

### O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam

The power of the bond for Healthcare production: what guiding users teach  
US (abstract: p. 14)

El vínculo como potencia para la producción del cuidado en Salud: qué nos enseñan los usuarios-guía (resumen: p. 14)

**Clarissa Terenzi Seixas<sup>(a)</sup>**  
<claseixas@gmail.com> 

**Rossana Staeve Baduy<sup>(b)</sup>**  
<robaday@gmail.com> 

**Kathleen Tereza da Cruz<sup>(c)</sup>**  
<keke.kathleen@gmail.com> 

**Maira Sayuri Sakay Bortoletto<sup>(d)</sup>**  
<mairuska@gmail.com> 

**Helvo Slomp Junior<sup>(e)</sup>**  
<helvosj@gmail.com> 

**Emerson Elias Merhy<sup>(f)</sup>**  
<emerhy@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Enfermagem em Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20551-030.

<sup>(b, d)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil.

<sup>(c, f)</sup> Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil.

<sup>(e)</sup> Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

O artigo problematiza os achados, em um município do Sul do Brasil, de uma pesquisa sobre a produção de cuidado nas redes de atenção à saúde, no que se refere à potência do vínculo como conceito-ferramenta para a reorganização dos processos de trabalho de equipes de saúde. A estratégia metodológica foi a abordagem cartográfica, mediante o acompanhamento de experiências vividas com três usuários-guia, visando aproximar a perspectiva dos investigadores daquelas dos usuários. Problematizou-se o reconhecimento mútuo e a busca de relações simétricas, com deslocamento das posições de saberes como condição ética para a emergência do vínculo. Propõe-se a construção do vínculo como potente estratégia para transformação das práticas cotidianas de saúde, a partir de um projeto ético-estético-político centrado nas demandas e necessidades em saúde dos usuários, em sua singularidade, e mediante relações simétricas.

**Palavras-chave:** Relações interpessoais. Prática profissional. Assistência integral à saúde. Vínculo. Necessidades de saúde.

## Introdução

Este artigo problematiza os achados relacionados à produção do vínculo nas práticas de saúde recolhidos a partir de uma investigação com usuários-guia e busca dar visibilidade a questões que tensionam as estratégias utilizadas pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) ao organizarem suas práticas de cuidado.

Segundo Cecílio e Matsumoto<sup>1</sup>, o vínculo é um dos componentes operacionais que compõem as necessidades de saúde de usuários. Sua produção foi defendida como diretriz tecnoassistencial em várias experiências municipais<sup>2-7</sup> de implantação do SUS nas décadas de 1980-90. No fim dos anos 1990, é possível encontrá-lo em alguns documentos ministeriais relativos à Atenção Básica (AB) sob o nome de “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, uma versão do conceito como algo propiciado pela convivência contínua e com potencial para “[...] a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos”<sup>8</sup> (p. 15). Documentos do início dos anos 2000 o trazem como diretriz operacional para a materialização dos princípios do SUS<sup>9</sup>. Na portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>10</sup>, o termo é entendido ora como princípio, ora como fundamento e diretriz da Atenção Básica, e aparece sob uma definição mais precisa, na qual o vínculo “[...] consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.”<sup>10</sup>. Traz, ainda, o vínculo como dispositivo requerido para a coordenação do cuidado:

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.<sup>10</sup>

Chamando a compreensão expressa na PNAB para o debate, sem, no entanto, tomá-la como portadora de uma verdade sobre o tema, o vínculo implicaria no conhecimento das histórias de vida dos usuários e constituiria algo que precisa ser permanentemente construído entre trabalhadores e usuários, algo que implicaria uma confiança mútua e que, propomos, constituiria a expressão do acontecimento do cuidado, tomado aqui como produção no encontro intercessor<sup>11,12</sup>.

Brunello et al.<sup>13</sup>, em uma revisão sobre vínculo na atenção à saúde no Brasil, concluem que o estabelecimento deste tipo de relação entre equipes e usuários poderia, inclusive, melhorar o conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida e motivá-los a buscarem juntos as soluções para estes e para a melhoria dos serviços. Garcia Jr.<sup>14</sup> aborda as relações de poder que a prática de produção de vínculo engendra entre sujeitos do cuidado e afirma que essa pode se estabelecer “[...] mesmo nas diferenças entre si, de traduzir e remontar, a partir da troca de experiências, um *ethos* do cuidado.”<sup>14</sup> (p. 129).

