

Vínculo como Prática de Cuidado: Relato de Experiência Multiprofissional na Atenção Básica

Bonding as a Care Practice: A Report of Multiprofessional Experience in Primary Health Care

Camila Silveira Bergantini (orcid.org/0000-0002-5332-0820)¹

Alexandra Iglesias (orcid.org/0000-0001-7188-9650)²

Resumo

A Atenção Básica prima pela construção de vínculo entre equipes e usuários como possibilidade de efetivação dos princípios do SUS. Contudo, ainda é marcante no cotidiano das práticas a perspectiva do modelo biomédico, caracterizado por autoritarismos e centralismos na tomada de decisão. Isso convoca à reflexão sobre como se dão as intervenções e os efeitos das vinculações afetivas no trabalho em saúde. Assim, objetiva-se analisar a importância e os efeitos do vínculo entre profissionais e usuários para a potencialização do cuidado. Para isso expõem-se dois casos envolvendo crianças atendidas em uma Unidade de Saúde da Família pela equipe de residentes multiprofissionais e profissionais da Atenção Básica. Para a confecção deste estudo utilizou-se diário de campo produzido com a colaboração da residente e autora deste trabalho. Destaca-se que, após acolhimento e vinculação com o usuário e a família, foi possível conhecer outras realidades e demandas, que resultaram em intervenções mais efetivas de cuidado. Afirma-se a importância da aproximação com o território e as famílias acompanhadas, valorizando percepções e sentidos que cada um atribui às questões de vida para o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Vínculo. Acolhimento. Cuidado em saúde. Atenção primária à saúde.

Abstract

Primary Health Care (PHC) strives to create a bond between teams and service users as a way to implement the Universal Health System (SUS) principles. However, the biomedical model, characterized by authoritarianism and centralized decision-making, prevails in everyday practices. This calls for reflection on how interventions take place and the effects of affective bonds in healthcare. This experience report analyzes the importance and effects of professional-user bond to improve care by examining two cases involving two children attended in a Family Health Unit by the team of PHC multiprofessional residents and professionals. Data were collected by means of a field diary by the resident and author of this study. After user embracement and bonding with the patient and their family, other realities and demands emerged resulting in more effective care interventions. This reinforces the importance of interacting with the territory and accompanied families, valuing perceptions and meanings that each individual attributes to life issues for health care.

Keywords: Bond. User embracement. Health care. Primary health care.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir os serviços de saúde, propondo outro modo de assistência, baseado na promoção da saúde e na prevenção de doenças, que deve fazer parte do planejamento das políticas públicas. Isso implica considerar a determinação social do processo saúde-doença-cuidado, incluindo a abrangência da coletividade e o caráter histórico-social de tal processo, o que remete à convocação de diversas competências para o cuidado, inclusive a do usuário. Em outras palavras, é considerar que “o contexto social e a história de

¹ Clínica privada, Vila Velha, ES, Brasil. E-mail: camilasbergantini@hotmail.com

² Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. E-mail: leiglesias@gmail.com

vida individual e da coletividade irão influenciar positiva ou negativamente na saúde, a qual é um fenômeno eminentemente humano” (Rocha & David, 2015, p. 134).

Nesse contexto desenvolvem-se saberes e práticas de dimensões coletivas, uma clínica ampliada, comprometida com a realidade social dos usuários dos serviços de saúde, com a autonomia e o cuidado singular. Passa-se a valorizar relações mais próximas aos usuários, pautadas na confiança e favoráveis à construção de vínculo para a efetivação da atenção às necessidades de saúde. A equipe multidisciplinar, a partir de uma perspectiva de atuação interprofissional, comparece como importante elemento para a materialização dos novos compromissos firmados com a saúde, de modo a garantir o princípio da integralidade, estabelecido por esse sistema (Pinheiro, 2001).

A interprofissionalidade se destaca por sua proposta de compartilhamento de saberes e objetivos entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, configurando uma interdependência e integração das práticas voltadas para atender às necessidades das pessoas nos seus territórios (Peduzzi & Agreli, 2018). Tal proposta se apoia na prática colaborativa, no trabalho em equipe, em uma atenção centrada na pessoa e na comunicação dialógica para a efetivação de um cuidado mais resolutivo, sustentado na clínica ampliada.

Importante expor que, nesse cenário, a Atenção Básica (AB) é ordenadora do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Trata-se do contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, a chamada porta de entrada principal, bem como o centro de comunicação com toda a RAS. Sendo assim, é fundamental que a AB se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da coresponsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Assim, pressupõe-se uma lógica de organização e funcionamento da AB que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todos os usuários que a procuram, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Dessa forma, assume função central de acolher e escutar, dando um lugar legítimo às queixas dos usuários e oferecendo uma resposta positiva, resolutiva e coresponsável (Brasil, 2011).

Neste contexto, o vínculo, foco do presente trabalho, aparece na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como uma possibilidade de construção de relações de afetividade, respeito e confiança entre usuário e trabalhador da saúde, favoráveis ao aprofundamento do processo de coresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, com grande potencial terapêutico (Ministério da Saúde, 2011).

A relação terapêutica que se forja entre usuário e profissional dos serviços que compõem a rede cria, a cada caso e momento, uma estrutura singular que possibilita a criação de vínculos importantes na construção do cuidado, sem os quais as ações e intervenções correm o risco de serem suplantadas por tecnologias puramente medicalizantes, sem sintonia com as singularidades das situações (Ministério da Saúde, 2010).

Segundo a revisão sistematizada por Brunello et al. (2010) no que tange a essa temática na AB, o vínculo pode ser definido como a relação pessoal estreita e duradoura entre os

profissionais de saúde e os usuários, permitindo que laços sejam criados com o intuito de facilitar a condução e a continuidade do acompanhamento em saúde, tendo em vista o melhor conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida. Assim, a construção do vínculo visa facilitar o relacionamento dos usuários com a equipe, de modo que ambos busquem juntos as soluções dos problemas e a melhoria dos serviços.

Para Campos (1997), o vínculo amplia a eficácia das ações e favorece a participação do usuário da saúde durante a condução do cuidado, promovendo a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga, deseja e participa.

