estágio obrigatório, realizado no 7º e 8º período

Observamos que o vínculo pode ser usado como uma tecnologia de trabalho em saúde que pode auxiliar o profissional na construção de laços com a comunidade e que devem resultar em ações singulares e contextuais a uma determinada realidade territorial.

Palavras chave: Fonoaudiologia; Vínculo; Programa de Saúde da Família

Abstract

The propose of Family Health Program (PSF) has the mean goal reorganize the basic attention and answer the prevention actions, promotion, rehabilitation, control and monitoring of the means health problems of one community such the singulars demands of social people.

The situation of speech therapy in public health web has been gradually built and together with PSF, triggered deep changes in the way of organization of work processes on the focus of attention in the analysis of demand and the clinical settings.

This research studies a specific point in the therapeutic project, which is the process of building a relationship as a soft technology of health production on the basic attention in connection with the performance of students in speech therapy at PUC-SP.

Discussing this question, the research look to study the relations on the PSF to build the link through an analysis of interviews with fourteen speech therapy students at PUC-SP, graduates of the 8th period.

The collected material not only sharpened the profile of these students and their experiences, but propose a discussion about the vinculation processes realized in compulsory training on the 7th and 8th period.

Taking this study as a basis we concluded that the link can be used as a technology of work in health that could help the professional on building links with the community and should result in single and contextual actions to a specific territorial reality.

Keywords: Speech Therapy; Link; Family Health Program

“O corpo humano pode ser afetado por muitas maneiras que crescem ou diminuem seu poder de agir e também por muitas outras que não tornam seu poder de agir nem maior, nem menor”.

SPINOZA(1965)¹

¹ SPINOZA, B. *Ética*. Tradução de Lívio Xavier. Rio de Janeiro : Tecnoprint, 1965. 139 p.

ESTUDO SOBRE O VÍNCULO DO PROFISSIONAL/USUÁRIO NAS PRÁTICAS FONOAUDIOLÓGICAS DE ESTAGIÁRIOS DA PUC-SP JUNTO A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Allyne Ribeiro

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasce como estratégia de superação de um modelo de assistência à saúde, focado nos atendimentos médicos, sob a visão biologicista do processo saúde doença e voltado prioritariamente para as ações curativas realizadas em serviços de natureza hospitalar. Responsável pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde, pela ineficácia ao atendimento das necessidades de saúde da população, pela qualidade insatisfatória dos serviços e, também, pela ausência de integralidade das ações, esse modelo vem sendo substituído por uma outra lógica que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde.

Inserido na atenção básica, primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, o PSF substituiu as práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho centrado na vigilância à saúde, cuja atenção está voltada para a família, vista a partir de seu ambiente físico e social. As equipes que compõem o PSF trabalham com território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita à área.

O modelo assistencial que inspirou a estratégia de saúde da família tem por diretrizes o acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (Franco & Merhy, 2004). O acolhimento está relacionado à escuta qualificada e a busca de maior resolutividade dos serviços. O vínculo é um dispositivo que possibilita ao usuário o estabelecimento de referências e de responsabilização no processo de produção do cuidado. Autonomização significa a progressiva autonomia do usuário

para viver a vida cuidando de sua saúde. O acolhimento, o vínculo e a responsabilização constituem-se como tecnologias leves de intervenção produtora do cuidado e da cura em saúde e demandam postura centrada no usuário.

Estas novas proposições da Saúde da Família exigem profissionais capacitados, não só para executar funções assistências clássicas, mas também capaz de construir um processo de trabalho que responda ao mesmo tempo às ações de prevenção, promoção, reabilitação, controle, monitoramento dos principais agravos de saúde de uma dada comunidade, como também, às demandas singulares de sujeitos sociais.

Dessa forma, esta pesquisa estuda um ponto específico do projeto terapêutico, que é o processo de construção de vínculo, como uma tecnologia leve de produção de saúde na atenção básica na perspectiva da atuação de estudantes de fonoaudiologia no PSF. Tem como objetivo principal realizar um estudo exploratório com vistas a discutir as experiências de construção de vínculo, desenvolvida por fonoaudiólogos em formação com base no trabalho em equipe e em outras atuações dentro da Estratégia de Saúde da Família, como as visitas domiciliares, grupos de acompanhamento, entre outros.

A pesquisa busca mais especificamente problematizar a questão do vínculo no trabalho fonoaudiológico, em casos onde a demanda não se dá necessariamente de forma espontânea, mas é atravessada por outros profissionais que compõem a equipe, sendo necessário usufruir da criatividade e do dinamismo da democracia para se construir projetos terapêuticos que permitam ao usuário maior fluência no sistema e maior eficácia no seu resultado.

Embora muitas vezes assuma papel de referência nos casos, assumindo no exercício da prática clínica e produzindo cuidados resolutivos que favoreçam a construção do vínculo, para o fonoaudiólogo que atua junto ao PSF, esse processo implica trabalho de e com a equipe (acordo e empenho dos profissionais com a qualidade da atenção e do cuidado), sobretudo com o agente comunitário . Pequenos detalhes do cotidiano de projetos terapêuticos pautados na co-responsabilidade e na construção de vínculos podem se transformar em tecnologias produtoras de saúde.

A pesquisa tem por sujeitos os estudantes do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, que vem há duas décadas desenvolvem estágio obrigatório por meio de parceria com serviços da rede de saúde pública da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Acompanhando as atuais políticas nacionais de saúde e de educação, que apontam para a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional e têm estimulado e apoiado iniciativas pautadas preparação profissional para atuação no campo da atenção básica (Pró-saúde, PET saúde), o curso tem buscado possibilitar aos estudantes conhecer a realidade de saúde da população atendida pelo PSF, em sua complexidade, o funcionamento e as necessidades do serviço a fim de que estes, como futuros profissionais, possam estabelecer relação mais humanizada e responsável com as necessidades de saúde da população.

Desse modo para a problematização do tema na pesquisa foram entrevistados estudantes do curso do 8º período que atuam em unidades de saúde com PSF implantado.