Entende-se que o vínculo será ou não desenvolvido no contexto do trabalho em saúde a dependendo do modo como se dão as relações entre trabalhadores de diversas

formações e destes com os usuários. É da natureza do trabalho em saúde ser vivo e produzido em ato nos vários encontros entre trabalhador e usuário, no qual ambos exercem seu autogoverno, trazendo consigo seus valores e histórias de vida<sup>15</sup>. O sentido que será impresso às práticas de saúde – e, por consequência, os usos que serão dados aos protocolos e normas operados pelos profissionais de saúde – estão em intensa negociação e disputa. Este processo ocorre em arenas atravessadas por forças implicadas política e socialmente em disputas de projetos, impondo finalidades no processo de produção do cuidado que nem sempre serão a cura e a promoção<sup>16</sup>.

Assim, pergunta-se: qual a potência do vínculo como conceito-ferramenta<sup>17,18</sup> para a reorganização dos processos de trabalho das equipes? Será que em nome do vínculo também se cometem iatrogenias, interdições e microviolências cotidianas? Quais valores éticos e morais têm sustentado a construção de vínculos no cotidiano do trabalho em saúde? Convidam-se as experiências vividas com os usuários-guia<sup>19</sup> no trabalho de campo realizado em um município do Sul do Brasil, bem como as aprendizagens decorrentes destas, para este debate.

## Metodologia

As experiências aqui analisadas foram recolhidas na pesquisa intitulada “Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, realizada no período de dezembro de 2013 a dezembro de 2016 em âmbito nacional por 52 pesquisadores da linha de pesquisa interinstitucional “Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde”<sup>20,21</sup>. Objetivou-se analisar a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde em 17 municípios das diversas regiões brasileiras, a partir da compreensão de que, para além de normas e hierarquias profissionais e institucionais, o cuidado é também uma produção agenciada pelos trabalhadores na sua micropolítica e nos diferentes projetos que disputam<sup>19,22</sup>.

A análise apresentada refere-se às experiências de produção do cuidado acompanhadas em encontros mensais de dois a três dias/meses junto com equipes de três unidades básicas de saúde (UBS) e de uma unidade de pronto atendimento (UPA), incluindo também encontros com trabalhadores de outros serviços.

A pesquisa foi realizada a partir de uma abordagem cartográfica, que busca produzir conhecimento a partir dos afetos e intercessões vividos no processo de investigação, inclusive pelos pesquisadores, e objetiva dar visibilidade e dizibilidade às tensões presentes nestes encontros, dando língua ao que era sentido, mas ainda não enunciado<sup>23-25</sup>.

Desse modo, dos encontros entre os pesquisadores, tanto aqueles externos aos serviços quanto aqueles que eram também eram protagonistas do processo de produção do cuidado (usuários, trabalhadores e gestores), foi possível, junto com os usuários-guia, extrair as cenas apresentadas neste artigo.

O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto

para a de cofabricante do conhecimento<sup>20,21</sup> e do cuidado. Nesta pesquisa, acompanharam-se os usuários-guia Sueli, Ricardo e Rosa. Os nomes são fictícios.

A pesquisa cumpriu os princípios éticos da Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para a obtenção do consentimento informado dos participantes, e garantiu a confidencialidade dos dados. A investigação foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

## Resultados e discussão

Os resultados da pesquisa considerados centrais para a reflexão proposta neste artigo foram trazidos na forma de cenas do acompanhamento de três usuários-guia, apresentadas nesta seção de forma entrelaçada com a discussão.

### Reconhecimento mútuo como condição para a construção de vínculo

Sueli é uma senhora de 47 anos que, no início de 2014, inicia seu périplo por diferentes pontos da rede de saúde, referenciada ou por conta própria, com queixas recorrentes de dor de cabeça, tonturas e visão embaçada. Após inúmeras incursões infrutíferas pela rede, obtém o diagnóstico de um tumor cerebral benigno de cerca de sete centímetros de diâmetro no lobo frontal e realiza uma cirurgia para sua retirada, não sem dificuldades para conseguir tal intervenção, mesmo após o diagnóstico. Em uma de nossas idas à UBS da área de referência de Sueli, a equipe responsável pelo seu cuidado nos convida a visitá-la.

