

VÍNCULO PROFISSIONAL-USUÁRIO EM UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Silomar Ilha*

Matheus Viero Dias**

Dirce Stein Backes***

Marli Terezinha Stein Backes****

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o que é necessário para obter o vínculo profissional-usuário na perspectiva dos usuários e profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado na região oeste do Município de Santa Maria/RS, entre os meses de março e setembro de 2010. O mesmo foi realizado por meio de entrevista semiestruturada, com 17 usuários e três integrantes de uma unidade da Estratégia Saúde da Família, dos quais, uma enfermeira e dois Agentes Comunitários de Saúde. Dos dados analisados emergiram as categorias: Reconhecendo a realidade do usuário; Interessar-se pelo outro; e Estabelecendo diálogos significativos. Os resultados evidenciaram que o vínculo profissional-usuário pode ser considerado uma estratégia de cuidado, capaz de promover a integralidade e a singularidade do cuidado em saúde. Conclui-se que o vínculo profissional-usuário pode ampliar significativamente as possibilidades do viver saudável dos indivíduos, famílias e comunidade, pelo reconhecimento da realidade e potencialização dos recursos e competências de cada indivíduo, de forma singular e contextualizada.

Palavras-chave: Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Vínculo.

INTRODUÇÃO

Desde muitos anos, se discute políticas relacionadas à saúde pública brasileira, no intuito de superar a dimensão curativista e assistencialista, ainda fortemente marcante no cenário nacional. Apenas na década de 80, mais especificamente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foram ampliados os debates no sentido de repensar o modelo de saúde que, posteriormente, assumiu novas abordagens.

Amparada em um conceito ampliado de saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), nacional e único, prevista na Constituição Brasileira de 1988, é resultado de um longo processo de lutas coletivas. Iniciou-se ainda na década de 70 com o movimento da Reforma Sanitária, que visou à unificação das práticas de saúde vigentes até então, e que

representavam uma dicotomia organizacional com graves consequências para a assistência à saúde. Além de único, cobrindo todo o território nacional, estendido a toda a população e descentralizado, incorporou os três níveis de governo. Desse modo, o SUS se constitui num sistema amplo e complexo, isto é, um dos sistemas de maior cobertura do país^(1,2).

O SUS, portanto, é produto da Reforma Sanitária brasileira, ou seja, de um processo político que mobilizou a sociedade para propor novas políticas e novos modelos de organização dos serviços e práticas de cuidado em saúde. O SUS abrange desde o simples atendimento ambulatorial à alta complexidade em saúde, garantindo acesso integral, universal e equânime à população brasileira⁽³⁾.

No sentido de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS, quais sejam, Universalidade, Integralidade e Equidade, bem como a descentralização, a regionalização, a

*Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGen/FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESES) do Centro Universitário Franciscano. E-mail: silo_sm@hotmail.com

**Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande (PPGen/FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESES). E-mail: enf.matheusviero@gmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGen/FURG) e do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESES). E-mail: backesdirce@ig.com.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: marli.backes@bol.com.br

hierarquização e a participação comunitária, foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem por objetivo fortalecer a atenção primária e garantir o acesso universal à saúde, mais especificamente a partir do contexto familiar. Assim, a ESF busca promover e proteger a saúde da família, considerando os aspectos individuais e coletivos⁽⁴⁾.

A ESF tem como propósito possibilitar o vínculo profissional-usuário, mais especificamente, por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual faz a intermediação entre as famílias e a equipe de saúde. A inserção do ACS no contexto familiar é vista como um meio de formação de vínculo ou “elo” na relação serviço e comunidade, permitindo uma mediação próxima e articulada com as necessidades reais⁽⁵⁾. Nesse processo, o ACS utiliza-se da escuta solidária, do acolhimento e do vínculo que, numa perspectiva ampliada de saúde, possibilitam o estreitamento das relações e interações profissional-usuário⁽⁶⁾.

O conceito de vínculo é polissêmico. Apresenta-se articulado aos conceitos de humanização, responsabilização e da integralidade. O vínculo liga, aproxima, permite envolvimento mútuo entre sujeitos⁽⁷⁾. O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, pois favorece a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos. Além do mais, o vínculo possui uma estreita relação com a prática de cuidados, uma vez que ambos promovem sintonia, troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias⁽⁸⁾.