Capítulo 1: O PSF e a Fonoaudiologia

A atuação da Fonoaudiologia na rede pública de saúde vem sendo gradativamente efetuada com os avanços na implementação de políticas voltadas ao Sistema Único de Saúde. A atuação do fonoaudiólogo junto aos Programas de Saúde da Família desencadeou mudanças profundas no modo de organização dos processos de trabalhos, no foco da atenção, na análise da demanda e nos enquadres clínicos.

Segundo PINHEIROS (2005)

A estratégia da Saúde da Família é a principal proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, sendo apoiada político, institucional e economicamente pelo Estado, como alternativa de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. (2005, p.287)

Inaugura-se dessa forma, de modo sistemático, a possibilidade de um mapeamento populacional de sua base territorial, com a busca ativa da demanda, ampliando o conhecimento das condições de vida e de saúde de pessoas e de grupos sociais de alto risco, priorizando *as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua*. (Brasil, 1994, p.10-1)

As transformações produzidas por esse modelo assistencial produzem profundas mudanças no trabalho do fonoaudiólogo, independentemente se seu objetivo visa promoção ou mesmo a reabilitação. O trabalho na atenção básica pressupõe formas diferentes de vinculação do profissional com a população e da população com o sistema, tornando os usuários potentes para circular com certa autonomia e responsabilidade na rede de cuidados que para ele foi proposta, uma vez que para cada sujeito singular a equipe propõe um projeto terapêutico singular.

Sendo assim, novas formas e tecnologias de cuidar são criadas a todo o momento, seja na própria UBS (nas consultas, grupos e outros) como no próprio território, onde muitas vezes os usuários se encontram com profissionais da

unidade, ou mesmo nas casas dos pacientes, onde os ACS fazem as visitas domiciliares com ou sem os demais profissionais da equipe.

No modelo de atenção à saúde, implantado na cidade de São Paulo em 1998, se planeja a construção de estratégias de cuidado à saúde e de resolução dos processos de adoecimento humano. Nisso está à *idéia de que toda ação em saúde deve estar pautada no princípio da participação de pacientes e seus cuidadores/familiares na definição dos horizontes terapêuticos* (como citar a IC?).

A 4ª. edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no terceiro item refere aos fundamentos da Atenção Básica que tem como fundamento *desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado* (Brasil 2007, p.13).

Mas como se dá o vínculo neste modelo? Como compreender o vínculo nas estratégias implementadas nos modelos assistenciais preconizados nas políticas de construção do SUS, mas especificamente na atenção básica? E ainda mais desafiador: como lidar com uma clínica em que, muitas vezes, a demanda não é espontânea, mas identificada pela busca ativa dos serviços, tendo inclusive a necessidade de sensibilizar esta família/usuário da necessidade dos processos de cuidado?

De acordo com o relatório da 10ª CNS, o vínculo é visto como *a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da Unidade ou Serviço de Saúde na solução dos problemas de saúde de sua região, através de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle pelo Usuário no momento de sua execução, definindo as responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento, nas situações de rotina ou imprevistas*.

No PSF, por exemplo, o vínculo que se dá entre o par sempre inédito PACIENTE/TERAPEUTA está atravessado pelos outros integrantes da equipe, (ACS, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem) e por outras pessoas que fazem parte do conjunto de personagens que atuam nos processos de saúde/doença dos usuários do sistema e desta forma *o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de*

saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde (SCHIMITH & LIMA, 2004).

Esta questão nos alerta para o fato de que o trabalho em equipe pode ser, quando executado de forma eficiente, um dos grandes dispositivos de trabalho para superar dificuldades nas melhorias no Sistema Único de Saúde. Segundo PINHEIRO (2005):

O maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. (2005, p.298)

Ainda que recente, em função das políticas públicas vigentes, a inserção de fonoaudiólogos na atenção básica vem ocorrendo de forma gradativa, seja como integrante da equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos Núcleos Integrados de Reabilitação e Saúde Auditiva (NIR e NISA), como profissional contratado da unidade via parceiro ou via prefeitura, ou até instalado em outros equipamentos de saúde que compõem com as UBS, como Centros de Convivência e Cooperativa (Ceccos), Centros de Apoio Psico-Sociais (Caps), entre outros.

Portanto, apesar de pouco acúmulo de experiência neste campo, já é possível ter uma pequena amostragem que nos possibilite fazer um ensaio de como está sendo a inserção dos profissionais da área da fonoaudiologia neste modelo de clínica que nos é tão novo e desta forma possamos ampliar possibilidades de se pensar cada vez mais no PSF como um campo possível de atuação e inserção da Fonoaudiologia.

Embora muitas dessas experiências sejam ainda bastante recentes, estes profissionais que vêm atuando na atenção básica têm de alguma forma se deparado com questões relacionadas à necessidade de construir outras bases de vinculação que não sejam estritamente o vínculo estabelecido no atendimento da demanda espontânea feito pela população ao especialista. Como têm sido pensadas e concretizadas estas novas formas de vinculação? Quais são os desafios a serem vencidos?

A idéia inicial foi realizar esta discussão a partir da reflexão de fonoaudiólogos que atuam na rede pública de saúde, no entanto, dada as dificuldades de autorização para a pesquisa, foram ouvidos estudantes do oitavo período do Curso de Fonoaudiologia da PUCSP, que estagiam em Unidades Básicas de Saúde com a finalidade de investigar tais processos de vinculação com a comunidade e também com as equipes.

Capítulo 2: O Papel do Agente Comunitário da Saúde na formação de vínculo

A composição das equipes de PSF se dá normalmente da seguinte forma: um médico de família, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários, a partir de 2000 passou a fazer parte da equipe de PSF a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2008).

Esses profissionais buscam junto com outros profissionais disponíveis na rede, entre eles o fonoaudiólogo, traçar um planejamento terapêutico que vise a melhoria da qualidade de vida e a resolução dos processos de adoecimento humano, seja esse adoecimento pertencente da esfera orgânica, psíquica ou social.