Ao chegar ao domicílio, uma cena inesperada: os trabalhadores da equipe são impedidos de entrar. Gentilmente, Sueli afirma que o problema já foi resolvido e que não precisa mais da unidade. Revela, inclusive, que pretende contratar um plano privado de assistência à saúde, pois já não quer mais depender do sistema público, teve uma experiência que considera ruim. Neste momento, atingimos o clímax da cena ao assistir, atônitos e impotentes, toda a equipe – médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde (ACS) – fincarem pé em frente ao portão de Sueli, reivindicando seu direito de entrar no domicílio e discutindo, em alto e bom som, que essa negação teria sido causada por uma suposta confusão mental e dificuldades cognitivas provocadas pelo tumor. Partimos, finalmente. Os membros da equipe estavam visivelmente revoltados com o ocorrido e alguém sugere interdita-la. (Fragmento de diário de campo)

Se tomarmos o conceito de vínculo expresso nas políticas, podemos pensar que, se em algum momento da relação entre Sueli e aquela equipe houve o estabelecimento de um vínculo, ele inexistia na cena presenciada. Nesta cena, assim como ocorre com tantas Suelis que atendemos diariamente, muitas vezes fecha-se a porta e o vínculo não se dá. Mas o que a levou a abrir mão de uma possibilidade de vínculo com a equipe? Parece que aí tocamos em um ponto-chave para refletir sobre os acontecimentos da trajetória de Sueli.

Ao não conseguir o cuidado que buscou, ela deixa de ver a equipe como referência; esta, por sua vez, busca uma explicação para a conduta de Sueli dentro de um certo

repertório de conhecimentos: “ela está confusa, ela tirou um tumor da cabeça e isso afetou seu raciocínio”. Assim, ao indicar uma suposta condição incapacitante de Sueli, a equipe questiona a sua autonomia; mas Sueli se incomoda justamente por se recusar a aderir a um projeto traçado sem sua participação e por não aceitar perder o controle sobre seu corpo e sua vida como condição para o vínculo. Um desencontro se estabelece, restando como alternativa à equipe um intervencionismo imediato e radical sobre os problemas de saúde<sup>26</sup>, agenciado em torno da diretriz de se responsabilizar a qualquer custo pelo cuidado do usuário, mesmo que, para tanto, precise construir vínculo “à força”. Mas será que é possível construir vínculo unilateralmente, no exercício do controle sobre a vida do outro?

Percebe-se a repetição de uma expectativa instituída sobre o usuário: o desejo que sejam “pessoas-cordeiro”<sup>27</sup>: dóceis, obedientes, de fácil manejo, controláveis. Ocorre que pessoas-cordeiro não existem e, ainda que, durante o dia, deixem o “dono” pensar que tem o controle, de noite elas tiram a lã, e a pessoa-cordeiro-hipertensa vai fumar o cigarro que ela jura que nem tem mais; a pessoa-cordeiro-diabética, escondida, vai comer aquele doce, etc. Mas, há pessoas-cordeiro que tomam coragem e tiram a lã à luz do dia, trancam o dono para fora e fazem o que bem entendem. E, nesse deixar de ser cordeiro, elas incomodam, incomodam muito equipes que, quando não têm oportunidades para refletir sobre sua prática, assumem para si a responsabilidade pela prescrição do modo como o outro deve andar a sua vida.

Os achados desta pesquisa sugerem que o vínculo é algo passível de ser construído, mas que também pode ser desconstruído – ou nunca ser alcançado – e que, portanto, precisa ser cuidado. Nesse sentido, vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, se ambos se considerarem “interlocutores válidos”, ou seja, se assumirem uma postura ética de enxergar o outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações<sup>26,28</sup>, que tem necessidades, desejos, expectativas e um saber que, na maioria das vezes, é diferente do seu, sendo que isso enriquece a prática<sup>27</sup>. A partir desse reconhecimento, torna-se possível o compartilhamento de projetos terapêuticos no espaço do entre desejos de usuários e trabalhadores<sup>29</sup>.

É certo que operar esse conceito na complexidade do cotidiano do trabalho em saúde não é simples e tampouco natural e, ao trazer essa cena, não intencionamos, de nossa parte, desqualificar esses trabalhadores ou estigmatizar sua prática de forma maniqueísta, já que em inúmeras outras situações pudemos perceber sua responsabilização tanto por Sueli quanto por diversos outros usuários daquele serviço.