Dessa forma, o vínculo pode ser pensado como um acontecimento, pois inventa novas modalidades de relação do sujeito com o campo da saúde⁽⁹⁾. Torna-se importante, portanto, ampliar os debates acerca do vínculo e das demais tecnologias leves capazes de promover o viver saudável dos indivíduos, família e comunidade. Para tanto, questiona-se: o que é necessário para promover o vínculo profissional-usuário na perspectiva dos usuários e profissionais e uma equipe de ESF? Assim, o estudo teve por objetivo identificar o que é necessário para promover o vínculo profissional-

usuário na perspectiva dos usuários e profissionais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em uma comunidade vulnerável do ponto de vista social, econômico, ambiental e geográfico, localizada na região macro-oeste do Município de Santa Maria/Rio Grande do Sul (RS). A comunidade em questão possui uma equipe de profissionais que atua na Estratégia Saúde da Família composta por dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois médicos e seis ACS, estes últimos possuindo a função de estabelecer o vínculo equipe-família, através de visitas domiciliares programadas.

O estudo foi realizado com 17 usuários de saúde, bem como com uma enfermeira e dois agentes comunitários de saúde, a partir de um convite formal e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A escolha dos usuários de saúde ocorreu de forma aleatória, com base nos seguintes critérios de inclusão: ser usuário de saúde e pertencer à área de abrangência da equipe de saúde da ESF.

Para os profissionais de saúde o critério de inclusão foi ser profissional de saúde atuante na ESF sob estudo. Inicialmente haviam sido selecionados os 12 profissionais que integravam a equipe da ESF, porém, destes, apenas três aceitaram o convite. Já, para os usuários de saúde, utilizou-se como critério a saturação dos dados. Os profissionais foram entrevistados na Unidade ESF, e os usuários, em seus domicílios, com agendamento prévio de dias e horários.

Os dados foram coletados entre os meses de março e setembro de 2010, por meio da técnica de entrevista, com duração média de uma hora, conduzida a partir das seguintes questões norteadoras: O que você entende por vínculo? Como ocorre o vínculo profissional-usuário em sua equipe de ESF? Os dados foram analisados e interpretados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin, entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se constitui em três etapas, sendo estas: pré-análise,

exploração do material e interpretação dos dados obtidos⁽¹⁰⁾.

As entrevistas foram transcritas e lidas na íntegra, onde cada elemento relevante foi suficientemente explorado pelos pesquisadores, dando início à etapa de codificação dos dados. A categorização dos mesmos ocorreu de forma ordenada; primeiramente os pesquisadores codificaram os dados e, na sequência, realizaram mais entrevistas, a fim de comparar dados, tornando possível o levantamento dos aspectos importantes.

Consideraram-se os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾. Manteve-se o anonimato dos depoentes, identificando-os pela letra “P” referente a participante, seguida de um algarismo, conforme ordem de entrevista (P1, P2... P20). Em cumprimento às normas da Resolução, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, sob o número 333/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados organizados e codificados resultaram em três categorias: Reconhecendo a realidade do usuário; Interessar-se pelo outro; e Estabelecendo diálogos significativos, as quais serão descritas a seguir.

Reconhecendo a realidade do usuário

Para formar o vínculo profissional-usuário é preciso, de acordo com os usuários e profissionais, conhecer a realidade particular de cada indivíduo e família. Os mesmos entendiam, que a equipe de saúde precisa se despir de seus discursos prontos e verticalizados, de preconceitos e do saber tradicional. Necessita inserir-se na comunidade, para conhecer e reconhecer a realidade do usuário dos serviços de saúde do local. É importante que o profissional tenha uma atitude humana, no sentido de reconhecer os limites de cada família, conforme refletem as falas a seguir:

[...] tem que ver que a gente às vezes não tem condições, às vezes tem coisa que faltam, e parece que tem gente que não entende, tem que dar força do jeito que a gente pode, tem que conhecer os limites da família pra saber como ajudar [...] (P2)