Para tanto, esses profissionais vivem diariamente o desafio de conviver de forma democrática para *desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento* (SILVA & TRAD 2004, p.26)

Esta especificidade do programa garante aos profissionais o cumprimento da estratégia. Por meio deste trabalho orientam a *organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do Sistema Único de Saúde – SUS* (BRASIL, 2008, p.11).

É neste sentido que o ACS (Agente Comunitário de Saúde)² tem uma função fundamental e insubstituível. Os agentes comunitários são de suma importância para o desenvolvimento dos planejamentos terapêuticos dos pacientes. São eles que mapeiam o território e notificam em suas equipes o que é de fato uma necessidade da comunidade, para que desta forma se montem os grupos e os projetos terapêuticos que cabem para esta realidade particular.

² O programa de ACS, o PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde), foi consolidado no SUS pela Portaria nº 1.886/1997.

Este laço estreito com a comunidade se dá, pois, segundo a portaria, que define normas e requisitos, o ACS deve *ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades*. (Portaria nº 1886/GM).

PINHEIRO & GOMES (2005) afirmam que ter o ACS como *promotor do elo, portanto, de vínculo entre o PSF e a comunidade, justamente por ser morador do mesmo local das famílias, fazendo parte de uma rede de relações, com atributos de solidariedade e liderança e conhecimento da realidade social*, nos permite entender as relações de vínculos que são possíveis em cada um dos territórios.

A possibilidade de conhecer e mapear o território permite aos ACS conhecer as demandas dos pacientes de sua micro-área. Desta forma é ele quem comumente detecta e encaminha a demanda para o fonoaudiólogo. Demanda esta que, algumas vezes, pode ser dos próprios pacientes, de seus responsáveis ou, então, ou pode ser captada pela sensibilidade desse profissional ou dos demais profissionais da equipe. O fato é que essa demanda será no PSF analisada com o objetivo de uma tomada de decisão sobre a conduta a ser tomada, isto é de definição de uma linha de cuidado.

Quando a decisão é o encaminhamento para o fonoaudiólogo o ACS, participante dos projetos terapêuticos dos pacientes de sua micro-área de abrangência, é quem estará o tempo todo como a ponte entre a família e a UBS, fornecendo informações que são muito caras à equipe e no caso, ao fonoaudiólogo que à compõe.

A formação de vínculo não é um acontecimento imediato, ocorre por meio de interações sucessivas. Quanto mais forte o vínculo melhor é a resposta às necessidades da população, maior é a possibilidade dessa população aderir e se vincular ao sistema, maior a possibilidade do sucesso terapêutico.

Entretanto, a adesão ao processo terapêutico, mesmo sendo atravessado pelo ACS, que, muitas vezes, é o elo de ligação e intermediação entre terapeuta e paciente, depende do desejos e dos afetos dos pacientes implicados neste processo de vinculação. Portanto, é necessário que se tenha neste momento uma expertise

de, enquanto profissionais e terapeutas, qualificar e potencializar estas relações que circulam nessas cenas, para que sejam sempre revertidas em instrumentos positivos no processo.

Capítulo 3: Vínculo no PSF: Tecnologias de saúde

No princípio deste capítulo, ocorreu o desejo de se dizer sobre “novas tecnologias de saúde”, porém coube a seguinte reflexão: seria o vínculo uma nova tecnologia? Ou seria o vínculo uma tecnologia do fazer em saúde que sempre esteve presente nos modelos assistenciais de saúde, principalmente no que no diz respeito nesta pesquisa, ou seja, as relações que se dão no PSF?

No capítulo anterior vimos à importância de que laços se estreitem entre terapeuta e usuário para que seja possível um planejamento terapêutico baseado na co-responsabilidade e na autonomia do sujeito no serviço de saúde. Vimos também que no caso do PSF existe uma figura que é completamente viva e pulsante nas relações que se dão entre o usuário e os técnicos, que é o ACS.

Na página virtual do Ministério da Saúde, referente à Política nacional de Humanização – Humaniza SUS –, encontra-se a seguinte definição de vínculo:

Na rede psicossocial (conf. Rede Psicossocial), compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro: este "ficar em frente um do outro", um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um - o usuário - busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro - um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo, cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Por este motivo, vemos o quanto à clínica³, que está proposta nesta idéia depende a apreensão e da percepção dos fluxos de afetos que se dão neste processo de ata, que é o vínculo. Diz a Cartilha Humaniza SUS:

É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. Nesse processo, a equipe de referência é muito importante, porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que, dentro da própria equipe estas transferências também acontecem.

É neste princípio que está pautado a clínica da co-responsabilidade na qual todos os membros que estão envolvidos neste laço, são de alguma forma co-responsável pelo projeto terapêutico absolutamente singular traçado para cada situação igualmente singular e, portanto, cada mobilização que se tenha como resultado à diminuição ou aumento deste vínculo, afeta esta rede como um todo e assim:

... criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e e nem impessoal. (Merhy, 1994, p.138)

Portanto, aqui nos é muito caro pensar na ação co-responsável em saúde á partir do (1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; (2) o reconhecimento de cada um como insuficiente; (3) o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é

³ Para ler mais sobre Clínica Ampliada ver Cartilhas HumanizaSUS, disponíveis no site do Ministério: <http://www.saude.gov.br/humanizaSUS> . Ver também CAMPOS(2003);CUNHA(2005).

homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. (TEIXEIRA, 2005)

Vale-se pensar que o vínculo por si só não garante a eficácia do projeto terapêutico, mas garante a possibilidade de colocá-lo em prática, uma vez que sem ele isso não é possível. Podemos dizer que o vínculo é uma tecnologia de trabalho e de produção de saúde. Ele permite aos profissionais permear nas realidades territoriais para que a partir de um diagnóstico deste mesmo território possa ser co-planejada uma ação de intervenção local.