### **A simetria como ética e condição para a produção de vínculo**

Em novembro de 2014, no contato dos pesquisadores com os trabalhadores de uma UPA, a solicitação era que fizessem uma narrativa sobre um usuário que de alguma forma os tivesse afetado, fosse pelo sucesso, pela dificuldade ou pelo insucesso. Ricardo, o usuário escolhido, era um homem de 37 anos, com diagnóstico de neuropatia alcoólica, acamado em uma casa sem água encanada e energia elétrica conhecida pelos vizinhos e pela equipe de Saúde da Família (EqSF) por “oca”, em referência às habitações indígenas brasileiras. Ricardo vivia com sua família – cinco irmãos e irmãs, três sobrinhos e o pai – de origem paraguaia e indígena. Havia ali muitas garrafas de aguardente, um forte cheiro de maconha e drogas inalantes e vários indícios de violência eram invariavelmente

te percebidos pela equipe. Ricardo não andava, pouco falava ou movimentava os braços e, nos primeiros encontros, repetia insistentemente a frase: “Preciso ser internado, vocês vão conseguir para mim? Aqui ninguém cuida de mim, só a Ana, quando pode. Se eu continuar aqui, vou morrer”.

A EqSF, após visitas semanais, resolve pedir a avaliação da fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que recomenda sessões diárias. Porém, não se conseguem as sessões por diversos impedimentos dos serviços: não há vaga, o usuário não tem o perfil requerido, não há transporte e não tem acompanhante. A equipe sente-se de mãos atadas e define Ricardo como um problema, um caso complexo.

Nos primeiros encontros, era visível o quanto havia de produção de barreira para o seu tratamento. Mas, para além disso, havia trabalhadores como Lia, a quem Ana, irmã de Ricardo, referia-se como “aquela que cai e levanta conosco”. Ao longo dos 24 meses de pesquisa, percebeu-se que Lia, trabalhadora da EqSF que conduziu a equipe de pesquisa à “oca”, conhecia a história daquela família em detalhes: entre eles, tinha-se construído aquilo que chamaríamos de vínculo.

Na história de Ricardo, assim como na de Sueli, a construção de relações entre interlocutores que se consideram mutuamente válidos também emerge como condição necessária para a construção do vínculo. Ao perceber Ricardo como um “[...] sujeito portador de uma vida complexa, de saberes e desejos, com quem é necessário que a equipe dialogue a fim de se produzir, de modo compartilhado, novas possibilidades de manejo dos problemas e sofrimentos”<sup>26</sup> (p. 1802), Lia confere validade à existência e aos seus modos e aos de sua família de se relacionar com a vida; Ricardo e sua família, por sua vez, sentindo-se reconhecidos em sua diferença, ainda que naquele momento sua demanda não fosse atendida, também passam a perceber a interlocução com Lia como válida, o que lhes permite estabelecer uma relação baseada no reconhecimento mútuo.

Assim, as diferenças entre os sujeitos envolvidos não operaram na constituição de uma assimetria entre eles, não produziram na trabalhadora ou no usuário um sentimento de repulsa do outro, mas sim de simetria. Nessas relações nas quais os envolvidos, nas suas diferenças, consideram-se interlocutores válidos – seja o usuário pelo trabalhador ou vice-versa – é possível que se estabeleça uma relação de simetria, não como harmonia e igualdade, mas como dissolução das fronteiras entre os interlocutores<sup>30</sup>, sem negar singularidades, nem passar por cima do fato de que há diferenças. Desconstrói-se uma relação unívoca sujeito-objeto e compreende-se que o encontro entre um usuário e um trabalhador não é um simples encontro de diferentes, mas, muitas vezes, é o encontro de mundos distintos, exigindo agires em relações de simetria, de equivalentes; a simetria de si com o outro como uma aposta ética e política em um certo modo de relação<sup>31</sup>.

## **Nossos deslocamentos no caminhar em busca de relações simétricas**

Nosso primeiro encontro com Rosa se dá a partir da narrativa construída pela EqSF, que a traz como um caso no qual, apesar de considerado difícil, teve-se êxito no trabalho de articulação entre os vários serviços de saúde envolvidos. Começamos, então, a traçar nosso “perfil provisório” de Rosa, compreendendo tal perfil como algo incompleto, transitório, aberto aos movimentos de dismantelamento e de remodelação com as novas intensidades geradas pelos encontros<sup>32</sup>.

Rosa foi apresentada como uma criança que sofreu abusos na infância. Aos 14 anos, durante uma consulta de enfermagem, relatou essa situação e foi orientada a procurar o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) para realizar a denúncia e, após isso, foi expulsa de casa. Nesse momento, foi inserida na rede de proteção à criança e ao adolescente, mas não vendo o cuidado apresentado na rede como algo com sentido para ela, foge dos locais de abrigo. Na rua constrói sua vida em meio à prostituição e ao uso de drogas. Sua mãe mais tarde morre de aids. A unidade de saúde é reconhecida por ela como um ponto em que consegue apoio para realizar ações de higiene e, às vezes, conseguir alimentos. (Fragmentos do diário de campo)

