

## A importância do vínculo entre profissional e paciente na Estratégia de Saúde da Família: um relato de caso

*The importance of the bond between professional and patient at the Family Health Strategy:  
a case report*

Benício Rodrigues Júnior<sup>1</sup>; Raone Bahia Teixeira<sup>1</sup>; Leila Chevitaresh<sup>2</sup>; Benedita Nunes de Aroucha<sup>3</sup>; Renata Rocha Jorge<sup>4</sup>; Daniele Manhães Caldas<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos da Disciplina de Estágio Supervisionado I Cuidados Primários em Saúde (4º período) do Curso de Odontologia da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Duque de Caxias – Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> Coordenadora da Disciplina de Estágio Supervisionado II Família e Comunidade I do Curso de Odontologia UNIGRANRIO de Duque de Caxias, RJ. Professora de Pós-Graduação da UNIGRANRIO. Coordenadora do Pró-Saúde/UNIGRANRIO.

<sup>3</sup> Professora da Disciplina de Estágio Supervisionado II Família e Comunidade I do Curso de Odontologia UNIGRANRIO de Duque de Caxias, RJ.

<sup>4</sup> Professora da Disciplina de Estágio Supervisionado II Família e Comunidade I do Curso de Odontologia UNIGRANRIO de Duque de Caxias, RJ. Professora de Pós-Graduação da UNIGRANRIO. Professora da UERJ.

<sup>5</sup> Cirurgiã-Dentista da UBS de Jardim Olimpo, Duque de Caxias, Rio de Janeiro.

**Resumo:** A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica e prevê a utilização da assistência domiciliar a saúde, em especial, a visita domiciliar. A visita domiciliar tem sido empregada na Estratégia de Saúde da Família como forma de acesso do profissional de saúde à comunidade, ao domicílio e ao ambiente de vida do paciente. No presente trabalho, iremos debater o processo de formação de vínculo entre paciente e profissionais de saúde da ESF e a experiência vivida durante visita domiciliar realizada em uma comunidade de Duque de Caixas - RJ, visto que o vínculo é fundamental para garantir laços de confiança, cumplicidade e afinidade entre os mesmos. Ressaltaremos a importância da formação do vínculo como estratégia para uma melhor assistência à saúde.

**Palavras-chave:** Vínculo; Visita domiciliar; Comunidade; Assistência Odontológica; Atenção Primária em Saúde

**Abstract:** The Family Health Strategy (FHS) is aimed at reorienting the assistance model from primary attention includes the use of home health care, especially home visits. The home visit has been used in the Family Health Strategy as a way to access the health professional community, the home and the living environment of the patient. In this work, we will discuss the process of forming bonds between users and health professionals of the FHS and the experiences during home visit performed in a community of Duque de Caxias - RJ, since the bond is critical to ensure links of trust, complicity and affinity between them. We will highlight the importance of bond formation as a strategy for better health assistance.

**Keywords:** Bond; Home visit; Community; Odontologic Assistance; Health Primary Attention.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, sendo inicialmente denominada Programa de Saúde da Família (PSF). Tem como principal objetivo a reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), conferindo às Unidades Básicas de Saúde uma nova forma de atuação (multiprofissional e interdisciplinar). Estas são responsáveis por um número determinado de famílias localizadas em uma área delimitada. Sua finalidade é reorganizar a prática assistencial de saúde, até então hospitalocêntrica e curativa, isto é, focada na remoção dos sintomas, para uma concepção de saúde que tem por base a promoção da qualidade de vida<sup>5</sup>.

A ESF tem como metas não só ampliar o acesso às ações de saúde, mas também promover a integralidade do cuidado, por meio de ações de promoção de saúde, de prevenção das doenças e agravos, de vigilância em saúde, de recuperação e reabilitação e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na

comunidade. O processo de trabalho para efetivar esta prática deve ser contextualizado, levando em consideração os modos de adoecer e de viver do indivíduo, da família e da comunidade, com visão ampla e sistêmica da realidade. Uma equipe de saúde da família é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e no mínimo quatro agentes comunitários de saúde<sup>4</sup>.