Barbosa e Bosi (2017) ressaltam a existência de poucos estudos que abordam o vínculo em termos teórico-conceituais. Destacam-se os estudos de Lima, Moreira e Jorge (2013) e de Bernardes, Pelliccioli e Marques (2013). Para os primeiros, o termo “vínculo” se refere a “um instrumento relacional que permite a circulação de afetos entre pessoas, além de se constituir em ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo” (p. 515). Bernardes, Pelliccioli e Marques (2013), por sua vez, conceituam vínculo como “um foco de experiência constituído pela correlação entre formação de saberes, normatividade de comportamentos e formas de subjetivação no que diz respeito a uma pragmática do sujeito em suas diferentes modalidades de relação consigo mesmo” (p. 2.339).

A construção do vínculo na AB pressupõe a possibilidade de um trabalho sensível e disponível aos encontros e relações que se dão cotidianamente, considerando o valor do afeto na condução do cuidado com os sujeitos. Sob essa ótica, é preciso se ater às formas de acolhimento nos serviços, posto que só é possível viabilizar essas vinculações por meio do acolhimento como prática constitutiva das relações de cuidado, que possibilita escuta qualificada e corresponsabilização. Alguns artigos (Arruda & Silva, 2012; Jorge et al., 2011) inclusive associam os termos “acolhimento” e “vínculo”, sendo o primeiro uma prática favorável à construção do segundo como um fenômeno relacional.

Segundo Teixeira (2004), entende-se o acolhimento como prática dialógica, isto é, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, que se dá em meio aos encontros da RAS. O acolhimento afasta-se das condutas que tendem a tratá-lo como uma atividade de recepção, de palestra sobre SUS, apostando-se em um acolhimento-diálogo, que compreende uma busca e escuta das necessidades dos usuários, sendo esse diálogo transversal e repleto de afetos. Segundo o autor, a beleza da conversa não está na homogeneização e no aniquilamento das divergências entre saberes, mas na emergência do ponto de convergência das diversidades (Teixeira, 2004), não havendo um saber que seja superior ao outro.

Conforme sinaliza Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe a reorganização dos serviços de saúde, a fim de garantir os princípios estabelecidos pelo SUS, na medida em que visa oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde

apresentado pelo usuário, tratando-se, assim, de uma postura que é transversal a todo processo de trabalho.

A efetivação de tais princípios nos apresenta práticas de saúde diferentes daquelas normalmente entendidas como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientado para o bom êxito de certo tratamento de uma pessoa, como já consagrado no senso comum. O cuidado envolvendo acolhimento e construção de vínculo trabalha, também, por meio da produção de um sujeito ativo e participativo no processo de negociação para a promoção à saúde. O cuidado se faz a partir da interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediado pelos vários saberes voltados para essa finalidade (Ayres, 2004). Dessa forma, cuidar não se reduz a reunir dados para elucidar diagnósticos e propostas terapêuticas, mas para além disso, requer aproximação, acolhimento, vínculo.

Para Grabois (2011), o cuidado de forma idealizada, que é recebido e vivido pelo usuário, é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando entre os vários cuidadores que circulam nos serviços. Uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, compõem o que entendemos como cuidado em saúde.

No entanto, apesar das normativas do SUS indicarem, por meio de seus princípios e diretrizes, mudanças importantes nas relações de cuidado pretendidas dentro do setor saúde, o cotidiano prático tem demonstrado que as relações nesse campo de trabalho ainda reproduzem, por vezes, a lógica autoritária que deslegitima os diversos discursos de saber/verdade, excluindo aquilo que os próprios usuários têm a dizer sobre si, ainda que de forma sutil, mascarada, e em nome da saúde dos usuários dos serviços. Barbosa e Bosi (2017) apontam certa invisibilidade do vínculo em algumas pesquisas, apesar da necessidade de sua existência como condição para funcionamento da AB em termos de corresponsabilização e longitudinalidade do cuidado.

Sendo assim, se faz importante atentar-nos para aquilo que estamos fazendo do/com o nosso trabalho, como forma de pensar cotidianamente em como vêm se dando nossas diferentes intervenções e os efeitos das vinculações e das relações afetivas engendradas no trabalho em saúde. O presente trabalho propõe, por meio de um relato de experiência, analisar a importância e os efeitos do vínculo entre profissionais e usuários para a potencialização do cuidado.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Esse programa constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado aos profissionais de saúde de diferentes categorias sob a forma de curso de

especialização. Caracteriza-se por ensino em serviço, cujo eixo orientador concentra-se na formação para atuação interprofissional nos três níveis de atenção em saúde. Tal programa de residência tem capacidade para responder às necessidades locais regionais e contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007).

O Programa abrange profissionais da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional que atuam na realização de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas em órgãos suplementares da instituição de ensino e em outras instituições conveniadas, durante, no mínimo, dois anos. Nesse período os residentes experienciam especificamente a vivência do trabalho interprofissional em saúde nos três âmbitos de atenção do SUS e, de acordo com a ênfase do Programa, voltado para a saúde da Criança e do Adolescente. Sendo assim, atuam, ao longo desse período, na AB, em Unidades de Saúde; na atenção secundária, no Ambulatório de Pediatria do HUCAM; e na atenção terciária, nos setores da Maternidade, UTI Neonatal e Enfermaria de Pediatria do hospital.

Em todos esses espaços a temática do vínculo comparece no trabalho das equipes da residência multiprofissional, diante da imprescindibilidade da aproximação com os usuários para a efetivação de intervenções à luz de um cuidado integral. No entanto, por vezes é possível perceber que a relação equipe-usuário se torna superficial e burocrática frente ao cotidiano de trabalho dos serviços, marcado pela sobrecarga profissional, o que acaba refletindo em situações de pouco acolhimento e na reprodução de uma lógica de trabalho e atuação focada unicamente no modelo biomédico. Assim, faz-se importante colocar em análise a construção de vínculo como uma prática indispensável para a efetividade de um cuidado integral em saúde.