Os encontros com essa usuária foram difíceis para a equipe de pesquisa, pois a desorganizou, pôs em xeque as certezas e impôs deslocamentos do lugar de sabidos para um lugar de abertura a esse outro tão diferente. Na busca por outros ângulos do perfil provisório de Rosa, encontraram-se outras narrativas:

Sua saúde se deteriorou nos últimos anos devido à sua condição de moradora de rua e usuária de drogas. Em consequência desta realidade, ela tornou-se uma pessoa resistente e reativa, que não aceita e não adere às propostas de terapia sugeridas. Se nega a fazer contracepção, por exemplo, principalmente ao uso de injetáveis quando necessário. Passou por três gestações de risco, vivenciadas neste período, que apesar das dificuldades tiveram seu acompanhamento pré-natal realizado pela equipe e propiciou o diagnóstico e tratamento para sífilis. (Excerptos de narrativas dos trabalhadores)

Segundo uma trabalhadora da EqSF, Rosa não tem condição de criar os filhos, não tem condições financeiras e de organização de vida para ser mãe. A primeira filha lhe é tirada quando a equipe de saúde detecta uma condição de não cuidado em relação à criança, para a qual pedem abrigamento. Posteriormente, tentou-se garantir que os próximos filhos não saíssem do hospital com ela, e que fossem diretamente para o abrigamento. Na última gestação, além do abrigamento da filha, conseguem garantir que ela passe por uma laqueadura. (Fragmentos de diário de campo)

Nessa aproximação, os pesquisadores vivem um certo desarranjo, um desconforto com o que lhes soa como uma forte captura do agir em saúde, nos encontros com a usuária, pela centralidade nas próprias lógicas de saberes moralmente operados, tomando-se o outro como seu objeto de ação: uma reafirmação do saber do profissional de saúde sobre o outro, um reforço do que se considera ser o modo correto de caminhar na vida. Movimentos que transformam as diferenças em desigualdades de saber e de formas de viver, nos quais há uma assimetria entre o saber/poder de alguns em relação a outros<sup>11</sup>. Mas por que será que o trabalhador em nós, quando encontra o outro tão diferente de si, produz efeitos de controle sobre a vida do outro? Ou caminhamos por essa escolha de forma quase inconsciente, na fuga das tensões que encontros simétricos entre atores mutuamente válidos podem gerar?

A aposta que emerge nas análises da pesquisa é a de um movimento de inversão desse agir controlador e de dominação sobre a vida do outro, que ocorre justamente no campo das tecnologias leves<sup>33</sup>, território de desterritorialização que, ao gerar ruídos, pode ser a força motriz de um processo autoanalítico dos cotidianos de produção do cuidado que possibilita outras relações, por exemplo, criando-se espaços para encontros simétricos com Rosa. Efetivamente, é também o que se vivencia nesse caminhar com Rosa pelos diversos espaços de cuidado, quando outras narrativas entram em cena:

Em outro momento da vida, após a última gravidez, Rosa começa a fazer vários movimentos para reaver essa filha, tentando alcançar os critérios apresentados pela juíza responsável pelo abrigamento. Buscou trabalho, saiu da rua, estava morando em um quarto compartilhado com a prima, consegue se manter em abstinência e realiza visitas à filha abrigada. As mudanças na vida de Rosa são percebidas pelo profissionais do Cras, que nesse momento começam a sofrer junto com ela, ao identificarem que as barreiras são muito complexas de serem transpostas. (Fragmentos do diário de campo)

Nesse momento, portanto, alguns trabalhadores do Cras se colocam em posição de simetria com relação a Rosa, e nesse caminhar vivem com ela acontecimentos “de dentro” dos movimentos de sua vida. A possibilidade de entender como provisório o perfil de Rosa, construído em um momento intensivo de relação com a usuária, trouxe para a equipe a possibilidade de visualizá-la como uma multiplicidade em constante produção: Rosa passa a ser considerada uma interlocutora válida para dizer sobre si, seus desejos e sua trajetória. Em algum momento deu-se a abertura para o encontro com o outro tido como muito diferente, que nos potencializa no agir junto com ele, produzindo-se outras possibilidades para o cuidado<sup>32</sup>.

### **Pesquisadores em (auto)análise: o que os usuários-guia nos ensinam sobre produção de vínculo?**

É comum olharmos para os processos que vivemos, seja no cotidiano do trabalho em saúde ou mesmo enquanto pesquisadores, do lado de fora, como se dominássemos os segredos da vida do outro. Em alguns momentos de nossa experiência com cada um dos usuários-guia aqui apresentados, experimentamos essa sensação de que tínhamos a fórmula para o agir daquelas equipes, que seríamos mais hábeis na produção de vínculos e de projetos terapêuticos compartilhados<sup>26</sup>. Também fizemos nossas prescrições e julgamentos, e foi preciso enveredar pela desconstrução desse lugar.