Esta intervenção e o horizonte terapêutico não serão planejados perante aquilo que é igual, mas à luz daquilo que nos é diferente. Ou seja, pressupondo que é aquilo que não é nosografado – a doença em si - e sim observado a partir dos afetos que se estabelecem - o diferente -, é nesta diferença que se dá o que há de singular em cada sujeito. Portanto, é planejando sob as singularidades que *abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.* (BRASIL, 2004).

Ayres (2004) diz:

É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática(...) (p.26)

Tudo isso diz respeito à instituições de saúde, como o PFS exigem certa *flexibilidade e dinamismo da técnica* bem como da sua produção e aprimoramento com a finalidade de que se crie condições éticas de efetivação, eficácia e eficiência no serviço em saúde.

Capítulo 4: Metodologia de Pesquisa

Do ponto de vista teórico, esta pesquisa se fundamenta nos pressupostos desenvolvidos no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente de autores que discutem as tecnologias leves e duras em trabalho com saúde (PINHEIROS, R; CAMPOS, W; TEIXEIRA, R; AYRES, R; COSTA, R), no objetivo de aprofundar o conceito de vínculo por estes autores, além do aprofundamento necessário para a descrição do PSF, suas diretrizes e características.

A partir deste levantamento, foi construído um roteiro (ANEXO I) de entrevista semi dirigido que conduziu as entrevistas realizadas com estagiários, graduandos do 8º período do curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Estes estudantes atuam na atenção básica, mais especificamente em UBS cujo modelo adotado é o da Estratégia de Saúde da Família na Zona Norte e Leste da cidade de São Paulo, onde o curso desenvolve grande parte de seus estágios e de suas pesquisas, principalmente na subprefeitura Freguesia do Ó/Brasilândia por conta do projeto Pró-Saúde.

Para a realização das entrevistas, foram enviados convites para os estudantes informando sobre a pesquisa e solicitando a participação.

As entrevistas foram gravadas e analisadas a partir de seus conteúdos, mediante autorização dos entrevistados que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As partes que cabiam no corpo de texto foram transcritas. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética, processo no. 184/2009 e recebeu parecer de aprovação para coleta de dados no dia 31 de agosto de 2009.

O tipo de entrevista selecionado como metodologia desta pesquisa foi a não diretiva de caráter exploratório que, segundo MICHELAT (1982), constitui-se de um diálogo conduzido por um roteiro pré-estabelecido norteador da entrevista para que dela se retire as informações que são caras ao pesquisador. Este tipo de entrevista proporciona ao entrevistado a possibilidade de uma reflexão ampla, porém sempre norteadada pelo mesmo tema, neste caso a construção de vínculo em trabalho realizado por estudantes de fonoaudiologia junto ao PSF.

O fechamento foi baseado no cruzamento do levantamento bibliográfico e dos dados obtidos nas entrevistas. A análise das entrevistas será feita a partir de categorias que criaremos após terminá-las. Elas nos direcionarão aos discursos comuns entre os alunos, ou seja, serão as próprias entrevistas que nos direcionaram ao que seja mais caro de ser filtrado e destacado. Estas categorias nos possibilitarão a tabulação dos dados que comporão a discussão.

Ao final da entrevistas foi solicitado a cada entrevistado (a) que definisse a palavra vínculo.

Capítulo 5: Discussão e Resultados

Foram realizadas entrevistas com 14 alunos da Faculdade de Ciência Humanas e da Saúde, do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, graduandos do 8º período. Nestas entrevistas buscou-se delinear perfil destes estudantes para contextualizar a discussão sobre os processos de vinculação construídos a partir da experiência no estágio obrigatório, realizado no 7º e 8º período.

Todos entrevistados relataram dificuldades iniciais em administrar a entrada dos pacientes e suas demandas, nos serviços fonoaudiológicos prestados pelo estágio à comunidade, uma vez que, anteriormente, esses alunos realizaram estágio obrigatório em uma Clínica-escola, cuja recepção e organização de trabalho atendia a outra lógica, pois esta instituição está inserida no nível de atenção especializada. Na Atenção Básica, em UBS cujo modelo adotado é o PSF, os pacientes chegam por intermédio das equipes, principalmente pelos ACS ou por encaminhamentos outros e, muitas vezes, é necessário construir a demanda com as famílias. Este dado mostra a necessidade do estudante ter um conhecimento prévio sobre o que é o PSF e quais são suas propostas, conhecimento este, que é fornecido no curso em atividades monitoradas e, também, na disciplina teórica de Fonoaudiologia e Saúde Pública.

Para 79% dos estudantes participantes da pesquisa o contato com o PSF ocorreu na universidade, primeiramente por meio das aulas de saúde pública e posteriormente nos estágios práticos no serviço de saúde, o que segundo eles *ameniza e prepara para alguns impactos do estágio* (estagiário 2). Como podemos ver nos gráficos, 36% desses estagiários são usuários do SUS e 21% moram em regiões em que a estratégia foi implantada, portanto tinham conhecimento prévio do programa.

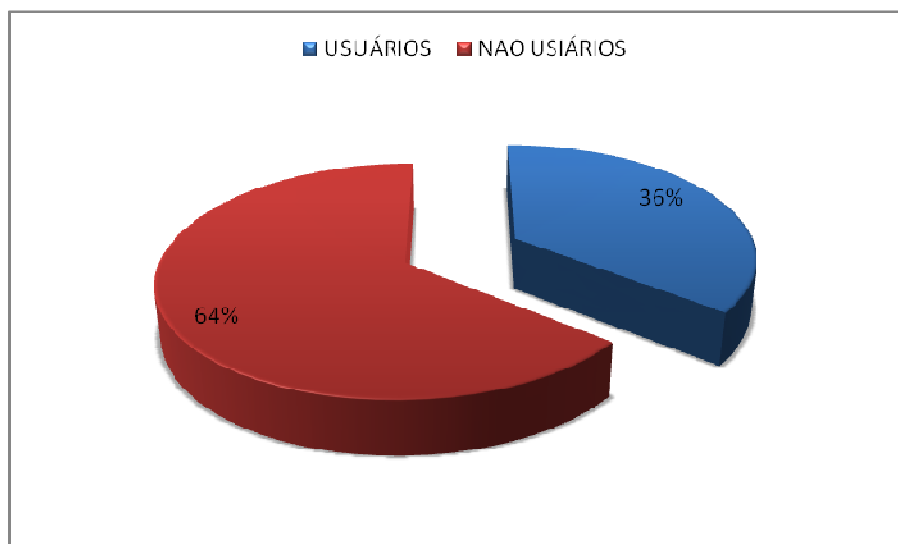


GRÁFICO 1 – Relação do total de alunos entrevistados e o número de usuários do SUS.