Dentre os níveis de atenção vivenciados, destaca-se neste estudo a Atenção Básica como campo de reflexão, tendo em vista a sua potencialidade, afirmada em seus princípios de construção, fortalecimento e manutenção dos vínculos da equipe com os usuários. A Unidade de Saúde, representante desse nível de atenção, é um serviço de base territorial e principal contato introdutório dos usuários na rede de cuidado em saúde. Essa característica possibilita à equipe a ampliação dos conhecimentos sobre a realidade de saúde de cada sujeito, e oportuniza a construção de vínculo e a aproximação com os usuários, famílias, relações e contextos que os circundam, considerando o conceito ampliado de saúde, conforme apontam as normativas do SUS e a própria PNAB.

O relato de experiência foi escolhido porque permite a exposição e discussão da experiência vivenciada por uma equipe de residência multiprofissional no que se refere à temática dos vínculos entre equipe e usuários do serviço, visando contribuir com a problematização sobre o assunto e a proposição de questões para a melhoria do cuidado em saúde. O recorte dessa experiência se deu em uma Unidade de Saúde da Família (USF), composta por quatro equipes de Saúde da Família, com médicos, enfermeiros, técnicos de

enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e equipes de saúde bucal – com dentistas e técnicos de higiene dental –, além da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), composta por assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, profissional de educação física e psicólogo. Trata-se de uma Unidade que atende população de classes média baixa e baixa, ambas com acesso a escolas e aos serviços públicos de saúde.

Durante todo o período de inserção nesse serviço a equipe de residentes recorreu à escrita como instrumento de elaboração da experiência vivida, construindo diário de campo – com a colaboração da residente autora deste relato de experiência – como ferramenta de registro e recordação dos encontros, acontecimentos e experimentações marcantes do convívio no campo, como atendimentos realizados de modo interprofissional àquelas crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Era registrado nesse diário de campo, por exemplo, a história daquela criança e/ou adolescente, bem como as ações de cuidado propostas e efetivadas pela equipe ao usuário e sua família. A partir desse diário de campo foram selecionados os dois casos que contemplaram o maior número de profissionais e cuja construção de vínculo entre profissionais-usuário-família para seguimento do cuidado integral em saúde foi mais marcante.

Feito isso, buscou-se a aprovação do comitê de ética em pesquisa (parecer número 4.981.030), o consentimento (TCLE) dos responsáveis e o assentimento da criança e do adolescente envolvidos, em conformidade com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Foi garantido o sigilo, a confidencialidade e a proteção da identidade dos participantes. Os nomes dos usuários foram substituídos por nomes fictícios, para que eles não sejam expostos e identificados.

Discussões e relatos da vivência do vínculo como prática de cuidado

O vínculo nos serviços de saúde qualifica a relação entre trabalhador e usuário, sendo alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde, conforme apontado pela PNAB (Ministério da Saúde, 2011). O vínculo possibilita a construção de relação mais próxima entre trabalhador e usuário, que ultrapassa a tratativa meramente técnica e especialista, e colocam em cena a afetividade e a confiança, importantes para o cuidado em saúde. Além de um trabalho pensado como “emprego”, operacionalização de tarefas e procedimentos, ou cumprimento de metas, a aproximação e construção de vínculos evidenciam a riqueza do trabalho em ação, em que fluxos e forças emergem no cotidiano de quem trabalha e apresentam modos de trabalho possíveis que se dão pela emoção e contato singular com cada caso.

Contudo, é sabido que o cenário atual de encolhimento do Estado para as questões que perpassam o SUS tem produzido efeitos devastadores no que se refere à precarização das relações de trabalho e desmonte dos direitos conquistados, configurando uma grave ameaça à seguridade social. Esse contexto de desmonte também afeta a AB, por meio da PNAB 2017, por exemplo, que corrobora com as forças políticas conservadoras ao incentivar outras

estratégias de organização desse nível de atenção em contraposição a um modelo de AB integral. Está presente nessa política o incentivo, inclusive financeiro, de uma AB seletiva, que relativiza a universalidade do acesso ao trazer em seu texto 100% de cobertura restrita a certas áreas de risco e vulnerabilidade, ou, ainda, ao indicar a recomposição das equipes com uma quantidade menor de profissionais (Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

É possível citar, ainda, dentre outros documentos legais produzidos a partir de 2017, o programa Previne Saúde (Portaria nº 2.979, de 12 novembro de 2019), que substitui os critérios utilizados no PAB fixo e variável para financiamento da AB pelo “pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde; e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde” (Massuda, 2020, p. 1184). Esses documentos possivelmente repercutem direta ou indiretamente na construção de vínculo entre profissionais e usuários, uma vez que a equipe pode reduzir sua atenção para as questões de saúde que não estejam contempladas nas medidas de avaliação para financiamento, por exemplo.

O impacto desse processo também é percebido dentro dos serviços na sobrecarga dos profissionais da saúde, já que há um déficit de profissionais para atenderem as demandas apresentadas. Esse problema, associado à velocidade que domina o mundo contemporâneo, lançando certa imposição velada de que não é permitido perder tempo, repercute em um contexto laboral considerado apressado e superficial (Coimbra & Nascimento, 2004).

Assim, os princípios que orientam esse sistema de saúde são afetados diretamente, principalmente considerando que sua consolidação depende de uma postura de acolhimento, de estreitamento das relações entre os diversos atores sociais e de construção de vínculo para garantia da universalidade, equidade e integralidade do cuidado, que requerem tempo e disposição para sua efetivação. Nesse sentido, em contraposição a uma perspectiva de valorização do coletivo, do contexto territorial, da história dos sujeitos, do “fazer-com”, apresenta-se um cenário de práticas em que predomina um enfoque em procedimentos.

No período em que a equipe de residentes esteve na AB, foi possível ouvir de profissionais do serviço sobrecarregados com o trabalho que cabe ao trabalhador um papel meramente técnico, em que o afeto deve ser resguardado, bem como o maior envolvimento com os casos atendidos. Isso demonstrou, naquele momento, que a construção desse trabalho mais próximo aos usuários é uma realidade a ser constantemente construída, sendo algo que não está dado no trabalho em saúde, ainda que as normativas da área apontem para esses caminhos por meio dos seus princípios e diretrizes. Nesse sentido, o desafio do trabalho está em fazer o movimento contra-hegemônico de oposição às práticas que se dão de forma fragmentada e distante.