Em nossos encontros com o usuário, em vários momentos, sentimo-nos perdidos; algumas vezes nos pegamos estabelecendo uma relação com o usuário como objeto que queríamos transformar, ignorando sua história; outras vezes – e estas foram muito frequentes – encontramos-nos com nossos não saberes, como exemplificamos a seguir, na nossa relação com um usuário-guia:

Ricardo consegue a nossa adesão ao pedido de outros cuidados fora de casa! Nossa movimentação produziu outros movimentos e ele acaba conseguindo ir para uma instituição asilar, o que também nos deixou com um certo descon-

forto, afinal, contribuímos para sua “institucionalização”. Neste lugar, já mais falante e disposto, outros movimentos acontecem, e nós e outros envolvidos no processo vamos nos deslocando, e de alguma forma vamos aderindo às suas novas frases repetidas “Eu quero andar, eu sei que posso andar”. [...] Fomos percebendo que enquanto nós e os trabalhadores estávamos focados em nossos saberes, ainda que emancipatórios como não “internar”, nada acontecia. [...] não só focados em nossos conhecimentos e protocolos formais, mas no quanto nós, trabalhadores de saúde, ficamos paralisados pela representação familiar daquele usuário tão distante de um padrão de família “estruturada” em torno do trabalho como elemento central, organizada a partir de uma moradia pertencente a um território fixo, considerada como “um problema social”. Pois, paralisados, não exploramos as possibilidades de produção de projetos terapêuticos a partir de encontros, ficamos presos onde os usuários não se enquadram, e vidas permanecem descuidadas. (Fragmentos do diário de campo)

Aos poucos, nesse encontro com a vida e o fazer do outro, fomos experimentando em nossos corpos as sensações que as equipes viviam naquelas relações que conseguiam construir com o usuário, sentindo a mesma impotência, o mesmo desconforto. E foi a partir do reconhecimento de que o nosso saber não daria conta de produzir cuidado, naquela situação, que abrimos nossa escuta para as propostas que Ricardo trazia, buscando, a partir das possibilidades de simetria que eram construídas a cada encontro, outras matrizes lógicas capazes de nos fornecer pistas. Nesse movimento, junto com ele e com outros trabalhadores, vimos que embrenhar-se no seu mundo contribuía na construção de seu projeto terapêutico compartilhado. No encontro com o outro é que podemos perceber que precisamos dele para construirmos boas saídas.

É provável que admitir esse lugar do “não saber”, para muitos trabalhadores, envolva uma sensação de um certo fracasso profissional, e preferimos negá-lo. Mas o “não saber” pode estar vinculado à insuficiência das ferramentas que temos disponíveis, e que são reconhecidas pela ciência e pelas organizações de saúde para se intervir em situações nas quais o outro precisa se encaixar em critérios, protocolos e fluxos assistenciais pouco maleáveis. Vários autores<sup>6,29,32-34</sup> já apontam para a insuficiência das tecnologias presentes nas organizações que se propõem à produção do cuidado em saúde.

Apostamos que o ponto de partida para a produção de relações simétricas é o desconforto de perceber o nosso “não saber”, do “sentir-se deslocado, desterritorializado, com uma sensação de “não sei o que fazer ou o que dizer”. Claro que não é possível prever o que vamos fazer, pois será uma produção que acontecerá em ato no momento do encontro cuidador, que é pleno de incertezas<sup>28,33</sup>. Nessas situações, uma saída é nos aliarmos ao outro (usuário ou trabalhador) para produzirmos possibilidades.

Dessa forma, trouxemos o conceito de simetria para problematizar esta situação que temos visto se repetir no cotidiano dos serviços de saúde. Além disso, reiteramos: a simetria não cancela a diferença<sup>35</sup> (p. 141), mas é possível em função da diferença. Porém, ao assumirmos que essa diferença não gera desigualdade *a priori* na relação, como considerar o outro em seu jeito de viver, que muitas vezes nos causa indignação e repulsa? Será que é possível evitar que façamos julgamentos e que tenhamos preconceitos em um primeiro momento de encontro com um outro tão diferente de mim? Como considerar seus saberes, posicioná-lo como um interlocutor válido e construir com ele

relações de afetividade e confiança, de acordo com a política pública<sup>10</sup>, para que ele também me reconheça como um interlocutor válido e aconteça o encontro intercessor?