Gráfico 2 – relação do total de entrevistados que moram ou não moram em território de abrangência do PSF

Segundo um dos estagiários que compõe o grupo de alunos entrevistados que moram em território de abrangência do PSF, estar agora não no lugar do usuário, mas, sim, compondo uma equipe, faz compreender alguns entraves e dificuldades que como usuária jamais tinha se atentado, como certas demoras, certos encaminhamentos e as visitas mensais ou muitas vezes semanais que recebia.

Conhecer também o território, a comunidade, as equipes, os demais funcionários, os dados epidemiológicos que delineiam tal população, proporcionam ao estagiário a maior possibilidade de estar em contato ativo com a estratégia e conhecê-la de forma prática buscando desta forma reconhecer quais são de fato as necessidades reais da população e entender mais profundamente os mecanismos do programa. Segundo Pinheiro e Gomes (2005)

A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Foi constatado que 86% dos estagiários consideraram suas experiências de estágio boas, por serem produtivas e altamente relevantes para sua formação acadêmica e profissional, conforme podemos ver no gráfico abaixo:

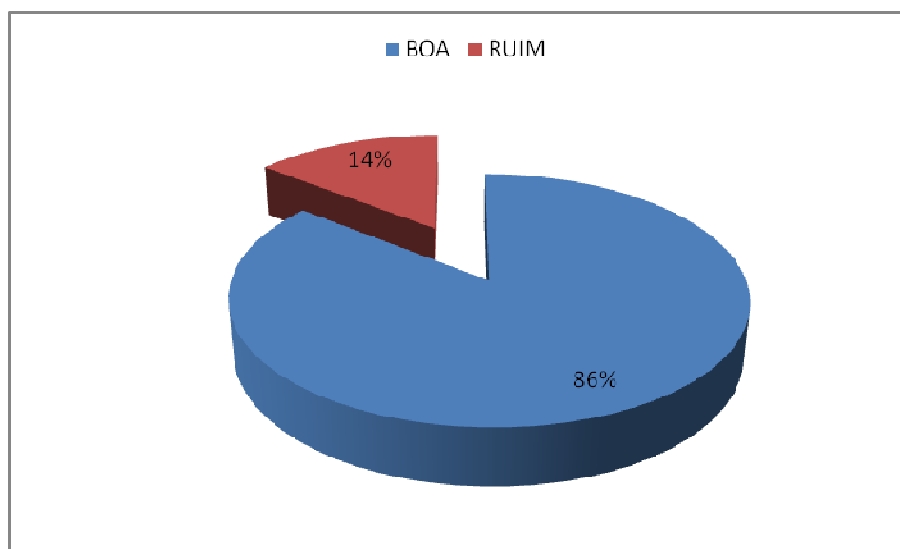


GRÁFICO 4 – Relação dos alunos que consideraram suas experiências boas ou ruins.

Os 14% que não consideraram suas experiências positivas atribuíram problemas às características pessoais deles ou das equipes, dentre elas: dificuldade de trabalhar em equipe, de entender o mecanismo da estratégia, de se relacionar com os gestores, de trabalhar com grande número e diversificação de demanda. Vale dizer, que alguns dos estagiários que consideraram a experiência positiva,

mencionaram também algumas dificuldades que, no entanto não foram impeditivas para a concretização da proposta.

Dos 14 estagiários entrevistados, 13 deles relataram que os mecanismos de formação vínculos foram importantes para a adesão dos pacientes ao tratamento e também à UBS. Segundo um dos alunos, o vínculo ocorre em uma cadeia de acontecimentos:

“é como uma sucessão de vínculos, começando com o ACS, depois com a equipe toda na reunião, depois comigo na sala de terapia, depois volta pra reunião, volta pro ACS (...), ela é coletiva, tem que ser com todo mundo” Estagiário 1

Desta forma, fica claro na fala do estagiário, que se o trabalho é pressuposto em equipe, assim, também, deve ser a formação do vínculo. Fica explicito que, os laços de vinculação com os pacientes, com a comunidade e com as equipes são mais que facilitadores no processo terapêutico, constituem-se em tecnologia no serviço em saúde.

Para esta formação de vínculo, na fala dos estagiários, está sempre presente um personagem que compõe a equipe, que é o ACS. Em relação a eles, relatam que é fundamental manter um processo de interação contínua, pois eles funcionam como mediadores das demandas de saúde da comunidade e, na maioria das vezes, são colaboradores no processo de formação de vínculo entre o paciente/profissional de saúde. Alguns dos estagiários relatam de forma bastante coerente que:

“o ACS molda o caso, a maneira como ele relata o caso e o número de casos que te passa de acordo com o vínculo que os terapeutas fazem com eles e com as equipes em geral. Ele precisa confiar em nós, no nosso trabalho. Quando o vínculo com ele é bom, o vínculo com a comunidade é mais fácil, parece que a coisa flui mais”. Estagiário 3

“nas visitas domiciliares, o agente comunitário acaba quase sempre assistindo a terapia e depois ele acaba discutindo coisas que você não vê, perguntando e interrogando coisas que

facilitam nossa compreensão do caso, eu acabo vendo o agente muitas vezes no papel de um co-terapeuta, ou de um supervisor, o que é muito bacana.” Aluna 7

No discurso de um dos entrevistados há diferença entre o sentimento de amizade e de vínculo. Neste sentido, vínculo é algo que vai além da capacidade de fazer amizades e trocar favores com a equipe e com a comunidade. Vínculo é uma tecnologia que permite que as pessoas possam compor, trocar saberes, elaborar juntos o processo de construção de projetos terapêuticos, planos de trabalho e de intervenção e ações de promoção à saúde na comunidade. Isto é, a partir daquilo que um sujeito é capaz de fazer para afetar o outro, estes se compõem, a fim de um plano em comum ou ainda mais, com a finalidade de que algo, que não está como desejado, seja modificado.