Essa situação materializada na AB se torna ainda mais problemática, tendo em vista suas funções gerais na RAS, que a legitima como resolutive, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes (Ministério da Saúde, 2011). Em consonância com as PNAB de 2006 e

2011, a aposta da equipe multiprofissional de residentes foi no acolhimento, na aproximação com os usuários e famílias acompanhadas e na construção do vínculo como uma prática de cuidado.

Ao longo da vivência na USF assumiu-se, então, o desafio de propor cotidianamente práticas que incluíssem os usuários na condução de seu próprio cuidado, assim como de problematização dos modos de operar que por vezes nos afastam da reflexão sobre o próprio processo de trabalho.

Nesse contexto, uma das propostas feitas pela equipe de residentes foi levantar e discutir essas temáticas na reunião das equipes da estratégia de saúde da família (ESF), entendendo esse lugar como propício às negociações cotidianas a respeito do trabalho em saúde (Iglesias, 2015). Isso sem dúvidas se colocou como um desafio, pois o objetivo não era culpabilizar ou criticar o modo de trabalho dos profissionais ali inseridos, mas sobretudo provocar, enquanto “olhar estrangeiro”, problematizações sobre o que estamos fazendo no/do serviço em que atuamos, e afirmar os espaços de reunião de equipe como um local de formação que possibilita analisar as práticas cotidianas, as implicações, as motivações, os investimentos produzidos em cada encontro, em cada relação e em cada agenciamento feito no dia-a-dia de trabalho.

Nesse sentido, a equipe de residentes pensou que a melhor forma de assegurar que não fossem culpabilizados os profissionais da USF ou prejudicada a relação com as ESF – considerando a hierarquização de saber – seria trazer essas discussões sobre o processo de trabalho e a construção de vínculo como uma prática de cuidado por meio do debate, nesses espaços, dos casos designados para atenção dessa equipe multiprofissional.

Vale destacar o quanto essa troca foi importante para a equipe de residentes nesses momentos de discussão, a qual conseguiu se sensibilizar com aqueles acontecimentos que distanciavam o profissional do fazer coletivo com o usuário, tornando-os aptos para fomentar, ainda que de forma limitada, lenta e gradual, pequenas rupturas em um modo de trabalho por vezes enrijecido, automático, mecânico e distante das dificuldades que apareceram naquele semestre (sobrecarga dos profissionais, poucos profissionais para darem conta de uma demanda territorial enorme etc.), em prol de uma maior aproximação com as famílias, com as crianças e adolescentes, e com o território que elas habitam.

O Programa de Residência buscou a construção de práticas interprofissionais capazes de se interporem à fragmentação dos saberes e dos fazeres por vezes presentes no trabalho em saúde, afirmando modalidades e estratégias de formação e discussão que, na rotina intensa de trabalho dos profissionais dentro do serviço, acabavam se perdendo.

O caso de Rick

Nesse período foi possível acompanhar um adolescente encaminhado aos residentes pela equipe de Saúde da Família que relatou provável situação de negligência, visto que sua

mãe não estava levando-o para realizar o acompanhamento de saúde adequado na USF. A equipe de Saúde da Família sugeriu o encaminhamento da família ao Conselho Tutelar.

Ao receber o relato, a equipe de residentes decidiu se aproximar dessa família por meio de visitas domiciliares, com o intuito de entender essas ausências na USF. Essa equipe era composta por psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social.

Dessa forma, conheceu-se Rick, um adolescente de 14 anos, acamado e diagnosticado com paralisia cerebral. Naquele momento ele morava com a mãe – sua principal cuidadora – o padrasto e dois irmãos, um dos quais com apenas três anos de idade e dependente dos cuidados maternos, assim como Rick.

Com as visitas domiciliares foi possível aproximar-se da história desse sujeito e conhecer seu contexto socioeconômico e físico. Rick residia em uma casa localizada em ladeira de difícil acesso, não possuía uma rede de apoio forte com vizinhos, familiares e demais equipamentos da rede de saúde e assistência, além da mãe e do padrasto não terem vínculo de trabalho formal; a renda da família advinha do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de Rick e do trabalho autônomo do padrasto.

A aproximação com a família viabilizou a construção de espaços de acolhimento e escuta cautelosa das demandas apresentadas, o que possibilitou inaugurar um cuidado com Rick e sua família, na medida em que a ação não foi reduzida exclusivamente à escuta e coleta de dados, mas se deixou tocar pelos afetos e movimentos da vida presentes nos encontros, captando as singularidades, a variabilidade e a imprevisibilidade que constitui o que é vivo, desviando-se, dessa forma, do campo da escuta meramente técnica (Heckert, 2007).

Nesse mesmo movimento a família também foi se vinculando à equipe, na medida em que era envolvida nas práticas de cuidado a Rick, sugeridas pelos profissionais de saúde. Os residentes foram construindo propostas de intervenção a partir da negociação com essa família sobre o que fazia sentido para os envolvidos, especialmente para o adolescente. Isso corrobora as discussões trazidas por Lima, Moreira e Jorge (2013), que destacam a potencialidade da vinculação na promoção da horizontalização e democratização das decisões para as práticas de cuidado. Trata-se de um movimento recursivo, em que o vínculo afirma a horizontalidade das relações, que, uma vez estruturadas desse modo, contribuem para a produção de vínculos, como conceitua Brunello et al. (2010).

Naquele período a família não conhecia as orientações destinadas ao usuário acamado, demandando instruções para a realização do cuidado e auxílio ao adolescente nas atividades cotidianas, como a escovação dos dentes, a alimentação, o banho, a mudança de decúbito, e os demais estímulos para minimizar a atrofia dos membros. Além disso, identificou-se a dificuldade de deglutição apresentada por Rick, que apresentava seletividade alimentar e consequente subnutrição.