[...] para criar o vínculo, nós, profissionais de saúde, precisamos conhecer a realidade de cada família e trabalhar em cima da realidade e condições que eles possuam. (P4)

Os usuários, em sua maioria, relataram que para estabelecer o vínculo profissional-usuário é importante que o profissional reconheça a realidade singular e subjetiva de cada indivíduo e família, levando em consideração que os usuários vivem diferentes histórias, apresentam diferentes dificuldades e problemas, possuem diversas expectativas e sonhos, dentre outros pontos que devem ser considerados na elaboração de estratégias de saúde. Salientaram, ainda, que cada usuário deve ser compreendido, acolhido e atendido, levando em conta a sua singularidade e contexto de vida.

[...] acho que cada caso é um caso, tem gente que acha que tem saúde e que sabe viver direito, e tem outros que nem se importam com isso. Acho que não tem uma só maneira de ajudar... tem várias, tem que se adaptar e entender cada caso. (P3)

Reconhecer a realidade de cada usuário e família implica, do ponto de vista dos entrevistados, ter coragem para entrar na realidade de cada família, dialogar com as diferenças e compreender as singularidades humanas, sem preconceitos ou verdades absolutas. O vínculo profissional-usuário deve ser munido de uma série de fatores inter-relacionados, desencadeado a partir de relações dialógicas horizontalizadas, nas quais cada ser humano é protagonista da sua história, da sua saúde⁽¹²⁾.

Para que isso ocorra, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge aliada ao reconhecimento do profissional como indivíduo que age a favor de sua saúde, tornando-se uma referência e fortalecendo a relação de vínculo⁽¹²⁾. O vínculo pode ser considerado uma ferramenta que realiza a troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convertendo-os para a realização de atos terapêuticos, por considerar as singularidades de cada indivíduo bem como as de sua família⁽¹³⁾.

Dessa forma, o vínculo com os usuários do serviço de saúde torna-se ferramenta eficaz nas ações de saúde, e auxilia na participação e auto-organização do usuário, na continuidade da procura dos serviços em saúde, contribuindo,

assim, na formação da autonomia dos usuários e profissionais, proporcionando educação efetiva para a saúde⁽¹⁴⁾.

A promoção da saúde, nessa perspectiva, se constitui em uma estratégia proativa, baseada no entendimento dos determinantes sociais, tais como o desemprego, a fome, o acesso à educação, habitação e outros, que influenciam no processo de saúde e adoecimento⁽⁵⁾. Logo, a promoção da saúde favorece a articulação de diferentes saberes, bem como a potencialização do indivíduo como protagonista da sua história.

Interessar-se pelo outro

Os participantes relataram, no decorrer de suas entrevistas, que demonstrar interesse pelo outro é essencial para a formação do vínculo entre profissional-usuário. Entendiam que a formação do vínculo se consolida a partir das relações dialógicas de pessoa a pessoa, da capacidade de comprometer-se com as condições reais da família, da possibilidade de estabelecer trocas afetivas e efetivas, bem como inserir-se na realidade das famílias.

Nesse sentido, não há formação de vínculo se o usuário não é reconhecido como sujeito que fala, percebe e participa. Logo, é de extrema importância o conhecimento da realidade e da singularidade de cada ser, para que seja estabelecido o vínculo como ferramenta de cuidado em saúde, pela participação interativa e dialógica de todos os envolvidos no processo. O profissional tem de demonstrar conhecimento sobre fatores sociais, econômicos e políticos e se dedicar, efetivamente, à comunidade em que trabalha, ou seja, ter uma relação com o usuário, família e equipe de saúde⁽¹⁵⁾. Para que isso ocorra, segundo pressupostos psicossociais, deve haver satisfação e envolvimento com o trabalho e o comprometimento com a organização⁽¹⁶⁾.

Ao serem questionados, os profissionais enfatizaram que os usuários se sentem confortados e acolhidos, ao perceberem que o profissional não se aproxima por interesses pessoais e/ou políticos, mas na medida em que efetivamente tem por objetivo contribuir para a melhora das condições de saúde, como expôs um dos participantes:

No momento que tu pergunta pra uma pessoa como ela está, com sinceridade, a pessoa automaticamente se sente protegida [...] A pessoa te dá atenção, te dá abertura, carinho, troca de

informação, em troca de segurança. Então isso gera um vínculo afetivo também [...] As pessoas logo reconhecem quando você se importa com elas, quando você vai lá, não por interesses políticos ou outros interesses pessoais (P19).