Dentro da ESF, a visita domiciliar (VD) constitui uma atividade comum a todos os membros da equipe de saúde da família, como forma de capacitar os profissionais para o conhecimento da realidade de vida da população, assim como o estabelecimento de vínculos com a mesma, visando identificar os fatores de risco e atender as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, preocupando-se com a infra-estrutura das comunidades e o atendimento familiar<sup>3</sup>.

A visita domiciliar permite ao visitador conhecer e reconhecer, a cada rua e casa visitada, as verdadeiras necessidades e as possíveis soluções oferecidas por uma determinada comunidade. Ao chegar nesse espaço, o profissional consegue desenvolver suas ações e interações com a família, e não considera somente os problemas apresentados pelo paciente, mas observa também os fatores sociais, econômicos e culturais, os recursos disponíveis no domicílio, as condições de higiene e segurança, o grau de esclarecimento da família em relação ao processo saúde-doença<sup>9</sup>.

Logo, a Estratégia de Saúde da Família é um mecanismo de atenção integral e intersetorial, que busca reorganizar a Atenção Básica atuando no território de populações adscritas, através do cadastramento domiciliar e do diagnóstico da situação, e busca o cuidado aos indivíduos e as famílias, mantendo postura pró-ativa frente aos problemas da população, em que o sujeito é agente de sua saúde<sup>5</sup>. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) aparece no cenário nacional tendo como um de seus propósitos a aproximação de acadêmicos da área da saúde com a Estratégia Saúde da Família, capacitando-os para exercerem o seu papel junto à população a fim de melhorar a qualidade de vida desta<sup>1</sup>.

**OBJETIVOS**

Ressaltar a importância do vínculo no cuidado ofertado ao paciente na Estratégia de Saúde da Família.

**RELATO DE CASO**

O relato faz parte da capacitação para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) feito pela disciplina de Estágio Supervisionado I (Cuidados Primários em Saúde) durante a visita domiciliar (VD) realizada na comunidade de Jardim Olimpo em Duque de Caxias – RJ, sob supervisão das professoras da disciplina e Equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde de Jardim Olimpo.

O senhor A.L. (62 anos), aposentado, nos recebeu muito bem em sua casa e respondeu às perguntas que fizemos, embora tenha ficado um pouco desconfiado do propósito da nossa visita. Porém, a Agente Comunitária de Saúde esclareceu ao mesmo que iríamos fazer perguntas relacionadas somente à saúde.

Ele nos recebeu na varanda de sua casa e nos relatou que era aposentado e vivia com sua esposa, T.O. (60 anos) e seu neto, C.O. (12 anos). Nos disse que não apresentava nenhum problema de saúde. Sua casa era feita de tijolos, apresentava boa estrutura, seis cômodos e possuía energia elétrica, além de saneamento básico. Relatou também não ter plano de saúde e em caso de doença procura a Unidade de Saúde local. Utiliza como meios de comunicação o rádio, a televisão e a internet, frequenta a Igreja e participa da Associação de Moradores, embora tenha relatado que esta última não é muito ativa em defender os interesses da comunidade. Os meios de locomoção que mais utiliza são o ônibus, o automóvel e a bicicleta. Em relação à visita domiciliar não foram detectados fatores de risco que pudessem afetar a vida desta família.

Quanto à visita a comunidade de Jardim Olimpo, foram observadas algumas potencialidades. Dentre elas estão: ruas asfaltadas e limpas, coleta de lixo, bons domicílios, a presença de uma entidade religiosa, a Igreja Pentecostal Sangue de Cristo e de árvores espalhadas pela comunidade. As pessoas se preocupam em pendurar o lixo que será recolhido e não o deixam no chão. Não foram constatados problemas que interfiram de maneira significativa na vida dos moradores desta região.

No segundo dia, ao retornarmos a comunidade de Jardim Olimpo, fomos novamente até a casa do senhor A. L., batemos em sua porta e ele nos atendeu. Explicamos a ele que estávamos lá pois precisávamos realizar o exame intra-bucal. Somente o senhor A.L. estava presente, sua esposa estava trabalhando e seu neto se encontrava na escola. Ele nos disse que vai ao seu dentista particular regularmente (de 6 em 6 meses) e que havia mais ou menos 3 meses desde a sua última visita ao dentista.