Em meio aos atendimentos realizados no domicílio e, posteriormente, na própria USF, a equipe pôde discutir o caso e delinear, com a família e a equipe de saúde da família, um

Projeto Terapêutico Singular (PTS) para Rick, criando estratégias de cuidado a serem ofertadas pelas diferentes profissões de acordo com as demandas elucidadas e as urgências identificadas em parceria com o adolescente e sua família.

Vale destacar que o PTS consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas – para um sujeito individual ou coletivo – que advêm da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, em que todas as percepções são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. Importante expor que as percepções da equipe advêm das relações que vão sendo construídas ao longo da atenção em saúde prestada, a partir dos vínculos construídos com os usuários (Ministério da Saúde, 2008).

Aos poucos foi tecida uma importante relação de confiança com o usuário e sua família, fortalecendo o vínculo da equipe multiprofissional com o adolescente, que passou a reconhecer e responder à presença dos residentes por meio de gestos, expressões, risos e gritos.

Ao longo dos caminhos do cuidado com esse caso, foi possível refletir sobre a questão principal que chegou aos residentes com história do adolescente: a negligência. A possibilidade da estranheza diante dos fatos que chegavam à equipe multiprofissional permitiu abranger territórios diferentes daqueles que estavam colocados e enxergar além daquilo que estava dado em relação a essa família e a esse adolescente, ultrapassando os próprios estereótipos e interpretações realizadas a priori.

A ausência do adolescente na USF e nas consultas, bem como as poucas queixas da família em relação à condução do seu tratamento, eram, na verdade, manifestação da dificuldade dessa família em acessar o serviço, visto que o adolescente não tinha cadeira de rodas adequada e a localização da casa era de muito difícil acesso, fazendo com que a mãe tivesse que levá-lo no colo por um longo trajeto para qualquer tipo de atendimento. Esse contexto provocou o afastamento do usuário da equipe do serviço de saúde, contribuindo para uma desorientação dessa família em relação aos estímulos necessários no cuidado com o adolescente e evidenciando uma desassistência.

Essa situação de afastamento na AB é um importante instrumento de análise, tendo em vista os pressupostos desse nível de atenção, que se corresponsabiliza pela cobertura territorial e assistência resolutiva das demandas apresentadas e identificadas, lançando-se mão, para isso, de estratégias como as visitas domiciliares e o trabalho dos ACS.

A partir da construção do vínculo com o adolescente e sua família – por meio das visitas domiciliares, do acolhimento, da aproximação com o território, da escuta cautelosa, da clínica ampliada e interprofissional – foi possível pensar um cuidado a ser efetivado de forma mais direcionada às suas demandas reais, que não puderam ser evidenciadas no período em que estavam afastados e desassistidos pelos serviços de saúde do território. Assim, inaugurou-se um cuidado em consonância com aquilo que foi apresentado e pactuado com a família, e não imposto pelos profissionais tidos como especialistas. Desses atos de cuidado, vale destacar:

a inserção da mãe do adolescente no Grupo de Pais conduzido pela psicologia, em função das demandas e dificuldades apresentadas por ela; a inserção do adolescente no projeto Tecnologia Assistiva e Terapia Ocupacional para a Comunidade (TATO), para acompanhamento terapêutico e confecção de órtese; visitas domiciliares de avaliação e orientações ao usuário acamado, referentes à sua rotina e atividades de vida diária; atendimento nutricional com orientação de suplementação; avaliação fonoaudiológica com instruções de atividades para melhor desempenho e coordenação da deglutição; oferta de espaços de atendimentos na USF com equipe multiprofissional, principalmente para a família, visto a dificuldade de Rick em se fazer presente nesse espaço.

A experiência com Rick pôde ser compartilhada com a ESF, tendo lugar dentro das reuniões da equipe de referência, que potencialmente teve que lidar com os questionamentos trazidos por essa equipe “estrangeira”. Isso fomentou momentos de reflexão sobre como as práticas de cuidado em saúde estavam ocorrendo, além de possibilitar uma reaproximação dos profissionais da USF com o caso, implicando-os no cuidado com o adolescente a partir da pactuação de estratégias de cuidado com a equipe de residentes. Problematizar essas questões e colocar em análise aquilo que estava cristalizado ao olhar profissional só foi possível quando a aproximação com essa família se efetivou, sustentada por uma visão aberta e sensível às relações e sentimentos imbricados nesses encontros. Entende-se que a efetivação desse cuidado depende da construção de relação de confiança, que implica disponibilidade em estar com o outro, que é diferente em suas histórias, vivências, contextos e saberes.

Segundo Teixeira (2004), não se pode falar de uma relação verdadeiramente terapêutica sem que haja uma relação de confiança. É nesse campo da confiança que aparecem os traços de singularização que marcam os sujeitos, traços esses importantes para a compreensão das demandas de cada um.

Nesse sentido, ao longo do acompanhamento e das discussões sobre esse caso – e tantos outros – apostou-se em um trabalho que se propôs a construir uma relação de cuidado, que só se forma efetivamente se o profissional de saúde estiver interessado e disponível ao usuário. Quando o profissional está cristalizado em determinadas posições e/ou discursos de saber/verdade apriorísticos, que não o deixam afetar por aquilo que se apresenta como singularidade, dificilmente se abre à possibilidade de acessar de fato as famílias e usuários dos serviços; ele provavelmente ficará na superficialidade, em que qualquer ação somente irá tamponar aquilo que se apresenta enquanto demanda real. Desse modo, torna-se necessário reposicionar condutas do profissional frente às situações-problema com as quais se depara, no sentido de promover o acolhimento das demandas das famílias e indivíduos atendidos, construindo e/ou fortalecendo vínculos imprescindíveis ao cuidado com o outro, como identificado com o caso de Rick.

Observa-se que quando o profissional assume o lugar de especialista – que pretende saber o que é melhor para o outro antes de qualquer relação com ele, segundo um modelo ideal de saúde – ocupa-se uma posição em que qualquer intervenção é feita para o outro, e

não com ele, que é sujeito ativo e protagonista da sua singularidade e saúde. Assim, erige-se um comportamento que supõe essa como a tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao usuário o lugar de objeto da sua ação. Com isso, faz-se necessário buscar um reposicionamento diante de um modo de trabalho que ainda hoje se encontra atrelado a uma noção de especialismo, em que o profissional ocupa lugar do suposto saber e se coloca como portador de uma verdade sobre o sujeito (Heckert, 2007).

