

User embracement and attachment: relational technologies in health production

| Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde

ABSTRACT | Introduction: *“User embracement” and attachment are principles proposed by the Ministry Health, as a guideline for care and management practices in all spheres of the Unified Health System. The concepts of “user embracement” and attachment are regarded as light technologies, which aim at drawing workers and users closer. Objective:* *The present study is a critical review of literature on the relational technologies “user embracement” and attachment, which underlie the health work process. Methods:* *Databases available in Brazil were used for literature review and the following key words were searched: user embracement, primary health care, health services accessibility. 26 studies published between 1990 and 2014 met the criteria. Results:* *According to the “user embracement” concept, health care should be user-centered, making it more humanized and as such enabling attachment, commitment and responsibility among workers and users. It is process-based, and should occur at every stage of health care work. Conclusion:* *The analysis of the data points to the fact that the “user embracement” and attachment approach demands the conversion of a technical dimension model into a relational dimension model.*

Keywords | *User Embracement; Primary Health Care; Health Services Accessibility.*

RESUMO | Introdução: Acolhimento e vínculo são princípios propostos pelo Ministério da Saúde como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. Os conceitos de acolhimento e vínculo são considerados elementos de tecnologias leves, que têm como espaço de realização o encontro entre trabalhador e usuário. **Objetivo:** O presente estudo caracteriza-se por uma revisão crítica sistematizada sobre as tecnologias relacionais, acolhimento e vínculo, como orientadoras do processo de trabalho em saúde. **Métodos:** O levantamento bibliográfico foi efetuado em bancos de dados disponíveis no Brasil por meio dos descritores: acolhimento, atenção primária à saúde e acesso aos serviços de saúde, no qual 26 estudos foram incluídos, publicados no período de 1990 a 2014. **Resultados:** O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, permitindo por seu intermédio a “humanização” do serviço de saúde, possibilitando a criação de vínculo, compromisso e responsabilização entre trabalhadores e usuários. O uso de tecnologias leves constitui-se em um processo que deve ocorrer em quaisquer das etapas de trabalho, cuja responsabilidade cabe aos trabalhadores. **Conclusão:** A análise dessas reflexões busca resgatar como esta proposta demanda dos profissionais de saúde a conversão de uma dimensão técnica de seu trabalho a uma dimensão relacional.

Palavras-chave | Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

¹Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O sistema de saúde brasileiro vive profundas transformações, iniciadas através de um longo processo de construção política e institucional denominado Reforma Sanitária. O texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, garantia, então, que “Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado” e dessa forma, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania. Todo o processo de luta resulta então na Constituição Federal de 1988, que prevê a criação de um sistema único de saúde, sustentado sobre os pilares da universalização, equidade, atendimento integral, descentralização e participação popular¹.

No processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), deparamo-nos com os desafios da construção de um modelo de atenção que consiga responder às necessidades de saúde da população, garantindo o acesso universal aos serviços e a oferta de uma atenção integral, de boa qualidade e com resolutividade. Nesse sentido, torna-se de fundamental importância a reformulação das práticas de saúde e dos processos de trabalho que, historicamente, constituíram-se em um modelo hegemônico, dissonante dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS².

Diversas propostas foram elaboradas como contraposição ao modelo hegemônico de saúde no Brasil (modelo biomédico, hospitalocêntrico), e dentre elas, destacamos as ações programáticas de saúde, a vigilância em saúde, a criação da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)³, a promoção da saúde e o acolhimento, possibilitando resolutividade, vínculo e responsabilização⁴.

O acolhimento é um arranjo tecnológico que propõe reorganizar o serviço, garantindo acesso aos usuários, com o objetivo de escutá-los, resolver seus problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário, além de proporcionar um atendimento humanizado^{4,5}. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária⁶. O vínculo entre profissional/usuário estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço^{7,8}.

Sob esse aspecto, propostas que visam incorporar o acolhimento e o vínculo entre usuários e trabalhadores de saúde, também têm contribuído para desvelar e problematizar

a “(des)humanização” do atendimento, determinada, principalmente, pela tecnificação do cuidado em saúde⁹. Dessa forma, a introdução do “foco no cliente” e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde poderiam problematizar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico-paciente (em suas dimensões éticas e culturais) ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente no âmbito desse modelo^{8,10}.