Neste contexto nos cabe trazer para essa discussão uma importante reflexão que Teixeira (2005) faz sobre humanização. O autor busca na filosofia, principalmente em Espinosa, conceitos e argumentos plausíveis que forneçam subsídios para se pensar a questão da humanização e do acolhimento. Para isso ele propõe, assim como seus autores de referência, uma nova forma de se pensar o homem, considerando sua potência. E afirma *que todo homem tem uma determinada potência singular, cuja intensidade de sua força pode aumentar ou diminuir a depender das demais potências singulares com as quais se relaciona*. No encontro de dois corpos, no caso, entre duas pessoas, faz com que um seja afetado do outro e estes e que este jogo de forças (potências singulares) seja efetuado.

No serviço de saúde este relacionamento de afetos se dá no *encontro* entre profissional (is)/usuário. Podemos dizer que neste momento de *acolhimento* é que se inicia o processo de vínculo. Teixeira *op.cit* chama este acolhimento de *acolhimento dialogado* e o categoriza como uma *técnica de conversa* onde se pretende buscar (1) a resolubilidade de um problema apresentado pelo paciente, (2) a construção de um grau de confiança entre a dupla, já que, *no trabalho em saúde não se pode falar de uma relação verdadeiramente terapêutica sem que haja uma relação de confiança* e (3) o estabelecimento de vínculo, por meio de um esforço democrático, para que a partir daí possam ser construídos projetos terapêuticos singulares e ativação de redes de cuidados para o paciente.

Neste sentido, um dos estagiários diz:

“eu acho que quando as pessoas falam em vínculo podem pensar de se dar bem ou não com a pessoa, ser amigo ou não do agente comunitário, ser amigo ou não do médico, do enfermeiro, eu não sou amiga de nenhum dos meus enfermeiros, eu componho, eu construo junto... é diferente... eu construo redes eu construo conceitos junto com eles. É diferente de ser amigos e discutir coisas além daquilo que a gente precisa discutir.” Estagiário 3

Outro estagiário relata também a importância do vínculo com o ACS, ao mesmo tempo, levanta uma questão importante, que diz respeito à sobrecarga deste profissional que, também, dedica grande parte de suas horas de trabalho a escutar a comunidade e interpretar essas demandas a partir daquilo que escuta. Ele diz:

“conhecemos primeiro a comunidade pela voz do ACS e temos que ter o cuidado de não termos nossos pacientes rotulados, termos o cuidado de levarmos em consideração tudo que ele nos traz de informação, mesmo porque ele é nossa ponte com a comunidade. Mas é importante na hora de atender olharmos nossos pacientes de forma inédita também, senão fica um rotulo e isso dificulta nosso vínculo com as famílias. Estagiário 4

A estagiária aponta para a dinâmica de um processo que não pode cristalizar-se na percepção de um profissional. O trabalho interdisciplinar é importante e necessário por faz circular as várias percepções sobre o objeto estudado. Sua reflexão sobre “não ficarmos presos à fala dos ACS” reitera o processo coletivo. Propõe agregarmos a esta fala novas formas de ver o sujeito e de se co-responsabilizar pelo cuidado. Sobre isso Schimith e Lima (2004) dizem que:

O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo

com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe.

Segundo os entrevistados, as aulas foram importantes para a formação acadêmica e para ter algum conhecimento prévio da Estratégia, porém a prática se distancia um pouco da teoria quando se tem a oportunidade de mergulhar na realidade desta teoria e nela construir seus próprios mecanismos e agenciamentos para se adequar ao funcionamento da Unidade e das suas propostas.

Lá estamos como profissionais... é difícil no início, é cobrado uma postura de profissional que vamos construindo durante o percurso. Temos que ter respostas, se não temos, temos que ir atrás. Somos responsáveis pelos casos, pelos encaminhamentos, por famílias... se não temos uma resposta, não dá pra pedir cinco minutos pra ir conversar com a supervisora. É ali, na hora. Isso é muito bom pra formação. Sei que vou sair da universidade com uma postura mais séria, mais responsável. Aluna 6

Aqui podemos refletir sobre a importância de durante a formação o estudante estar inserido em ambientes de trabalho que forneçam a ele a experiência de autonomia e de construção de soluções para enfrentamentos cotidianos como: o trabalho em equipe, trabalhos grupais, diferenças sociais, responsabilidades terapêuticas, sociais e éticas. Pupo et al⁴ aponta como um dos eixos da proposta curricular do curso que:

A orientação da formação por tais dimensões implica o imbricamento das atividades pedagógicas, o atravessamento de uma pelas outras, de modo a articular ensino, pesquisa e extensão num cenário de construção de competências e de habilidades profissionais matizado pela interdisciplinaridade e

⁴ **Edição Especial da** Revista Distúrbios da Comunicação (vol.18 – 2006, p16), que apresenta o currículo do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP

pela escuta das problemáticas contemporâneas dos campos social, político/econômico e cultural.

Uma atividade importante no processo de construção de vínculo dos estudantes com a comunidade e com as equipes de saúde é visita domiciliar, processo de busca ativa para o cuidado em saúde. Dos 14 alunos, 64% tiveram a experiência de Atendimento em Visitas Domiciliares, conforme mostra o gráfico.