Conforme apontam Coimbra e Leitão (2003), em meio aos especialismos sempre há a possibilidade de produzir rupturas, outras construções e conexões, outras subjetividades que não as hegemônicas. Dessa forma, os sujeitos atendidos nos serviços de saúde – segundo essa concepção – não podem ser entendidos como possuidores de uma natureza ou essência, visto que eles são produzidos e produtores, estão constantemente em movimento e, assim, com ilimitadas possibilidades de ser.

A proposta de aproximação aos usuários e famílias possibilitou enxergar além do que estava posto em relação a estes, permitindo intervenções consonantes com as demandas reais apresentadas por eles, e não guiadas pelo que se supunha saber: nesse caso, a negligência. Nesse sentido, aos profissionais envolvidos no cuidado com Rick se apresentou, enquanto efeito da construção do vínculo, que só se torna possível intervir de forma comprometida naquilo que se conhece.

O encontro com os usuários, permeado por afetos e relações singulares, tornou possível a construção de um trabalho diferente daquilo que estavam habituados a ver dentro do serviço de saúde, em que aos profissionais cabia o lugar de suposto saber, que assume o papel de dizer, enquanto especialistas, o que é melhor para o outro. Quando se trabalha pela via da vinculação, como no caso de Rick, permite-se que apareça outra relação entre profissionais e usuários, sustentada na corresponsabilização pelo cuidado em saúde.

Esse movimento de trabalho da equipe da residência multiprofissional, que pôde ser ilustrado por meio desse caso, fez diferença para as equipes da USF, na medida em que mostrou novas possibilidades de trabalhar o olhar profissional, que se encontrava naquele momento cristalizado diante das dificuldades e dos desafios cotidianos. Os efeitos não foram imediatos, mas a presença dos residentes na rotina da USF acabou fomentando pequenas desconstruções e reconstruções em um modo de trabalho da ESF, que se fazia, por vezes, mecânico, distante e protegido da aproximação, do contato, do diálogo, ainda que isso fosse algo que os profissionais não percebessem em um primeiro momento.

O caso de Jô

O caso de Jô foi outro acompanhado pela equipe de residentes na AB que levantou a discussão do vínculo como prática importante de cuidado em saúde. Trata-se de uma criança de oito anos referenciada na USF e encaminhada aos cuidados dos residentes em função de seus comportamentos agitados, que sugeriam à família e à escola o diagnóstico de Transtorno



de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), demandando acompanhamento com equipe multiprofissional.

Desde o primeiro contato dos residentes com a família de Jô compareciam demandas endereçadas à correção dos comportamentos da criança tidos como inadequados, como a agitação em momentos em que lhe era solicitado calma, bem como o constante descumprimento de regras. Além disso, a família, representada pela avó paterna – principal cuidadora – constantemente questionava sobre a importância da medicalização da criança, algo que a escola também reforçava e cobrava dela.

Após ouvir com cuidado as questões elucidadas pela família, centralizadas no suposto diagnóstico, entendeu-se que, antes de qualquer intervenção, era necessário também conhecer a criança, se aproximar dela, entender o que se apresentava enquanto demanda e ouvi-la como sujeito que pode falar de si.

Nos momentos em que a equipe esteve com Jô, ele se mostrava inteligente, responsivo, disposto a falar sobre si e a realizar as tarefas solicitadas, ainda que, em alguns momentos, se agitasse e desinteressasse pelo que era proposto, principalmente quando os atendimentos eram realizados na presença de sua família, ou quando envolviam o contato com outras crianças também atendidas pela equipe.

Mediante tal aproximação, a hipótese diagnóstica trazida pela família soou distante da realidade que estava sendo vivenciada nos encontros, o que trouxe uma série de questionamentos acerca da demanda e do diagnóstico que chegou dado, categorizando o sujeito antes mesmo que os profissionais pudessem conhecê-lo. Assim, ao longo desse trabalho e processo de vinculação com a criança e sua família, a equipe se inquietou com a forma como o caso estava sendo entendido e trabalhado pelos serviços, tendo em vista a discrepância com o que estava sendo ali identificado.

E foi efetivamente o acolhimento ofertado pela equipe que transformou o contato de Jô com o serviço, bem como a própria condução da atenção prestada, posto que, por meio da escuta e da aproximação, foi possível entender o sujeito a ser cuidado além daquilo que estava reduzido a um diagnóstico, fadado a ser encaminhado para acompanhamento em programas específicos de TDAH e/ou de saúde mental.

Importante destacar que não é incomum adotar no campo da saúde práticas e discursos que falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com o sujeito, escutando e problematizando suas necessidades e projetos de vida. Assim o trabalho acaba sendo instituído no campo moral, que é prescritor de modos de vida e redutor do sujeito a suposta identidade não indagada e colocada em análise (Heckert, 2007), como ocorreu com o diagnóstico de TDAH no caso de Jô.

As inquietações que esse caso causou por causa da diferença entre aquilo que identificava Jô nos serviços e aquilo que se apresentava em meio ao trabalho, promoveram discussões entre a equipe da residência e a ESF, e moveram os profissionais a estarem mais próximos do caso, com propostas de ações e intervenções, bem como de construção de uma

rede articulada de cuidados, dentre os quais cabe destacar: a inserção de Jô no grupo de crianças realizado na USF quinzenalmente pelos residentes; a interlocução com a escola e a realização de estudo de caso envolvendo a equipe de saúde e as referências escolares; o contato com os demais equipamentos da RAS que acompanhavam Jô, inclusive com o programa de TDAH do ambulatório de pediatria, no qual já havia sido atendido; os atendimentos à criança e à família, tanto com a avó quanto com sua mãe, que, apesar de não ser a principal responsável pelos cuidados naquele momento, mantinha um vínculo forte com Jô.