Com base nessas reflexões, o presente estudo visa discutir, por meio de uma revisão crítica da literatura, as tecnologias relacionais, acolhimento e vínculo, como orientadoras do processo de trabalho em saúde.

MÉTODOS |

Foi realizada uma revisão crítica da literatura, elucidando sobre as práticas de atenção e gestão nas instâncias do Sistema Único de Saúde, o que possibilitou gerar conclusões relacionadas e evidenciar lacunas importantes a serem superadas no que concerne ao uso de tecnologias leves. A seleção dos artigos foi realizada por meio de estudos capturados em bancos de dados disponíveis no Brasil – Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) –, e a metodologia pode ser caracterizada como exploratória e sistematizada, a partir da busca não exaustiva da literatura, e, destes, foram selecionados 26 estudos como suporte para o estudo, publicados no período de 1990 a 2014. Os seguintes descritores em saúde foram utilizados, em combinação com os operadores booleanos AND e OR: *Acolhimento, Atenção Primária à Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde*, em que artigos sem resumo foram excluídos da seleção.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

O modelo tecnoassistencial da saúde, originário do Relatório Flexner, sugere uma prática centrada no modelo biológico e prioriza o conhecimento especializado nas intervenções sobre os problemas de saúde, criando uma cultura no serviço de saúde, a qual associa procedimento com qualidade de assistência. Com isso, ocorre a produção de uma demanda para os serviços de saúde, que pode ser entendida não como real, mas imaginária, em que os

usuários buscam procedimentos e não cuidados, sendo esse fenômeno chamado por alguns autores de produção “imaginária da demanda”¹¹.

Em busca por alternativas na modelagem dos serviços de saúde, cresce então o campo da vigilância à saúde, sobre o qual se estruturam algumas propostas de reorganização da atenção à saúde. No Brasil, podemos destacar o processo de reorganização da atenção por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de 1994, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde (SILOS) /Distritos sanitários, Programação em Saúde e Promoção à Saúde¹².

Nesse processo histórico, a Atenção Primária ou Atenção Básica, expressão mais comumente utilizada, através dos princípios e diretrizes pontuados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS, de Gestão e pela Política nacional de Atenção Básica – Pactos pela Saúde - foi gradualmente se fortalecendo e constituindo-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde¹³.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹³.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde¹³. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem a epidemiologia como principal ferramenta para o planejamento local e para a identificação dos problemas prioritários, que são a base para a articulação

das ações e práticas de saúde, e a Programação em Saúde como a principal estratégia para organização das práticas de atenção. Como elementos inovadores à organização das unidades básicas de saúde (UBS) e dos distritos de saúde, a saúde da família traz o fato de o trabalho não estar centrado na unidade e sim no território, traz de maneira mais forte a ideia de equipe de saúde, tendo no agente comunitário de saúde a possibilidade de ampliação do diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e responsabilização¹². Entretanto, esses modelos não mudaram o sentido sobre o qual vinha sendo praticada a clínica enquanto elemento constitutivo do processo de cuidado, deixando que ela continuasse subsumida pelo modelo médico hegemônico, de forma que o modelo technoassistencial continuava inalterado¹¹.

Segundo a lógica da Programação em Saúde, adotada como referencial pela Estratégia Saúde da Família (ESF), haveria uma polarização entre epidemiologia e clínica: uma centrada na saúde e outra na doença; uma operando com a determinação social do processo saúde-doença e a outra com a concepção biológica da saúde¹². A Programação em Saúde levaria os trabalhadores a adotarem práticas orientadas pela epidemiologia e pelo referencial da saúde mais potentes que as ensejadas pela clínica e pelo referencial das doenças, e os condicionantes políticos, materiais e ideológicos tornariam escassas as possibilidades de renovação da clínica, levando os profissionais a reproduzir as práticas hegemônicas de saúde¹².

Algumas reflexões críticas à ESF apontam que esta se mostra impotente para mudar o modelo de atenção, pois está centrada somente na estrutura, ou seja, na territorialização e na equipe mínima⁵. Não se preocupa com o processo de trabalho da equipe, com o cotidiano de cada profissional, ao contrário, dita a função de cada membro da equipe. Isso predispõe o isolamento de cada profissional em saberes estruturados⁵.

O modelo de atenção chamado de Em Defesa da Vida^{14,15,16} propõe levar em conta as diretrizes do acolhimento, do vínculo e responsabilização, e da autonomização. Nesta proposta, o acolhimento é visto como universalização do acesso, o vínculo como o estabelecimento de referência dos usuários a uma equipe de trabalhadores e a responsabilização deles com os usuários na produção do cuidado, e a autonomização seria resultado esperado da produção do cuidado, a autonomia do usuário.