Ficou evidente, na fala, que os usuários de saúde, mais especificamente, em comunidades vulneráveis, são frequentemente explorados e manipulados a partir de interesses políticos ou eleitorais. Assim, quando algum profissional se aproxima sem esse interesse, mas sim na intenção de auxiliá-los na melhora da saúde, os usuários sentem-se acolhidos, cuidados e protegidos. Tais sentimentos favorecem a criação do vínculo profissional-usuário. Da mesma forma que os profissionais, os usuários de saúde também reconhecem o cuidado livre de interesses pessoais. A seguir um relato:

[...] eu gosto, porque eles vêm aqui com o intuito de apenas cuidar da gente, conversam, me orientam, querem saber como estou passando, se tenho alguma dúvida. Eles cuidam da gente! (P7)

Somente pela participação dos usuários de saúde, se estabelecem práticas emancipatórias, focando a autonomia e diálogo entre profissional e usuário. Criar o vínculo profissional, a partir do exposto, implica em colocar-se no nível da outra pessoa, deixando-a ser ela mesma, ou seja, estimular interações próximas e solidárias, nas e pelas quais o cuidado em saúde pontual, linear e mecanicista dê lugar ao cuidado dialógico, criativo e transformador⁽¹⁷⁾.

Nesse constructo, o vínculo profissional-usuário pode ser entendido como uma “tecnologia leve” das relações e interações profissionais. Parte do princípio de que os profissionais tornam-se responsáveis pela população delimitada em seu território de abrangência, mas que também responsabilizam os próprios usuários pela sua saúde através das atividades de educação em saúde. Dessa forma, ocorre naturalmente a criação de vínculos, “laços”, entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde. Sendo assim, o vínculo necessário para o desempenho efetivo e resolutivo dos princípios e diretrizes do SUS, como também da ESF⁽⁶⁾.

Estabelecendo diálogos significativos

Para os entrevistados, o vínculo profissional-usuário se estabelece por meio de conversas com

conteúdo, isto é, por meio de trocas que tenham algum significado para os indivíduos e famílias. Eles entendiam que o vínculo profissional-usuário consiste no diálogo e nas conversas com troca e absorção de conhecimentos, na demonstração de interesse e não imposição verticalizada de práticas saudáveis. No conhecimento da realidade e da singularidade do ser, na segurança e na confiança transmitidas, bem como por meio do comprometimento de ambos os envolvidos no processo.

Uma das formas de estabelecer o vínculo, de acordo com os usuários e profissionais, são as conversas com significado, isto é, que representam interesse para os mesmos. Com isso demonstram que os discursos por parte dos profissionais da saúde, em muitos momentos, não passam de conversas “vazias”, motivadas pela repetição e/ou reprodução de práticas tradicionais e hegemônicas, conforme refletem as falas a seguir:

A conversa eu acho que é o melhor jeito de conhecer a pessoa, uma conversa pode dar muito resultado, e também ajuda a conhecer a pessoa que se quer ajudar. Mas também não pode ser uma conversa vazia, tem que ter conteúdo e significado, tem que demonstrar interesse no bem da pessoa. Seguidamente alguém vem e diz: “Você não pode comer sal, não pode comer açúcar, não pode nada”. Estas conversas enchem a gente, são conversas vazias [...] (P9).

[...] a gente tem que falar de forma clara e tentar fazer com que os usuários compreendam a importância. Não adianta eu ir nas casas e falar um monte de coisas que muitas vezes eles já sabem, mas que não têm condições ou não querem fazer, tem que haver muito diálogo mesmo[...] (P12).