A atenção dada à escuta da criança e da família, as contribuições da escola e dos demais serviços da RAS, e as percepções da ESF de referência que o acompanhava fizeram os residentes olharem e perceberem um sujeito diferente daquele estereotipado em prontuários e condutas que já há algum tempo o reduziam a um diagnóstico e a um cuidado direcionado ao TDAH, deixando de lado a concepção ampliada de saúde que deveria considerar a influência dos determinantes sociais na vida de Jô e em suas questões apresentadas. Interessante destacar que Jô havia sido avaliado anteriormente em programa ambulatorial específico de TDAH e recebido alta por não apresentar elementos que justificassem o diagnóstico, no entanto a conduta da rede que o acompanhava seguia respaldada por essa via.

A presença da residência multiprofissional nos cuidados a esse caso, por meio de uma atuação interprofissional caracterizada por uma articulação em rede, acolhimento e respeito aos saberes e demandas da família e da criança, possibilitou a construção de relação responsável com a saúde de Jô. Foi possível a construção do entendimento da equipe de que existiam outras questões que perpassavam essa criança, as quais se mantinham sombreadas pelo peso do diagnóstico dado, que não vinha sendo questionado pelos profissionais e serviços de saúde que o atendiam.

O contexto familiar que envolvia Jô naquele momento por exemplo, parecia afetar diretamente os seus comportamentos: o seu pai, com quem tinha um vínculo importante, estava preso há algum tempo e a criança desconhecia tal fato, sendo privada de visitá-lo ou manter outro tipo de contato; a sua mãe começou a trabalhar fora, dispondo de pouco tempo para se dedicar aos cuidados com ele, que sentia essa ausência; a avó paterna, que se responsabilizava por esses cuidados, possuía hemiparesia grave e outras complicações de saúde, que dificultavam sua presença enquanto referência e autoridade para a criança, fazendo com que ela precisasse da ajuda de uma irmã de idade avançada, tia-avó de Jô. Assim, ficou marcada a ausência de uma figura fixa cuidadora de Jô, que se revezava entre casas e pessoas com quem mantinha relações diferentes de interesse e atenção, além de circular por ambientes com regras e cobranças distintas.

Isso mostrou que, além do suposto diagnóstico, sempre existe um sujeito com uma série de demandas passíveis de serem consideradas, que influenciam na sua saúde e nas questões apresentadas como queixas, algo que teria ficado ausente das intervenções se a

equipe não tivesse se proposto a estar próxima, articulada com a rede, se vinculando e acolhendo o que se apresentava em meio ao trabalho e por vezes nas entrelinhas.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), as relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos e a confiança são as que possibilitam captar a singularidade, o contexto, o universo cultural e os modos específicos de viver determinadas situações por parte dos usuários, enriquecendo e ampliando as intervenções da equipe. Sendo assim, é no território das relações, dos encontros, e do trabalho vivo em ação que os processos produtivos se realizam, sempre nas intercessões entre equipe e usuários.

Importante pontuar que o interesse da criança e da família pelo grupo e pelos atendimentos, como também a sua própria adesão às propostas da equipe, só foram possíveis mediante a aproximação cautelosa e a construção dessa relação de vínculo e confiança, visto que, apesar de serem referenciados na USF, pouco procuravam o serviço, concentrando os atendimentos em ambulatórios e pronto atendimentos.

Isso faz pensar que, se nos deixamos atuar pelo tecnicismo puro, conformando-se ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade técnico-científica, caímos em relações verticais em que os especialismos atuam ditando aquilo que é melhor ou pior de forma superficial, sem oportunizar e acolher o que os usuários têm a dizer sobre si e sobre sua história, culminando em episódios de afastamento dos serviços de saúde. Assim, promover relações horizontais e criar canais de escuta e diálogo é construir uma relação de vínculo e confiança, como no caso de Jô. A construção dessa relação, portanto, se faz prática importante de cuidado em saúde, tanto no que tange à adesão dos sujeitos aos serviços, na medida em que se passa a cuidar daquilo que se apresenta enquanto demanda real, e não de nosso suposto saber, quanto no seu próprio comprometimento com a sua saúde, posto que o sujeito passa a se reconhecer enquanto sujeito ativo e corresponsável em seu processo de cuidar.

Considerações finais

A oportunidade de inserção da equipe de residência multiprofissional no território delimitado pela USF possibilitou o convívio em diferentes espaços com diversos atores sociais, que trouxeram inúmeras descobertas no cotidiano do cuidado em saúde. Uma delas, que direcionou a prática colaborativa e interprofissional, foi a possibilidade de construção de vínculo com os usuários, que se mostrou potente prática de cuidado e de promoção à saúde. Foi possível construir em um tempo contínuo, com aqueles usuários e suas famílias, uma relação intersubjetiva que abriu espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades daqueles sujeitos, caracterizado por Pinheiro (2001) como cuidado em saúde. Acrescido disso, a promoção à saúde se afirmou também, nas articulações intersetoriais efetivadas a partir do encontro com as realidades dos sujeitos atendidos.

A equipe composta por profissionais de diferentes categorias, com diversas formações e olhares sobre os usuários, fez-se fundamental nessas descobertas, visto que se propôs

trabalhar interprofissionalmente o compartilhamento dos casos, discutindo e traçando conjuntamente propostas de projetos terapêuticos para cada um deles, ainda que uma profissão pudesse protagonizar mais do que outra em um determinado momento. Assim, foi possível escapar do tecnicismo puro e trazer à tona a compreensão ampliada dos usuários, não os fragmentando de acordo com profissões e especialidades, mas, ao contrário, valorizando os sujeitos, suas histórias e os aspectos culturais e éticos implicados em suas experiências e escolhas.

Em outras palavras, é possível afirmar que essa experiência possibilitou perceber o quanto o fazer no campo da AB requisita uma aproximação com o território e as famílias acompanhadas, valorizando as crenças e saberes do senso comum e as percepções e sentidos que cada usuário e comunidade atribui às questões de saúde e de vida de modo geral.