Também sugerimos que, ao falarmos de vínculo, muitas vezes banalizamos esse conceito quando pretendemos operá-lo no cotidiano e, assim, corremos o risco de produzir mais barreiras do que cuidado; mais culpabilização do usuário, “produzindo serialização subjetivante no modo de desejar e produzir a vida”<sup>35</sup> (p. 295), como diz Merhy.

Propomos uma torção da ideia de “adesão do usuário ao tratamento” para a perspectiva de “adesão da equipe ao projeto do outro”, para possibilitar centralidade às necessidades identificadas pelo outro a partir de seu mundo e de sua perspectiva de como deseja viver.

## Considerações finais

A vivência com os usuários-guia Ricardo, Rosa e Sueli, cujas cenas escolhemos pela radicalidade das situações vividas, explicita o desafio enfrentado todos os dias em situações de muitas intensidades e diferenças no pensar/sentir em saúde.

Outra questão comum nas cenas são as relações de poder presentes no encontro trabalhador de saúde-usuário, quando este é um usuário “rebelde”, ou seja, aquele que não tem para si o mesmo projeto de vida que o trabalhador tem para ele. Simetria seria, portanto, além de um posicionamento ético, uma aposta política, no sentido de se mudar sentidos/proporções de forças na relação, mas também estética, pois nos convoca à abertura às pulsações à nossa frente nos encontros. Não é de se admirar que relações simétricas sejam de difícil construção.

Outro ponto é que tendemos a desejar um usuário padrão, ideal, submisso, que aceita aquela vida que traçamos como a melhor para ele. Pessoas que abram a porta quando solicitadas, que abram suas vidas para serem esmiuçadas, que não sejam rebeldes, que sigam prescrições à risca, que não interfiram, não questionem e que tenham adesão a planos terapêuticos traçados unilateralmente<sup>29</sup>.

Ao apontarem como querem ser cuidados e ao resistirem às ofertas instituídas que lhes são impostas, Sueli, Ricardo e Rosa tornam visíveis as tensões produzidas com os serviços. Ao considerarmos que tanto trabalhador quanto usuário trazem para o encontro suas formas de estar e compreender a vida, poderíamos supor que resistir aos “enquadramentos” seria justamente a expressão de sua potência e desejo de manter o governo de sua própria vida<sup>32</sup>. Afinal, é onde eu resisto que se localiza a minha capacidade de decidir o que desejo para mim.

Quando o outro está em busca de ajuda, já traz consigo, nas entrelinhas, uma proposta, mas poucas vezes paramos para ouvi-la, e não costumamos perguntar: “O que você gostaria que a gente fizesse para lhe ajudar?”. Ao se estabelecer a simetria no reconhecer o outro como interlocutor válido – e assim se permitir ser afetado pela multiplicidade da vida em potência – abre-se a possibilidade de produção de outros territórios existenciais a partir do desejo de voltar a andar, de ser mãe, de ter outras opções de cuidado: a aposta é que produzir vínculo é produzir mais autonomia para os sujeitos, em relações simétricas e na diferença.

Propomos o pensar em dispositivos de gestão do cuidado que considerem trabalhadores e usuários como interlocutores válidos, em relações de simetria, explicitando-se as tensões e as dificuldades no engendrar-se transformações. Propomos também que

isso não se produza a partir de normas e orientações externas; a experiência e a reflexão sobre ela é que podem produzir transformações dessas práticas cotidianas e gerar novos conceitos a sustentar encontros simétricos entre trabalhadores, gestores e usuários. O processo de um coletivo de trabalhadores de analisar sua prática no cotidiano do trabalho é conflituoso, com diferentes percepções sobre o vivido; portanto, tenso. Por isso, são necessários dispositivos de gestão que fortaleçam e apoiem os trabalhadores nessa tarefa.

O conceito de vínculo no cuidado em saúde, mesmo que por vezes massificado, pode ser engravidado por um projeto ético-estético-político, nunca acabado, que coloque a centralidade das práticas de cuidado nas demandas e necessidades em saúde das vidas em sua diferença, que potencialize as escolhas de cada usuário, considerando aquelas com significados para ele, sempre evitando-se enveredar pelo juízo moral ou pela criminalização dos desejos e escolhas do outro. Assim, foge-se da captura do lugar de saber o que é melhor para o outro, reconhecendo nossos não saberes e a necessidade de uma ação ativa na busca pelo compartilhamento da produção do cuidado entre trabalhadores e usuário, de forma viva, simétrica e singular.