Os entrevistados apontaram, também, que a formação para o vínculo profissional-usuário ocorre na medida em que o usuário é reconhecido como sujeito da ação, sujeito da fala, na medida em que percebe e participa do seu processo de viver saudável e não como alguém passivo e/ou apreendido como um “depósito vazio” de conhecimentos e possibilidade de trocas. Tal compreensão (re)afirma a aposta de ser o agente comunitário de saúde o principal promotor do elo entre a equipe da ESF e a comunidade, considerando ser morador da mesma localidade das famílias e por

integrar a rede de relações, com atributos de solidariedade e empatia⁽¹⁴⁾.

Para os entrevistados, conversas com conteúdo se caracterizam por conversas que envolvem trocas dialógicas entre atores sociais, conforme as falas a seguir:

Em uma conversa com conteúdo se explica, se examina e tu consegues entender o que o outro está te dizendo, daí tu consegue aproveitar pra ti, entendendo e dialogando (P10).

Muitas conversas vazias. É o que se fala pensando que o outro é apenas um objeto, que tu tá escutando, mas entra num ouvido e sai no outro (P14).

Os entrevistados, de modo geral, enfatizaram a importância da postura e atitude profissional, que precisa ultrapassar as relações rígidas sujeito-objeto, bem como as práticas verticalizadas e reprodutoras de conhecimento. Reconheceram que o usuário da saúde precisa ser considerado como um ser humano singular, sujeito ativo e o primeiro responsável pelo seu processo de viver saudável.

A transformação das práticas de saúde passa, necessariamente, pela valorização de novos saberes, dentre eles o saber popular, por uma postura dialógica entre profissional-usuário, por uma abertura conceitual e científica em relação ao modelo biomédico vigente e uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores. Essas transformações são potenciais construtoras de vínculos, aproximando quem oferece o cuidado, neste caso o cuidado de enfermagem, de quem o recebe, a partir de atitudes solidárias que implicam em colocar-se no nível da outra pessoa e deixar a outra pessoa ser ela mesma⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitem considerar que é possível construir o vínculo profissional-usuário por meio de conversas com significado, com acolhimento e, sobretudo, pela compreensão das singularidades, com a inserção ativa e interessada dos profissionais, principalmente do agente comunitário de saúde, na realidade das famílias, emancipando-as como protagonistas do seu processo de viver saudável. Assim, os profissionais da saúde são desafiados a abranger

o usuário para além de sua doença, reconhecendo suas reais necessidades, para promover o cuidado à saúde de forma integral e integradora.

O vínculo profissional-usuário se estabelece a partir do momento em que o profissional se interessa pelo usuário, reconhecendo a sua singularidade e a realidade de vida em que este se insere, e assim estabelecendo conversas com conteúdo. Nessa direção, os profissionais da saúde são desafiados a compreender o usuário para além de sua doença, no sentido de reconhecer suas reais necessidades e ter

condições para promover a saúde de forma integral e integradora. A construção do vínculo profissional-usuário surge, em suma, como uma técnica empreendedora onde o profissional e o usuário podem agir juntos a favor do viver saudável.

Formar o vínculo profissional-usuário como requisito para a atuação na Estratégia Saúde da Família significa estreitar relações dialógicas com o outro, mas também é um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos numa perspectiva ampliada.

PROFESSIONAL-PATIENT BOND IN A TEAM OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

This study aimed to identify what is needed to get the professional-patient bond in the perspective of professionals and patients of a team from the Family Health Strategy. This is an exploratory and descriptive study of qualitative approach carried out in the Western region of the municipality of Santa Maria/RS, between the months of March and September 2010. The research was conducted by semi-structured interviews with 17 patients and three members of a family health strategy unit with a nurse and two community health Agents. The data analyzed gave rise to the categories: Recognizing the reality of the patient; It has established meaningful dialogue. The results showed that the professional-patient bond could be considered as a strategy of care, able to promote the completeness and uniqueness in health care. It is concluded that the professional-patient bond can expand significantly the possibilities of healthful living of individuals, families and community for the recognition of reality and potentiation of the resources and competencies of each individual in a singular and contextualized way.

Keywords: Family Health. Unified Health System. Bond.