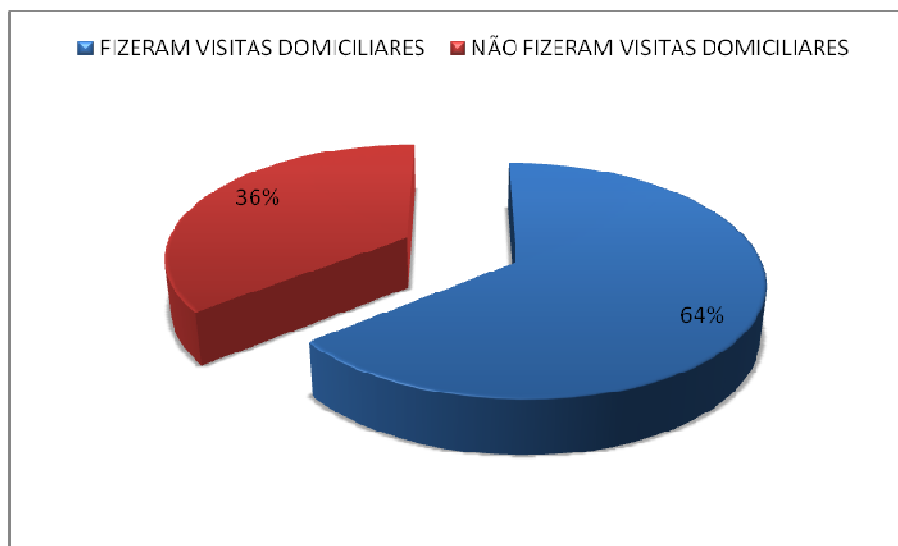


GRÁFICO 4 – Relação do total dos entrevistados que fizeram ou não fizeram visitas domiciliares à pacientes acamados e/ou restritos em seu período de estágio.

Segundo os estagiários, esta experiência domiciliar é uma experiência muito intensa e segundo uma das alunas, o vínculo vai muito além da cena terapeuta/paciente, ele ocorre com muitos mais elementos. Ela explica:

“você faz vínculo com o paciente, com a família, com os vizinhos do mesmo quintal e o ACS tá lá, o tempo todo, ele quem te apresentar, é muito louco isso. É necessário entender minimamente aquela realidade, e quem te ensina sobre o território é a equipe. Essas experiências domiciliares são a prova de que o PSF é um programa feito para o coletivo e deve funcionar de forma coletiva. O vínculo é coletivo.” Estagiário 7

Um dos estagiários falou sobre a sua experiência pessoal com o PSF. Este depoimento mostra a aproximação real dos estagiários com esta estratégia e seu funcionamento, bem como com a população, mostrando como as relações entre o

fonoaudiólogo e a equipe, potencializam tanto a dimensão terapêutica da clínica fonoaudiológica como a dimensão social e de aprendizagem, possibilitando a todos os atores (ACS, fonoaudiólogo, médicos, população) elaborar conhecimentos sobre, saúde e sobre a vida de todos que compõem essa rede. Um estagiário diz:

“Eu nunca tinha entrado num posto de saúde... isso me fez perder alguns preconceitos... acreditar que isso pode dar certo, que é bom! Eu sempre to lá, porque eu sei que eles vão estar me esperando e que alguns esperam a semana inteira pelo atendimento, eu preciso estar lá, com a equipe, com eles, preciso planejar minhas terapias, pensar no que será bom. Tá acabando e eu estou super triste, eu não queria deixar de ir pro posto.” Estagiário 12

Isso nos remete à idéia de que é preciso mergulhar em realidades territoriais não só para conhecê-la, mas também, para entendê-la tanto estrutural como funcionalmente e, então, propor estratégias de fato eficazes e eficientes para os sujeitos que às compõem.

Na entrevista foi solicitado que cada estagiário definisse o que compreendia por vínculo. As respostas de todos foram feitas de forma natural e espontânea e condizem com experiências particulares dos alunos, que tiveram, por meio a uma grade curricular coerente e com cenários de ensino aprendizagem diversificados, retratando a rica oportunidade de vivenciar e construir com famílias, pacientes, equipes, territórios e comunidades, laços estreitos, afetivos e terapêuticos aos quais chamamos de vínculo.

“Acho que todo vínculo nasce da escuta. Primeiro do agente comunitário, depois da equipe, depois até chegar pra mim. Acho que o vínculo no PSF é um vinculo coletivo e singular ao mesmo tempo... o próprio coletivo leva em conta o singular de cada um”. Estagiário 1.

“Se fosse escolher uma palavra para definir vínculo seria construção. Eu não acho que ele é uma coisa fixa... e vai

depende de todo mundo, daquilo que todo mundo acredita”.

Estagiário 2

“Tudo o que a gente consegue trazer de bom para o paciente e o paciente pra gente. Eu acho que as experiências trocadas com as famílias... o paciente não é só aquela criança que está ali, mas é toda aquela cultura, uma família que tem por traz...acho que tem vínculo a partir deste momento, que você consegue entrar em contato com essa família e troca experiência”. Estagiário 3

“Eu acho que vínculo no PSF é complicado... é trabalhoso, mas é o que a gente mais busca e sem ele é difícil ter um trabalho que você diga ‘ufa!’. Facilita o trabalho você ter um vínculo e no PSF o vínculo não depende só de você, nem só da unidade, depende de um todo”. Estagiário 4

“Acho que uma palavra seria responsabilidade”. Estagiário 5

“Vínculo é você estar ali do lado né?! Você poder compartilhar como profissional, ou com o agente da equipe. É você estar ali, junto” Estagiário 6

“Eles me aceitaram muito bem e eu me sinto parte da equipe e eu acho que isso é fundamental pra nós, ter o meu lugar na reunião. Isso aumenta o vínculo com eles, com os pacientes... eu adorei, eles falaram que vão sentir saudades” Estagiário 7

“Vínculo seria através do outro. Eu acho que é importante aquilo que o outro te traz e aquilo que você dá para o outro, o dar e o receber” Estagiário 8

“Eu acho complicado definir vínculo no PSF, pelo fato dos pacientes não aderirem, faltarem. Foi complicado isso. Acho que eu não sei definir vínculo”. Estagiário 9

“Vínculo é uma coisa difícil de definir,mas eu acredito que está pautado numa boa relação de respeito, entre eu, o paciente e a família”. Estagiário 10