### Contribuições dos autores

Clarissa Terenzi Seixas, Rossana Staevie Baduy, Kathleen Tereza da Cruz, Maira Sayuri Sakay Bortoletto e Helvo Slomp Junior contribuíram ativamente e de modo equivalente para a realização do estudo, discussão dos resultados, rascunho do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Emerson Elias Merhy contribuiu na elaboração e coordenação da pesquisa, participou ativamente da discussão dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).

### Referências

1. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: Pinheiro AF, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, Caxias do Sul: EdUCS/UFRS; 2006. p. 37-50.
2. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
3. Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998.
4. Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Scritta; 1996.



5. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.
6. Cecílio LCO. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em defesa da vida” na Santa Casa do Pará. In: Merhy EE, Campos GW, Cecílio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 187-234.
7. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):345-53.
8. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
9. Ministério da Saúde (BR). Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências: desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários: secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado 1 Mar 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, organizador. *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.
12. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Cienc Saude Colet*. 2015; 6(20):1795-803.
13. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):131-5.
14. Garcia Jr CAS. Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos” [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017 [citado 1 Mar 2018]. Disponível em: [http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/producao\\_de\\_vinculos.pdf](http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/producao_de_vinculos.pdf).
15. Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM, organizador. *Caderno saúde mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. p.23-36.
16. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia, a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997. p.125-42.
17. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato [Internet]. 2014 [citado 23 Jan 2018]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/o-cuidado-e-acontecimento-e-nao-um-ato/view>.
18. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):313-24.
19. Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.



20. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1.
21. Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2.
22. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colect.* 2012; 1(8):25-34.
23. Deleuze G, Guattari F, organizadores. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995. *Postulados da linguística*; p.11-60.
24. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; 2007.
25. Benet M, Merhy EE, Pla M. Devenir cartógrafa. *Athenea Digital.* 2016; 16(3):229-43.
26. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(2):537-46.
27. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colect.* 2016; 12(1):113-23.
28. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. v. 1, p. 21-45.
29. Seixas CT, Baduy RS, Bortoletto MSS, Lima JVC, Kulpa S, Lopes MLS, et al. Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2, p.391-407.
30. Sztutman R. *Encontros: Eduardo Viveiros de Castro*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial; 2008.
31. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate.* 2014; (52):153-64.
32. Baduy RS, Kulpa S, Tallemberg C, Seixas CT, Cruz KT, Slomp Junior H, et al. “Mas ele não adere!” – o desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v.1, p. 220-7.
33. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v.1, p. 59-72.
34. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004; 14(1):41-65.



35. Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum*. 2009; 14(27):283-308.

---

This article discusses the findings of a research on production of care in healthcare networks in a municipality in the South of Brazil, regarding the power of the bond as a tool-concept to reorganize work processes of healthcare teams. The methodology was a cartographic approach that consisted in following the experiences of three “guiding users” in order to provide researchers with a perspective that is closer to that of users. We considered mutual acknowledgment and symmetric relationships, associated with a shift in the positions of recognized knowledge, as an ethical condition to the development of bonds. We argue that the construction of bonds is a powerful strategy to transform daily healthcare practices, based on an ethical-esthetic-political project that focuses on users’ demands and health needs, taking into account their singularities, and established through symmetric relationships.

**Keywords:** Interpersonal relations. Professional practice. Comprehensive healthcare. Bond. Health needs.

---

El artículo problematiza los hallazgos, en un municipio del sur de Brasil, de un estudio sobre la producción de cuidado en las redes de atención a la salud, en lo que se refiere a la potencia del vínculo como concepto-herramienta para la reorganización de los procesos de trabajo de equipos de salud. La estrategia metodológica fue el abordaje cartográfico, mediante el acompañamiento de experiencias vividas con tres usuarios-guía, con el objetivo de aproximar la perspectiva de los investigadores de las de los usuarios. Se problematizó el reconocimiento mutuo y la búsqueda de relaciones simétricas, con desplazamiento de las posiciones de saberes, como condición ética para la emergencia del vínculo. Se propone la construcción del vínculo como estrategia potente para transformación de las prácticas cotidianas de salud, a partir de un proyecto ético-estético-político centrado en las demandas y necesidades de salud de los usuarios, en su singularidad y mediante relaciones simétricas.

**Palabras-clave:** Relaciones interpersonales. Práctica profesional. Asistencia integral de la salud. Vínculo. Necesidades de salud.

Submetido em 27/10/17.  
Aprovado em 28/02/18.