VÍNCULO PROFESIONAL-USUARIO EN UN EQUIPO DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar qué es necesario para obtener el vínculo profesional-usuario en la perspectiva de los usuarios y profesionales de un equipo de la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado en la región oeste del Municipio de Santa Maria/RS, entre los meses de marzo y septiembre de 2010. La investigación fue realizada por medio de entrevista semiestructurada, con 17 usuarios y tres integrantes de una unidad de la Estrategia Salud de la Familia, de los cuales había una enfermera y dos Agentes Comunitarios de Salud. De los datos analizados surgieron las categorías: Reconociendo la realidad del usuario; Interesarse por el otro; y Estableciendo diálogos significativos. Los resultados evidenciaron que el vínculo profesional-usuario puede ser considerado como una estrategia de cuidado, capaz de promover la integralidad y la singularidad del cuidado en salud. Se concluye que el vínculo profesional-usuario puede ampliar significativamente las posibilidades del vivir sano de los individuos, familias y comunidad, por el reconocimiento de la realidad y potenciación de los recursos y competencias de cada individuo, de forma singular y contextualizada.

Palabras clave: Salud de la Familia. Sistema Único de Salud. Vínculo.

REFERÊNCIAS

1. Paim J. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*. 2009 jan-abr. [citado 2012 jun 12]; 33 (81):27-37. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>
2. Lobato LVC. Dilemmas of the institutionalization of social policies in twenty years of the Brazilian Constitution of 1988. *Ciência saúde colet*. 2009. [citado 2012 jun12];

14(3):721-730. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000300008&script=sci_arttext

3. Ministério da Saúde (BR). Sobre o SUS. Portal da Saúde. [on-line]. 2008. [citado 2012 jun 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395.

4. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma

- comunidade socialmente vulnerável. Ciênc saúde colet [on-line]. 2012. [citado 2013 jul 14]; 17(5):1151-1157. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf>
5. Galavote HS, Prado TN do, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciênc saúde colet. 2011. [citado 2013 jan 13; 16 (1):231-240.]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63015361022>
6. Backes MTS, Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. The meaning of healthy living in a socially vulnerable community in southern Brazil. Acta Paul Enferm. 2012. [citado 2013 jul 24]; 25(2):190-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a06v25n2.pdf
7. Gomes ALC and SA, Lenilde D de. The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. Rev Esc Enferm USP [on-line]. 2009; 43(2):365-372. [citado 2013 jul 24]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a16v43n2.pdf
8. Souza KMJ de, Duarte L and SA, Palha PF, Nogueira JA de, Villa TCS, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. Rev Esc Enferm USP. [on-line]. 2010. [citado 2013 jul 24]; 44(4):904-910. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_07.pdf
9. Bernardes AG, Pelliccioli EC, Marques CF. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. Ciênc saúde colet. [on-line]. 2013. [citado 2013 out 01]; 18(8):2339-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/18.pdf>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996
12. Horta NC, Sena RR de, Silva MEO, Oliveira SR de, Rezende VAA. Prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. Rev bras enferm.. 2009. [citado 2012 jun 12]; 62(4):524-529. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019598006>
13. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev saúde pública. 2008. [citado 2012 dez 12]; 42(3):464-470. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000300011&script=sci_arttext
14. Gehn M, Gehlen MH, Ilha S, Nicola GDO, Zamberlan C, Backes DS. Percepção de usuários de saúde em relação às ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. Disc Sci, Ser Ciênc Saúde. 2011; 12 (1):27-37. [citado 2013 jul 24]. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/36/2011/Saude/03.pdf>
15. Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. Rev gaúch enferm. 2010. [citado 2013 jul 24]; 31(1):55-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S198314472010000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Alves HMC, Dourado LBR, Cortes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. Ciênc saúde colet [on-line]. 2013. [citado 2013 out 01]; 18(10):2965-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a21.pdf>
17. Backes DS, Backes MS, Sousa FGM, Erdmann A L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. Cienc cuid saúde. 2008; 7(3):319-26. [citado 2011 jan 6]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6490/>.

Endereço para correspondência: Silomar Ilha. Rua Paulino Modernel, n. 148, Bairro Cassino. CEP: 96207-470. Rio Grande-RS/Brasil. E-mail: silo_sm@hotmail.com.

Data de recebimento: 28/01/2013

Data de aprovação: 27/02/2014