O acolhimento na ESF evidencia-se como uma tecnologia leve, de grande impacto na promoção de saúde, que estreita o vínculo, fortalece a ESF, mobilizando a sensibilidade dos trabalhadores da saúde, o desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, gerando satisfação dos profissionais e dos usuários. Assim, o acolhimento possibilita que a ESF contribua significativamente para construção e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde¹⁷.

No modelo Em Defesa da Vida^{14,15,16}, a epidemiologia seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar problemas, mas não poderia substituir a clínica, que é a tecnologia da qual dispomos para o cuidado individual, mas sim, a clínica deveria ser ampliada e enriquecida por novos referenciais, pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores em lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários¹².

Além disso, no modelo citado anteriormente^{14,15,16} o objetivo é garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o atendimento humanizado à clientela, a garantia de acesso a serviços resolutivos e fortalecimento de vínculo entre trabalhadores e usuários com definição clara de responsabilidades, tendo como estratégia a valorização de ações em micro espaços, considerando sempre a relação entre usuário trabalhador como uma relação de sujeito para sujeito.

Entretanto, temos como constatação importante que, para concretização de mudança de modelo nos serviços de saúde, é necessário que essas mudanças ocorram nos espaços de encontro entre trabalhador/usuário, ou seja, no Trabalho Vivo em ato, uma vez que o processo de trabalho na saúde opera principalmente a partir da micropolítica, no lugar de encontro entre os serviços e os usuários e, para inverter qualquer questão que esteja relacionada aos processos produtivos, é necessário intervir nesse lugar, no agir cotidiano onde cada um opera sua parcela de trabalho em uma dada linha de produção do cuidado.

Vale a pena esclarecer alguns conceitos acima empregados. O trabalhador de saúde, ao realizar o cuidado, opera em seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de Trabalho Morto (TM) e Trabalho Vivo (TV). Trabalho morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves¹⁸.

Dessa forma, a transformação do perfil produtivo depende de mudanças no agir dos trabalhadores de saúde, os quais podem ter atitudes perante os pares e os usuários, que estão sempre entre um polo de um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidado acolhedor, se estabelecem vínculos e responsabilização em relação aos usuários e seus problemas de saúde¹¹.

Fica claro, então, que o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia numa relação entre pessoas, e cada trabalhador, cada usuário, tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado¹². Por conseguinte, lidar com trabalho e tecnologias em saúde significa, também, lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, e essa reflexão nos permite afirmar que, em concordância com trabalho anterior¹¹, quem define o modelo technoassistencial não é a norma que virtualmente se institui, mas o trabalhador de saúde, a partir de sua micropolítica no processo produtivo¹⁰. É importante ressaltar que um dos principais componentes dos processos de trabalho e sua micropolítica são as tecnologias, tradicionalmente associadas às máquinas e instrumental duro de intervenção dos problemas de saúde. Entretanto, a ideia das relações como parte constitutiva do processo de trabalho traz uma dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador, afirmando que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, possui algo nuclear no trabalho em saúde, que são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários. A partir desta perspectiva, indica-se uma nova tipologia para designar as tecnologias de trabalho: aquelas centradas em máquinas e instrumentos – “*tecnologias duras*”; aquelas centradas no conhecimento técnico – “*tecnologias leve-duras*”; e aquelas centradas nas relações – “*tecnologias leves*”^{6,19}.

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, defende-se a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo²⁰.

No processo de produção do cuidado, as três tecnologias se fazem presentes, mas ocorre uma hegemonia das tecnologias duras, impostas pelo modelo médico

hegemônico, contra a hegemonia das tecnologias leves, sugerida por modos de produção da saúde que propõem centralidade nos usuários e nas suas necessidades¹¹. Dentre as tecnologias relacionais – tecnologias leves – destacamos, dessa forma, o acolhimento, o vínculo e a autonomização do usuário.