Ao exame intra-bucal, observamos mobilidade em todos os dentes, periodontite nos dentes anteriores inferiores e presença de placa bacteriana visível, além do mesmo utilizar uma prótese parcial removível superior. Também nos relatou dor no elemento 15, “de vez em quando, ao mastigar”. Segundo o próprio senhor A.L., ele não apresentava nenhum problema bucal, ao contrário do que foi visto durante o exame. Quando questionado quanto à técnica de escovação, ele nos falou que não precisava de orientação sobre a maneira de como escovar os dentes, pois segundo ele, tinha aprendido a escovar os dentes no colégio e que fazia movimentos “para cima e para baixo” e movimentos “para os lados” e até deu uma risada quando tocamos nesse assunto.

## DISCUSSÃO

A experiência vivenciada por meio da visita domiciliar nos proporcionou, em um primeiro momento, a percepção de um certo constrangimento por parte do senhor A.L., por querermos demonstrar uma prática que ele disse já saber executar, quando o que realmente queríamos era aperfeiçoar e melhorar sua higiene bucal mecânica. Segundo Kay e Locker *et. al.*<sup>11</sup> a saúde bucal permite ao indivíduo falar e se socializar sem doenças e desconforto, além de ser de grande contribuição para o bem-estar geral.

Queríamos ensiná-lo a executar uma boa mecânica da escovação, supervisionando-o, para que ele pudesse visualizar a cavidade bucal no espelho e conseguir identificar o que é normalidade e a partir daí, identificar a anormalidade e removê-la com habilidade motora. Freire *et. Al*<sup>8</sup> diz que a manutenção e a saúde dos dentes depende basicamente de dois fatores: a motivação e a cooperação do paciente idoso e de sua habilidade para escovar seus dentes de forma criteriosa. Talvez,

devêssemos modificar nossa abordagem com relação a este indivíduo, para que possamos dar a ele uma eficaz instrução de higiene bucal, incluindo orientações não só sobre a escovação dental, como também quanto ao uso de fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização. Devemos motivá-lo para despertar seu interesse e para que haja efetiva mudança de comportamento.

Sasso Garcia *et al.*<sup>14</sup> relata que a educação e a motivação são fundamentais para a mudança de hábitos, e que as necessidades e as prioridades devem ser identificadas e trabalhadas. Kuhner e Raetzke *et al.*<sup>12</sup> ainda ressaltam que a orientação direta é o principal recurso de motivação do paciente. Também não podemos esquecer que é muito importante o estabelecimento de vínculo entre ambas as partes, o que não se consolidou devido ao pouco contato que tivemos com o senhor A.L, pois realizamos apenas duas visitas domiciliares.

As possibilidades de sucesso ou fracasso do tratamento odontológico não estão somente relacionadas ao campo da interação. É claro que é essencial haver um bom preparo técnico, por parte do profissional, e um ambiente favorável. No entanto, devemos ressaltar a importância do vínculo profissional-paciente que, muito mais do que uma resposta única às dificuldades vividas na relação profissional-paciente, pode ser pensada como uma das possibilidades de compreensão dos momentos de atendimento odontológico. Para isso, precisamos explorar um pouco o que compreendemos por vínculo.

A palavra vínculo nos remete a muitas coisas. Se retomarmos o conceito oficial da palavra, vemos que é “tudo o que liga, ata e aperta”<sup>6</sup>. Quando estamos “ligados” ou vinculados, somos co-responsáveis pelo que acontece na relação; isto quer dizer que falar de vínculo na relação profissional-paciente significa atribuir ao profissional a sua parcela de responsabilidade pelo sucesso ou fracasso do atendimento, assim como o paciente também é responsável pelo sucesso de um determinado tratamento<sup>10</sup>.

O vínculo é um processo complexo, que inclui duas pessoas e sua representação mútua, ou seja, como uma percebe a outra, pelos processos de comunicação e aprendizagem. Todo o vínculo compreendido desta maneira pressupõe a existência de um emissor, um receptor, uma codificação e uma decodificação da mensagem. Por este motivo, o vínculo é sempre bicorporal, pois participa de dois corpos e

tripessoal, por haver uma presença interna, que pode ser positiva ou negativa e que nos acompanha em todas as nossas vinculações. O vínculo é, contudo, um fenômeno existente nas duas pessoas envolvidas em cada relação e influenciado pelas vinculações vivenciadas anteriormente por estas<sup>10</sup>.