Para que a atuação profissional seja transformadora, não pode se dar de forma distante, isolada e desarticulada, pois ela envolve afetos, interesses, disponibilidades, construção de relações de confiança com as famílias, e isso só pode se dar por meio de uma aproximação com elas e com tudo que as cerca.

Possibilitar a construção desse trabalho se tornou mais fácil para a equipe de residentes, que, respaldados pela proposta do programa de residência, puderam organizar sua própria agenda e processo de trabalho, zelando por espaços reservados para formação, discussão e planejamento das atividades. Isso propiciou momentos de análise de implicação e do trabalho, bem como de elaboração de intervenções interprofissionais em consonância com a proposta de cuidado dessa residência.

Os casos atendidos pela equipe ao longo desse período evidenciaram, ainda, a complexidade dos sujeitos que utilizam a AB e os limites da prática clínica individualizante unicamente centrada na doença. Valorizou-se neste estudo a clínica ampliada, na medida em que se buscou integrar várias abordagens a fim de possibilitar o manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e interprofissional.

A experiência de afirmação desse outro modo de trabalho por parte dos residentes nessa USF não foi fácil, uma vez que, por exemplo, o próprio trabalho em equipe gera cotidianamente divergências conceituais e nas práticas em saúde. Sendo assim, foi possível apreender que essa modalidade de trabalho é uma construção que não está esgotada, só podendo ocorrer cotidianamente em meio aos processos e relações que configuram o campo laboral.

Outro desafio que convém destacar se refere à experiência de aproximação e construção dessa outra relação com os usuários. Não foi fácil afirmar essa construção de vínculo como prática de cuidado dentro de um território onde prevalece uma concepção de saúde – ainda enraizada nos usuários e nos próprios profissionais – que prevê que a USF deve ser buscada unicamente em caso de adoecimento físico e psíquico.

Nesse sentido, o trabalho nesse campo implica permitir a emergência de novos modos de trabalho, diferentes daqueles que em muitos momentos estão cristalizados em posições que não se deixam tocar pelos afetos e singularidades dos movimentos da vida. Isso requer que os profissionais escapem à tecnicidade como valor absoluto, apostando em uma postura profissional que se deixe habitar pela estranheza e afetar por sensações desconhecidas, e, assim, viabilizar agenciamentos, como nos casos de Rick e Jô, que levem à produção do inédito e viabilizem a construção do trabalho em saúde.

Por fim, considerando que o presente trabalho é um relato de experiência vivenciada no contexto de uma residência multiprofissional, vale pontuar como elemento limitador o fato de o período de trabalho na AB ser restrito, não permitindo o acompanhamento longitudinal das repercussões das práticas aqui relatadas na atenção e nas outras situações similares que testemunharam. Acredita-se que este relato de experiência possa contribuir com outras equipes da AB na análise constante de suas práticas cotidianas na direção de uma clínica ampliada.

Referências

- Arruda, C., & Silva, D. M. G. V. (2012). Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 758-766. Doi: 10.1590/S0034-71672012000500007
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Barbosa, M. I. S., & Bosi, M. L. M. (2017). Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1003-1022. Doi: 10.1590/s0103-73312017000400008
- Bernardes, A. G., Pelliccioli, E. C., & Marques, C. F. (2013). Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2339-2346. Doi: 10.1590/S1413-81232013000800018
- Brunello, M., Ponce, M. A., Assis, E. G., Andrade, R., Scatena, L., Palha, P., & Villa, T. C. (2010). O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 131-135. Doi: 10.1590/S0103-21002010000100021
- Campos, G. W. S. (1997). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In L.C.O. Cecilio (Org.), *Inventando a mudança na saúde* (2a ed., pp. 29-87). Hucitec.

- Coimbra, C. M. B., & Leitão, M. S. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia e Sociedade*, 15(2), 6-17. Doi: 10.1590/S0102-71822003000200002
- Coimbra, C. M. B., & Nascimento, M. L. (2004). Sobreimplicação: Práticas de esvaziamento político?. In E. M. Arantes, M. L. Nascimento, & T. M. G. Fonseca (Orgs.), *Práticas PSI: Inventando a vida* (pp. 27-38). <https://app.uff.br/slab/uploads/texto22.pdf>
- Franco, T., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353. Doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019
- Grabois, V. (2011) Gestão do cuidado. In R. Gondim, V. Grabois. & W. Mendes junior (Orgs.), *Qualificação dos Gestores do SUS* (2a ed., pp. 153-190). Fiocruz;ENSP;EAD.
- Heckert, A. L. (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?. In R. Pinheiro, & R. Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade: O cuidado como valor* (pp. 199-212). CEPESC.
- Iglesias, A. (2015). O Matriciamento em Saúde Mental sob Vários Olhares [Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo] Repositório UFES. <https://repositorio.ufes.br/items/3a53bd18-0073-478b-b222-f979279dab15>
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7),3051-3060. Doi: 10.1590/S1413-81232011000800005
- Lima, L. L., Moreira, T. M. M., & Jorge, M. S. B. (2013). Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 514-522. Doi: 10.1590/S0034-71672013000400008
- Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1181-1188. Doi: 10.1590/1413-81232020254.01022020
- Merhy, E. E. & Feuerwerker, L.C.M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In A. Mandarino, & E. Gomberg (Orgs.), *Leituras de novas tecnologias e saúde* (pp. 29-74.). Editora UFS.
- Ministério da Saúde. (2008). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Editora MS. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

- Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Editora MS. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Ministério da Saúde. (2011). *Política Nacional de Atenção Básica*. Editora MS. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 11-24. Doi: 10.1590/0103-1104201811601
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl 2), 1525-1534. Doi: 10.1590/1807-57622017.0827
- Pinheiro, R. (2001) As práticas no cotidiano em relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In R. Pinheiro, & R. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 65-112). IMS-UERJ.
- Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007*. (2007, 12 de janeiro). Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf
- Rocha, P. R., & David, H. M. S. L. (2015). Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(01), 129-135. Doi: 10.1590/S0080-623420150000100017
- Teixeira, R. (2004). As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. [Apresentação de Trabalho] Research Conference on: rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América. São Diego, California, Estados Unidos.

Recebido em: 27/07/2020

Aprovado em: 5/01/2022