Se a produção da saúde é dependente do trabalho humano, configurado em Trabalho Vivo em ato, os produtos desse encontro estão sempre inseridos em um processo que é sempre relacional. No processo de produção da saúde, então, os espaços relacionais de fala, escuta, toques e olhares são elementos constitutivos do processo de trabalho que produz o cuidado, e nessa relação os sujeitos se encontram e, em conjunto, fazem a produção do cuidado¹¹. Nesse sentido, os processos de transformação não operam as tecnologias leves, trabalho vivo centradas, restringindo-se às mudanças aparentes, organizacionais, não configurando assim um processo de transição tecnológica. Dessa forma, as diretrizes como acolhimento, vínculo com responsabilização e autonomização do usuário devem ser amplamente discutidas, uma vez que a mudança do modelo flexneriano para um modelo usuário centrado e humanizado vem sendo almejada pelo sistema de saúde brasileiro.

Segundo a Cartilha “Acolhimento nas Práticas de Humanização da Saúde” da PNH (Política Nacional de Humanização), o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e, mediante os encontros, portanto, como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde²¹.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário e sua rede social, profissional/ profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde²¹.

Acesso universal significa atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo-lhes a acolhida, a escuta e dando uma resposta positiva, capaz de resolver seus problemas e propiciar uma relação de confiança e apoio ao usuário. Então, o acolhimento deveria significar sinônimo de acesso, ou seja, abertura dos serviços para a demanda.

Adicionalmente, o acolhimento mostra-se como uma possibilidade de mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos que procuram o serviço de saúde. Devendo garantir o acesso, ultrapassa, portanto, o atendimento humanizado.

É comum nos depararmos com unidades de saúde com dificuldades de garantir o acesso universal, fato esse que cria uma angústia nos trabalhadores de saúde. Entretanto, essa barreira pode ser transposta com a reorganização do processo de trabalho e uso das tecnologias leves. A realidade da população hoje é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas desumanas e intermináveis para a garantia do acesso. As tensões nesse cenário se tornam corriqueiras, gerando práticas “não cuidadoras” entre trabalhadores e usuários²². Em acordo, acreditamos que não basta aumentar o número de equipes de saúde sem abrir espaços para nova forma de organização do processo de trabalho.

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão³.

Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda equipe, ao receber o usuário, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende²³.

Nesse sentido, acolher envolve a recepção adequada da clientela, a escuta da demanda, a busca de forma para

compreendê-la e solidarizar-se com ela, devendo ser realizada por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde - pessoa em cuidado, envolvendo sempre carinho, atenção, respeito e responsabilização. A humanização do atendimento é uma forma de recuperação e criação de vínculo¹⁷ entre trabalhadores e indivíduos, famílias e comunidades, e estabelecimento do caráter integral do atendimento, visando à promoção, proteção, tratamento, recuperação da saúde e reabilitação⁴.

O acolhimento apresenta-nos a possibilidade de arguir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço, sob o olhar específico da acessibilidade, no momento da ação receptora dos clientes de certo estabelecimento de saúde⁴.

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário, por meio da investigação, elaboração e negociação de quais necessidades serão atendidas. Dentro dessa perspectiva, a responsabilização clínico/sanitária e a ação resolutiva, com objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhem e vinculam os usuários.

Estudo realizado no estado de Pernambuco demonstrou que a implantação do acolhimento nas equipes da Atenção Básica, envolvendo diversos profissionais de saúde, facilitou o acesso dos pacientes ao atendimento. Além disso, foi demonstrado que não é suficiente implantar centrais, definir protocolos, fluxos de acesso e fichas de encaminhamentos, mas que um vínculo é necessário, consolidando formas de diálogo entre as equipes dos diversos níveis de complexidade. Este estudo mostrou que no Estado de Pernambuco está ocorrendo uma expansão da Atenção Básica com acessibilidade geográfica, mas que na dimensão sócio-organizacional ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde⁹.

Diante do exposto, concluímos ser necessário que o projeto de acolhimento e, conseqüente produção de vínculo, seja um projeto de toda a equipe de trabalho, a fim de que se concretize o trabalho vivo em ato⁴.

O vínculo é uma diretriz que, acoplada ao acolhimento, é capaz de garantir o real ordenamento do processo de trabalho da unidade de saúde, resolvendo definitivamente a divisão do trabalho compartimentada e saindo da lógica atendimento/consulta para outra referente à responsabilização de uma

equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde²⁴. Além de proporcionar maior eficácia nos serviços de saúde, com o aumento da produção de cura, promoção e prevenção, também promove a autonomia do indivíduo. No entanto, isso só ocorre se o paciente é concebido na condição de sujeito do processo.