De acordo com Sakata, *et. al.*<sup>13</sup>, a visita também aparece como um mecanismo de criação de vínculos, que é representado como um estado de 'respeito' e de 'confiança' conquistado pelos profissionais com os usuários e construído através da 'convivência' e do 'contato' constante.

O Ministério da Saúde prevê que a ESF deve proporcionar um atendimento humanizado e viabilizar o estabelecimento de vínculo, além de realizar a escuta ativa das necessidades dos usuários, permitindo o acolhimento dos mesmos<sup>2</sup>.

É comum que os moradores da comunidade criem certa resistência a nós, pois mesmo sendo a visita domiciliar necessária, não podemos deixar de considerar que somos "invasores", sujeitos estranhos à família. A visita domiciliar implica na necessidade de conhecer a família, criar vínculos para poder entrar em sua casa, a partir do desejo e da permissão de seus membros em aceitar a nossa presença.

Outro aspecto relevante que percebemos foi o desconhecimento do senhor A.L. com relação ao cuidado, pois ele nos disse que "quando o dente está abaulado, não tem mais jeito", apresentando despreocupação com sua saúde bucal. Ele está acomodado e conformado com a situação em que vive, provavelmente por causa da idade (62 anos) e por ser aposentado.

Ferreira e Alvim *et.al*<sup>7</sup> constataram que os cuidados profissionais são indispensáveis para resgatar a capacidade das pessoas, suas funções orgânicas, físicas e mentais, como também cuidados que possibilitem o resgate social e a integração do indivíduo à sociedade, no intuito de resgatar sua cidadania.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O profissional de Odontologia, podendo viver as relações com seus pacientes, tem a possibilidade de conhecê-los, permitir a estes que possam confiar no profissional, e principalmente, verificar quais são as emoções presentes que podem estar interferindo nesta visita. Para que isso ocorra, é necessário acreditar que cada visita,

mesmo quando curta, por se tratar de um acontecimento entre dois seres humanos, será importante por ser sempre único.

Portanto, conhecer o modo de vida da comunidade, a maneira que as pessoas resolvem seus problemas, sejam eles individuais ou coletivos, como adoecem e como tratam a doença é de grande relevância para auxiliá-los nas suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais, adotando o vínculo como ferramenta para intermediar esta relação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação.– Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.il.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7, Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 52p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 17**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica – Brasília (DF), 2006**.
5. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Programa de saúde da família**. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2001.
6. FERREIRA A.B.H ET AL. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
7. FERREIRA, M. A.; ALVIM, N. A. T. CUIDADOS FUNDAMENTAIS APLICADOS À REABILITAÇÃO.IN: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W.C. A.; TONINI, T. CUIDANDO DE CLIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS, MOTORA E SOCIAL. SÃO PAULO: DIFUSÃO, 2004.

8. FREIRE, R.M ET AL. SAÚDE BUCAL DOS PACIENTES IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. REVISTA PAULISTA DE ODONTOLOGIA. Volume 24. São Paulo, 2002.
9. GIACOMOZZI CM, LACERDA MR. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.
10. JACOB, L.S. Interdisciplinaridade e Ética na Reprodução Assistida. In: MELAMED, R.M.M., QUAYLE, J. PSICOLOGIA EM REPRODUÇÃO ASSISTIDA: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS. SÃO PAULO. CASA DO PSICÓLOGO, P. 35- 48, 2006.
11. KAY, M.C; E LOCKER, M.S. A SAÚDE ORAL DO IDOSO. 2ª EDIÇÃO. EDITORA SANTOS. SÃO PAULO, 1999.
12. KUHNER MK, RAETZKE PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *J Periodontol* 1989; **60**: 51–56.
13. SAKATA KN ET AL. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Rev Bras Enferm 2007 nov-dez; 60(6): 659-64.
14. SASSO GARCIA PPN, DINELLI W, LOFFREDO LCM. Avaliação de cirurgiões-dentistas quanto aos métodos de motivação adotados para o retorno de pacientes ao consultório odontológico. Rev Odontol UNESP 1998; 27(1):11-23.