“Eu acho que é unir... é unir”. Estagiário 11

*“É uma alegria, neste caso, vai além do paciente/terapeuta...”
Estagiário 12*

“É positivo pros dois lados... pro lado do paciente e pro lado do terapeuta” Estagiário 13

“para definir vínculo eu usaria uma palavra: co-responsabilidade. Acredito que esta relação está permeada dela e sem ela, não existe. Estagiário 14

Nestes depoimentos encontramos algumas palavras, que foram parceiras no percurso de construção deste texto, e que, acredito importante elencá-las. São exemplos delas: *Vínculo, escuta, singular, coletivo, outro, compartilhar, equipe, responsabilidade,co-responsabilidade, contato, troca, alegria, construção, acreditar.*

Capítulo 6: Conclusão

O atendimento fonoaudiológico no PSF obedece a uma lógica de atendimento de demanda que atende a uma lógica histórica que moldou a atuação clínica do fonoaudiólogo.

Ocorre que, novas oportunidades e novas políticas públicas têm levado este profissional, cada vez mais, fazer parte de equipes que compõem a rede de atenção básica. Este é o caso de quem faz parceria e/ou trabalha diretamente com o PSF.

Poder analisar e discutir a fala dos estagiários, onde estão presentes suas sensações sobre esta estratégia nos permite avançar na necessidade de nos aprimorarmos, cada vez mais, em aspectos do processo terapêutico, como o vínculo, e usá-las como tecnologias de produção de redes, de afetos e de saúde.

Consideramos, portanto o vínculo como uma tecnologia de trabalho em saúde que pode auxiliar o profissional na construção de laços com a comunidade e que devem resultar em ações singulares e contextuais a uma determinada realidade territorial.

Há que se concluir, também, que para a fonoaudiologia a construção do vínculo com a equipe e com os demais funcionários da UBS contribuem para a formação do vínculo com o usuário, uma vez que é proposto pelo programa que os profissionais estejam trabalhando, conectados em uma relação sempre atravessada por outros profissionais, e com objetivos claros e comuns de acolher os usuários e propor à construção co-responsável de estratégias que solucionem os agravos apresentados pelos usuários.

É preciso levar em consideração a formação acadêmica dos sujeitos desta pesquisa, cujo um dos principais eixos é, a formação da autonomia deste profissional para que aprenda lidar de forma criativa com situações de entrave do dia-a-dia.

Gostaria de destacar uma característica fundamental do perfil dos estagiários que é o reconhecimento da necessidade de se conhecer profundamente a realidade social do território onde está inserido. Este conhecimento é precioso, pois, vai além

de saber onde fica o local da UBS, mas sim, saber o que se passa neste território, social, cultural e politicamente para que assim se possa construir de forma co-responsável à população, estratégias de intervenção que sejam pertinentes, efetivas e eficazes, na tentativa de garantir, assim, a adesão da população ao serviço prestado e vínculo desta com a equipe e com o equipamento em si.

Desta forma, procura-se garantir que o usuário tenha acesso a uma rede de cuidados por onde possa circular com confiança, autonomia e potência. Assim, é possível usufruir dos mecanismos do PSF para de fato torná-lo um modelo de reorganização da atenção básica por meio de, como dito anteriormente *relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado* (Brasil 2007, p.13).

Para finalizar, gostaria de citar uma frase que gosto muito e que foi citada logo de início desta monografia que é:

“O corpo humano pode ser afetado por muitas maneiras que crescem ou diminuem seu poder de agir e também por muitas outras que não tornam seu poder de agir nem maior, nem menor”. SPINOZA (1965)

Trago a seguinte para questão para finalizar este trabalho e para disparar novas reflexões: quanto será que nossas ações terapêuticas, e, portanto, nossa relação de vínculo, tem afetado os usuários de forma a torná-los nesta e em outras relações sujeitos autônomos, potentes e conhecedores dos seus próprios processos de adoecimento?

Reitero que não é pertinente apenas atendermos grandes demandas, é preciso nos vincular a elas, para assim, conhecê-las intensa e verdadeiramente como profissionais responsáveis não só pelo processo terapêutico, mas por sujeitos sociais e singulares.

Capítulo 7: Referências Bibliográficas

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, R. – Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu/SP; Fundação Uni//Unesp, v.9, n.17, 2005.

Distúrbios da Comunicação/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. – São Paulo: Educ, – v.18, suplement, p.16 junho 2006 .

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

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como

aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLLENT, M. Crítica metodológica Investigação Social e Enquete Operária São Paulo: Polis, 1982.

RELATÓRIO FINAL DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE “SUS - CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA” Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996. Conferência Nacional de Saúde on line: www.datasus.gov.br/cns/cns.htm

SCHIMITH MD, LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004

SPINOZA, B. *Ética*. Tradução de Lívio Xavier. Rio de Janeiro : Tecnoprint, 1965. 139 p.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Set 2005, vol.10, no.3, p.585-597. ISSN 1413-8123

TEIXEIRA, R. R. – O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu/SP; Fundação Uni//Unesp, v.9, n.17, 2005.

ANEXO I

Roteiro de entrevista semi dirigido

(perguntas disparadoras)

1) Qual foi seu primeiro contato com o PSF?

Você é usuária do SUS?

Seu bairro é abrangido pelo PSF?

Somente na faculdade soube do programa?

2) Qual foi o impacto de estar trabalhando no PSF? Como fazer laços e vínculo nessa estrutura?

3) Como foi a experiência com uma equipe?

Você acha que o trabalho em equipe é colaborador nos processos de vínculo?

Como lidar com o vínculo?

4) Nas experiências nas visitas domiciliares, como lidar com o vínculo?

5) Como foi tua experiência?

Se boa, por quê?

Se ruim, por quê?

6) O que colaborou para esse experiência? Quais os pontos positivos e negativos?

7) Essa estrutura curricular, autônoma, te faz se sentir preparado, e mais comprometida com sua formação?

8) Defina Vínculo no PSF.