A formação do vínculo é uma proposta do Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família e este, como tecnologia leve das relações, parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita e, conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, “laços” entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes norteadoras da prática da Saúde da Família^{23,25}. Destaca-se a necessidade de um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento da assistência, agindo de acordo com seu nível de competência específico, formando um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade²⁵.

Para melhor compreender a dimensão do problema que temos, recuperamos algumas contribuições em torno da questão das necessidades, onde os autores apresentam uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”²¹⁵.

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga as pessoas, indica interdependência, relações com linha de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende tanto de movimentos dos usuários quanto da equipe. Na perspectiva do usuário, o vínculo só ocorrerá quando este acreditar que a equipe pode contribuir para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com saúde daqueles que o procuram ou são procurados²⁶.

É importante destacar a construção do vínculo como um recurso terapêutico, sendo a terapêutica uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis

danos em pessoas vulneráveis ou doentes. Portanto, não se trata somente de uma preocupação humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde. Acredita-se, dessa forma, que o vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolhas respeitados, permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração dele na manutenção da sua saúde e redução dos agravos²⁶.

O trabalho em saúde, através do acolher, do vínculo, das ações de responsabilização, de estímulo à autonomia do usuário, é responsável pela produção do cuidado ao sujeito individual e coletivo, agindo assim sobre os problemas de saúde de uma população, o que deve influir nas necessidades de saúde dos usuários, garantindo-lhe o direito de usufruir do trabalho em saúde.

CONCLUSÃO |

Pode-se concluir que, o acolhimento mostra-se como um dispositivo que pode revelar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, contribuir para a mudança do cenário. É uma forma de reorganização do processo de trabalho, que foca na relação entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional, capaz de produzir vínculo em um processo produtivo que aposta nas tecnologias relacionais.

O processo de trabalho na saúde é dependente do Trabalho Vivo em Ato, no momento exato de encontro entre trabalhador de saúde e usuário, tendo como característica principal o autogoverno – o trabalhador comanda seu processo de trabalho. A partir desse pressuposto da micropolítica do trabalho, podemos considerar que é necessário ser um desejo o projeto de acolhimento e criação de vínculo, um projeto pensado da equipe como um todo, almejando tornar o SUS um serviço de qualidade com acesso universal e solidário.

Logo, mudanças no processo de trabalho e no modelo technoassistencial passam pela mudança do sujeito trabalhador mais do que em qualquer dispositivo normativo.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União 20 set 1990; Seção 1:18055.
2. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):64-71.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Brasil). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (B. Textos Básicos de Saúde).
4. Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde (Sta Maria)*. 2008; 34(1-2):37-43.
5. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
6. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(4):493-503.
7. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.
8. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. The comprehensive nature of primary health care: evaluation from the user standpoint. *Cien Saúde Colet*. 2014; 19(11):4407-15.
9. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014; 38(nº esp):182-94.
10. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2011; 15(36):185-98.

11. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Müller Neto JS, Ticianel FA, Spinelli MAS, Silva Junior AG, organizadores. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2005. p. 181-94.
12. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(18):489-506.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos). (Pactos pela Saúde 2006, v. 4.)
14. Campos GWS. A reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. 220 p.
15. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO; 2001. p. 113-26.
16. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
17. Santos IMV, Santos, AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. Rev Salud Pública. 2011; 13(4):703-16.
18. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. Saúde em Debate. 2003; 27(65):316-23
19. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva 2012; 17(2): 555-560.
20. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos A, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (B. Textos Básicos de Saúde). 43 p.
22. Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. Revista APS 2007; 10(2):106-15.
23. 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. Ciên Saúde Coletiva. 2009; 14 Suppl 1:S1523-31.
24. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. Cad Saúde Pública 1999; 15(2):345-53.
25. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do Vínculo na Implantação do Programa de Saúde da Família numa unidade básica de saúde. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2):358-64.
26. Campos GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 68-77.

Endereço para correspondência/ Reprint request to:

Nádia Masson

Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp - Cecom,

Rua Vital Brasil, 150, Caixa Postal 1170,

Cidade Universitária "Zeferino Vaz",

Barão Geraldo, Campinas - SP, Brasil

CEP: 13083-970

Tel.: (19) 3251-9059

E-mail: ndmasson@gmail.com

Submetido em: 22/01/2015

Aceito em: 25/06/2015